



“Atenção primária à saúde nos municípios da Bahia: uma análise da distribuição da oferta de serviços”

por

Angela de Oliveira Carneiro

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Domínguez Ugá
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Margareth Crisóstomo Portela*

Rio de Janeiro, outubro de 2014.



Esta tese, intitulada

“Atenção primária à saúde nos municípios da Bahia: uma análise da distribuição da oferta de serviços”

apresentada por

Angela de Oliveira Carneiro

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Carmen Fontes de Souza Teixeira

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior

Prof.^a Dr.^a Patricia Tavares Ribeiro Aguilera Campos

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva

Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Domínguez Ugá – Orientadora principal

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C289 Carneiro, Ângela de Oliveira
Atenção Primária à saúde nos municípios da Bahia: uma
análise da distribuição da oferta de serviços. / Ângela de
Oliveira Carneiro. -- 2014.

209 f. : tab. ; mapas

Orientador: Ugá, Maria Alicia Dominguez
Portela, Margareth

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Atenção Primária à Saúde – organização &
administração. 2. Sistemas de Saúde. 3. Política de
Saúde. 4. Administração de Serviços de Saúde. 5.
Assistência à Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425098142

O Que Será

O que será, que será?
Que andam suspirando pelas alcovas
Que andam sussurrando em versos e trovas
Que andam combinando no breu das tocas
Que anda nas cabeças anda nas bocas
Que andam acendendo velas nos becos
Que estão falando alto pelos botecos
E gritam nos mercados que com certeza
Está na natureza
Será, que será?
O que não tem certeza nem nunca terá
O que não tem conserto nem nunca terá
O que não tem tamanho...

O que será, que será?
Que vive nas idéias desses amantes
Que cantam os poetas mais delirantes
Que juram os profetas embriagados
Que está na romaria dos mutilados
Que está na fantasia dos infelizes
Que está no dia a dia das meretrizes
No plano dos bandidos dos desvalidos
Em todos os sentidos...

Será, que será?
O que não tem decência nem nunca terá
O que não tem censura nem nunca terá
O que não faz sentido...

O que será, que será?
Que todos os avisos não vão evitar
Por que todos os risos vão desafiar
Por que todos os sinos irão repicar
Por que todos os hinos irão consagrar
E todos os meninos vão desembestar
E todos os destinos irão se encontrar
E mesmo o Padre Eterno que nunca foi lá
Olhando aquele inferno vai abençoar
O que não tem governo nem nunca terá
O que não tem vergonha nem nunca terá
O que não tem juízo.

Chico Buarque

O que será que será? Essa Tese é o hoje, até que os amantes de novas ideias procurem refutá-las. Assim é a ciência, um novo recomeçar, um novo renascer sempre.

AGRADECIMENTOS

No grande trapézio da vida sempre procuramos nos equilibrar, e a cada dia uma nova batalha, nos faz desfilar nessa corda bamba para decidir o melhor caminho a ser seguido, na busca incessante de um equilíbrio que não sabemos se vamos alcançar. A ciência é esse caminho, incerto em constante mudança. A teimosia em continuar perseguindo a construção de um sistema de saúde justo e igualitário me fez escolher o tema dessa tese, contudo, os desafios em separar a prática como gestora pra um olhar menos apaixonado e mais acadêmico trouxe muitos enfrentamentos na realização desse processo de doutoramento.

Aprendi com minha mãe que o amor, a perseverança, a lealdade, a honestidade e a luta por uma sociedade mais justa, são princípios que nos conduzem ao encontro com nossa paz espiritual. E esses princípios sempre me fizeram ter coragem pra seguir em frente mesmo nos momentos mais difíceis.

Para escrever essa Tese passei por vários desses momentos, acreditei não chegar até o fim, intercorrências biológicas e psíquicas tentaram me fazer desistir, nunca tomei tanto remédio e precisei tanto de cuidados médicos. Mas, a minha persistência foi maior graças ao apoio e carinho de muitas pessoas que nunca me deixaram sozinha. A todos os meus mais sinceros agradecimentos.

A UNIVASF pela oportunidade de me proporcionar esse aprendizado na confiança de que vou continuar cumprindo os meus ideais para atuar como docente na formação de profissionais comprometidos com um sistema de saúde pública de qualidade.

Agradeço em especial ao ex-reitor Paulo Cesar Lima, pelo apoio e incentivo, aos professores: ex pro Reitor de Pesquisa e Pós Graduação José Bismark; ex Pro Reitor de Ensino Marcelo Ribeiro e ao Diretor de Pós Graduação Mateus Matiuzzi pelo apoio nas questões burocráticas do meu afastamento das atividades docentes.

A CAPES pelo apoio através do Pro - Doutoral.

A todos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia em especial a Jorge Solla, Washington, Elisa e Lucia Alencar e aos Secretários de Saúde dos municípios do Estado da Bahia com os quais aprendi a constuir uma gestão mais solidária.

Aos meus colegas do Colegiado de Enfermagem pela crença de que o conhecimento pode construir práticas de ensino aprendizagem mais próximas da realidade e necessidades da população. Em especial a coordenadora Ana Dulce pelo apoio e confiança.

A ENSP pesquisadores, docentes e técnicos pelos caminhos abertos na construção do conhecimento, em especial as professoras Patrícia Ribeiro, Virginia Hortale, Cèlia Leitão e Alícia Ugá e a Gizele pelo ajuda nas buscas bibliográficas.

A todos os colegas do doutorado de saúde pública de 2009 que compartilharam conhecimentos, dúvidas e alegrias e aqueles que continuaram a fazer parte de um círculo eterno de amizades: Hayda, Mônica, Deise, Cláudia, Adriano, Naldo, Patrício, e Carmen.

Aos amigos que me deram aconchego na minha estadia no Rio de Janeiro: Edson Menezes, Claudia, Monica e Paulinha, vocês me fizeram sentir em casa mesmo distante.

A Alícia Ugá, pela confiança em mim depositada que fez a diferença no processo de construção desta tese, mais que uma orientadora, uma amiga, companheira dos momentos difíceis. Suas reflexões, questionamentos e orientações me guiaram pra um olhar mais acadêmico e para fazer as escolhas metodológicas mais adaptadas a esse estudo. As palavras sempre serão poucas para expressar minha admiração e respeito pela sua dedicação.

A Margareth Portela, por ter aceitado a co-orientação, mesmo em uma fase de mudança de sua vida com o pós-doutorado fora do país. Sua contribuição foi imprescindível para desvendar o rumo que os dados estatísticos delinearão para esse estudo.

A Bebeto, que construiu comigo toda análise multivariada, me apresentando modelos e técnicas estatísticas, por mim desconhecidas, lhe sou eternamente grata pelo aprendizado e por ter dedicado seu tempo a essa construção.

A Dênis, pelo apoio na elaboração da estatística descritiva desvendando informações escondidas nos dados, a Renan por ter me ajudado na coleta dos dados e na formatação dessa tese, a Jeferson pela elaboração dos mapas e a Betania pela correção das referências bibliográficas.

Às companheiras e parceiras do grupo amigas da alegria, ao grupo de amigos do Pedrinho e a todos os amigos que sempre estiveram presentes, compartilhando sonhos e entendendo as minhas angústias para concluir essa tese.

A Roberta, Dulce, José Carlos, Ricardo, Bruno, Paulo Fagundes e Saad, por terem cuidado de mim, muito mais como amigos que médicos.

As amigas irmãs que nos momentos de alegria, de dor, de crise de enxaqueca e de todas as doenças que apareceram durante a tese sempre estiveram presentes, cuidando de mim, pra que eu terminasse essa Tese: Helena, Dulce, Kátia, Juliana, Marileide, Glória, Kátia Angélica, Lucia Alencar, Hayda, Isleide, Acácia e minha sobrinha filha Thereza. A Kátia pelo apoio em desvendar

os caminhos encobertos dos dados do CNES e do SIA, e pela ajuda na correção final dos resultados; a Hayda pela leitura de parte da tese e a Solange e Soraia pela ajuda na elaboração do artigo sobre a Portaria 1101.

Aos meus pais, Joselice e Miguel, aos tios e pais Jacy e Noel (in memorian) e aos que me adotaram recentemente Catarina e Helson vocês são meus exemplos de perseverança, amor e dignidade.

Aos meus irmãos: Gilson, Aninha, Joseane, Daí, Adilson, Adroaldo, (in memorian), Valéria, Célio, Elaine e Valter, partes da minha vida.

A Artur, com quem compartilho sonhos e desejos o seu carinho, amor e companheirismo me deram a energia pra conclusão dessa tese. Nos momentos de desespero uma palavra de fé; nos momentos de angústias e medos, dizendo não ter capacidade de terminar a tese, fazia lembrar-me das batalhas que venci; nas minhas enxaquecas me pedia calma e com um brilho no olhar me trazia paz e nos momentos de cansaço o aconchego dos seus braços era o alimento pra revigorar a alma.

Ao meu filho Gutinho, que só por existir me faz acreditar sempre que é possível construir uma sociedade mais justa e igualitária e é razão da minha fé na vida e nos homens. Desde muito cedo entendeu minhas ausências como mãe, sendo companheiro e amigo, você me fez entender o que é amar sem limites.

E aos eternos mestres Jairnilson Paim e Carmen Teixeira por terem despertado a minha paixão pela Saúde Pública.

RESUMO

A Atenção Primária Abrangente é definida na declaração de Alma Ata como: “Atenção essencial em saúde com base em métodos práticos cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologias disponibilizadas universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde”. Esta tese analisou a capacidade dos municípios e das regiões de saúde da Bahia para executar ações de Atenção Primária Abrangente APS-A. O caminho metodológico do estudo de caso de capacidade de oferta do estado da Bahia partiu de uma lista pré-definida, pela autora, de serviços que devem ser realizados em todos os municípios e outra dos que devem ser realizados na referência regional. Utilizando dados secundários, foi feito um recorte transversal, no qual se analisou o número de procedimentos per capita realizados no ano de 2012. A partir da análise estatística descritiva, foi comparado o número de procedimentos realizados com os parâmetros estabelecidos pela Portaria 1101/2002 e, a partir da análise fatorial e de clusters os municípios e regiões, foram agrupados em classes similares. Os resultados apontaram que dos 12 procedimentos para os quais foram calculados os parâmetros, de acordo com a Portaria, 82% dos municípios realizaram apenas sete procedimentos. No caso das regiões, dos nove (9) procedimentos analisados, 85,7% realizaram apenas até cinco procedimentos. Na análise de clusters, 367 municípios, de um total de 417, foram classificados como de muito baixa capacidade de oferta em APS-A. Ao analisar as variáveis socioeconômicas: PIB *per capita*, grau de suficiência de recursos e o IDH, foi observado que nos municípios com muito baixa capacidade de oferta estão também os piores indicadores socioeconômicos. Na análise regional, observou-se que das 28 regiões, um agrupamento de 19 apresentou muita baixa capacidade de oferta em APS-A. Esses resultados confirmaram os pressupostos de que a Atenção Primária desenvolvida na Bahia não oferta procedimentos essenciais a uma APS-A e que, conseqüentemente, não atende as diretrizes do Pacto pela Saúde.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde – organização & administração, Sistema de Saúde, Política de Saúde.

ABSTRACT

The Comprehensive Primary Care is defined in the Alma Ata declaration as: “Essential health care based on practice methods scientifically solids and socially acceptable, as well as universally available technologies to individuals and families in the community through its full participation and an affordable costing for the community and the country. It is part of the health system of the country and economic and social development of the community. It is the first level of contact with individuals, family and community... bringing the health care very close to where people live and work and it is the first element of a continuous process of health care”. This thesis analyzes the ability of the municipality and the health regions of Bahia to execute Comprehensive Primary Care actions APS-A. The methodology of the study case of the offer ability of Bahia state was from a pre-defined list, by the author, about services that should be performed in all the municipalities and other list with the services that should be done in the regional reference. Using secondary data, a transverse cut was made, in which the number of procedures per capita performed in 2012 were analyzed. From the descriptive statistic analysis, the number of procedures done was compared with the established parameters by Ordinance 1101/2002 and from the factorial analysis and clusters, the municipalities and regions were grouped in similar classes. The results show that from the 12 procedures in which the parameters were calculated, according to the Ordinance, 82% of the municipalities performed only seven procedures. In the case of regions, from nine (9) analyzed procedures, 85.7% performed only up to five procedures. In the clusters analysis, 367 municipalities of 417, were classified as very low offer ability in APS-A. Analyzing the socioeconomic variables: GNP per capita, degree of sufficient resources and HDI it was observed that in the municipalities with very low offer ability there are also the worst socioeconomic indicators. In the regional analysis, from 28 regions, a group of 19 presented very low offer capacity in APS-A. These results confirmed that the Primary Care developed in Bahia do not offer essential procedures to a APS-A and consequently, does not follow the Health Agreement guidelines.

Keywords: Health Primary Care – organization & administration, Health System, Health Policy.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEITUAL.....	26
1.1 Sobre o conceito de Atenção Primária.....	26
1.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	39
CAPÍTULO II - ORGANIZAÇÃO DE REDES ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E A REGIONALIZAÇÃO NA BAHIA	56
2.1 Considerações gerais	56
2.2 A rede de serviços de saúde do estado da Bahia	61
CAPÍTULO III – ABORDAGEM METODOLÓGICA	69
3.2 Sobre o conceito de Atenção Primária adotado	69
3.3 Detalhamento metodológico	70
a) Definição de lista de marcadores para medir capacidade de oferta em APS-A	71
b) Coleta e sistematização dos dados	74
c) Plano de análise da capacidade da oferta necessária para uma APS-A.....	75
CAPÍTULO IV – RESULTADOS.....	81
4.1 ANÁLISE MUNICIPAL.....	81
a) Análise da oferta municipal diante dos parâmetros estabelecidos pela Portaria MS 1101/2002.....	81
b) Análise de <i>clusters</i> de municípios segundo capacidade de oferta de serviços de APS-A.....	89
4.2 ANÁLISE REGIONAL.....	103

- a) Análise da oferta regional diante dos parâmetros estabelecidos pela Portaria 1101/2002.103
- b) Análise de *clusters* de regiões de saúde segundo capacidade de oferta109

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO..... 119

REFERÊNCIAS 128

APÊNDICE I – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA POR CÓDIGO DO IBGE 140

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA MUNICIPAL. BAHIA 2012 149

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA MUNICIPAL. BAHIA 2012 167

APÊNDICE IV - RELAÇÃO DE MUNICIPIOS CLSSIFICADOS POR CLUSTER – BAHIA, 2012..... 198

APÊNDICE V - RELAÇÃO DE REGIÕES COM OFERTA SATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS. BAHIA 2012 204

APÊNDICE VI - RELAÇÃO DE REGIÕES COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS. BAHIA 2012 205

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de Municípios por porte populacional-Bahia IBGE 2102	62
Figura 2. Regiões de Saúde do Estado da Bahia - 2012.	64
Figura 3. Distribuição dos municípios segundo atingimento de produção satisfatória ou não de consultas médicas em atenção básica, consulta de outros profissionais de nível superior e consulta de enfermagem. Estado da Bahia, 2012.	83
Figura 4. Distribuição dos municípios segundo atingimento de produção satisfatória ou não de exames de prevenção do câncer de colo de útero. Estado da Bahia, 2012.	84
Figura 5. Distribuição dos municípios segundo atingimento de produção satisfatória ou não de procedimentos de fisioterapia e pequenas cirurgias. Estado da Bahia, 2012.	85
Figura 6 Distribuição dos municípios segundo atingimento de produção satisfatória ou não de procedimentos de diagnóstico laboratorial, radiologia, ultrassonografia e eletrocardiograma. Estado da Bahia, 2012.	86
Figura 7 Distribuição dos municípios segundo atingimento de produção satisfatória ou não de procedimentos de odontologia básica. Estado da Bahia, 2012.....	86
Figura 8 Agrupamento das variáveis de capacidade de oferta dos municípios -Estado da Bahia 2012.....	89
Figura 9 . Distribuição dos municípios por cluster segundo tamanho populacional. Estado da Bahia 2012.....	92
Figura 10. Distribuição das regiões segundo atingimento de produção satisfatória ou não de procedimentos de colonoscopia e consultas especializadas Estado da Bahia, 2012.	105
Figura 11 Distribuição das regiões segundo atingimento de produção satisfatória ou não de tomografia, diagnóstico em oftalmologia, por endoscopia e densitometria óssea no Estado da Bahia, 2012.....	106
Figura 12 Distribuição das regiões segundo atingimento de produção satisfatória ou não de procedimentos de exames de diagnóstico de doenças cardiovasculares Estado da Bahia, 2012.	107
Figura 13 Agrupamento das variáveis de capacidade de oferta de procedimentos especializados em APS-A das Regiões de Saúde do Estado da Bahia -2012.	109
Figura 14 Distribuição das regiões por cluster e nível de capacidade de oferta. Bahia 2012.	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento. Bahia, Dez/2009	65
Tabela 2. Recursos Humanos, segundo categorias selecionadas que atendem ao SUS e por mil habitantes. Bahia, Dez/2009	66
Tabela 3. Número de equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo grupo de equipamentos. Bahia, Dez/2009.....	67
Tabela 4. Número de equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo categoria do equipamento. Bahia, Dez/2009.....	67
Tabela 5. Número de municípios (N 417) com produção satisfatória de procedimentos/exames requeridos na APS-A, com base na Portaria 1101/2002. Bahia - 2012.....	82
Tabela 6. Classificação, por <i>quartis</i> , dos municípios por capacidade de oferta em APS-A de acordo com os parâmetros da 1101/2002 –Bahia 2012.....	88
Tabela 7. Extração de fatores para medir a capacidade de oferta utilizando o método de componentes principais – Bahia, 2012.....	90
Tabela 8. Fatores de variação da capacidade de oferta municipal em APS abrangente segundo rotação dos eixos dos fatores. Bahia, 2012.....	91
Tabela 9. Número de municípios agrupados por Cluster segundo capacidade de oferta em APS-A e tamanho da população. Bahia, 2012.....	92
Tabela 10. Médias de oferta de procedimentos/habitantes e comparação das mesmas e das suas variâncias com base no teste de Duncan e teste F. Bahia, 2012.....	94
Tabela 11. Ranqueamento da capacidade de oferta de procedimentos de APS-A entre clusters. BAHIA-2012.....	96
Tabela 12. Distribuição Percentual das posições das variáveis em cada cluster. BAHIA 2012.....	97
Tabela 13. Clusters classificados segundo nível de capacidade de oferta em APS-A, com número de municípios agregados e cobertura populacional.....	98
Tabela 14. Comparação de clusters em relação a variáveis socioeconômicas Estado da Bahia-2012	100
Tabela 15. Classificação das variáveis explicativas por faixas de valores. Bahia-2012....	101

Tabela 16. Valores das variáveis explicativas dos municípios de Camaçari e Salvador – Bahia- 2012.	101
Tabela 17. Comparação entre capacidade de oferta e variáveis socioeconômicas. Bahia - 2012.	101
Tabela 18. Distribuição da oferta per capita dos procedimentos por regiões (n=28) que cumpriram os parâmetros da Portaria 1101/2002. Bahia, 2012.	103
Tabela 19. Número de procedimentos (n=9) cuja oferta é satisfatória ou insatisfatória (de acordo com os parâmetros da P.M.1101) segundo regiões. Bahia, 2012.	104
Tabela 20. Classificação das regiões por capacidade de oferta. Bahia -2012.	108
Tabela 21. Extração de fatores para medir a capacidade de oferta utilizando o método: componentes principais – Regiões de Saúde- Bahia, 2012.	110
Tabela 22. Fatores de variação da capacidade de oferta regional em atenção especializada para uma APS abrangente segundo rotação dos eixos dos fatores. Bahia, 2012.	110
Tabela 23. Regiões por cluster segundo capacidade de oferta em atenção especializada para uma APS-A- Bahia, 2012.	111
Tabela 24. Ranqueamento da capacidade de oferta de procedimentos de Atenção especializada para uma APS-A entre clusters. BAHIA-2012.	112
Tabela 25. Distribuição Percentual das posições das variáveis em cada cluster. BAHIA 2012.	114
Tabela 26. Classificação dos clusters segundo capacidade de oferta.	114
Tabela 27. Situação dos municípios por capacidade de oferta e indicadores socioeconômicos.	117

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Concepções de APS, atributos e formas de organização.....	30
Quadro II - Atributos da Atenção Primária Abrangente.....	32
Quadro III - Comparação das características de implementação da APS seletiva e da APS integral renovada.....	35
Quadro IV - Marcadores essenciais para a oferta de uma APS-A nos municípios da Bahia.....	71
QUADRO V - Marcadores essenciais a uma APS abrangente nas regiões da Bahia.....	72
Quadro VI - Lista de variáveis explicativas municipais.....	73

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

AB – Atenção Básica

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS – Atenção Primária à Saúde

APS-A – Atenção Primária Abrangente

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAP - Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COPNS- Consulta outros Profissionais de Nível Superior

DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

ENSP/FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz

FMI - Fundo Monetário Internacional

GLM - *Generalized Linear Method*

GOBI – *Growth monitoring, oral rehydration, breast feeding, immunization.*

GOBI-FFF - *Growth monitoring, oral rehydration, breast feeding, immunization, food supplementation, femaly literacy e family Planning.*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social

INCA- Instituto Nacional do Câncer

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública

MAPA - Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial

NASF – Núcleo de Atenção em Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

CONS - Consulta como outros profissionais de nível superior

OECD – *Organisation de coopération et de développement économiques*

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC - Programa de Atenção Integral - Saúde da Criança

PAISM - Programa de Atenção Integral - Saúde da Mulher

PDR - Planos Diretores de Regionalização

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ - Programa de Avaliação da Qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PPI – Programação Pactuada Integrada

PROADESS - Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

PROESF - Programa de Expansão em Saúde Da Família

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SADT-Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SAS-Secretaria de Assistência à Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SF - Saúde da Família

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

USF - Unidades de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

A construção de um sistema de saúde pública de acordo com os princípios estabelecidos na constituição de 1988, constitui-se um dos grandes desafios para os pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e para a população em geral. Estruturar um sistema de saúde onde a Atenção Primária funcione como ordenadora do cuidado requer repensar as práticas atuais, onde esse tipo de atenção não tem sido compreendida e valorizada nos diferentes contextos econômicos, políticos e sociais. No Brasil, a trajetória histórica da atenção primária foi marcada por momentos de maior e menor valorização dentro da política nacional de saúde. Por outro lado as concepções sobre APS são apresentadas de formas diferentes pelos atores interessados no tema.

A condição atual da atenção primária como estratégia para reorganização do sistema de saúde assumida pelos diferentes níveis de governo (municipal, estadual e federal) e a minha atuação como gestora, me instigou a pensar sobre as estratégias de fortalecimento desse nível de atenção.

Durante a minha graduação de enfermagem atuei em um instituição de assessoria ao movimento popular junto aos trabalhadores rurais, participei ativamente da construção das Ações Integrais de Saúde - AIS, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS e do processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS na Bahia. Ao terminar a graduação, assumi, em 1994, a gestão de uma secretaria municipal de saúde no sudoeste da Bahia. Até 2007 atuei na gestão municipal, ora como gestora, ora como assessora, no conselho de secretarias municipais de saúde do estado citado e na esfera nacional.

A minha trajetória política, a experiência como gestora e a minha condição atual de formadora de recursos humanos em uma universidade pública constituíram o desafio de escrever essa tese. Enquanto gestora observei que ainda não desenvolvemos uma Atenção Primária que atenda as necessidades da população, na academia ainda não foram apresentadas pesquisas científicas que apontem as dificuldades entre as diretrizes políticas e as ações ofertadas de fato á população.

Essa tese apresenta um esforço de demonstrar aspectos da estrutura dos serviços de saúde nos municípios do estado da Bahia, buscando identificar fatores que interferem na capacidade de ofertar serviços de Atenção Primária Abrangente.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de serviços de saúde possuem, segundo Starfield (2002), duas metas principais: a primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta igualmente importante é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Para que na maior parte dos países todos os cidadãos tenham acesso a serviços de saúde com capacidade de atender as suas necessidades, é preciso que sejam realizadas profundas e sucessivas transformações na organização desses serviços.

Um sistema de saúde é um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população e que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Atualmente, o grande desafio dos sistemas de saúde é o de se estruturar em redes capazes de ofertar serviços de forma integral para garantir um nível ótimo de saúde a toda população.

Nos serviços nacionais de saúde de caráter universal, a assistência à saúde é um direito de cidadania e o financiamento é garantido por meio de recursos fiscais. Estes sistemas são apontados como mais eficientes (fazem mais com menos recursos), mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde daqueles que mais necessitam. No que diz respeito à organização dos serviços e ao modelo de atenção, aqueles países que organizam seus sistemas tendo como referência a Atenção Primária como porta de entrada e com capacidade para resolver grande parte dos problemas e necessidades da população têm apresentado melhores indicadores de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA 2008; STARFIELD, 2002; FERREIRA JUNIOR, 2010).

A Atenção Primária se organizou de forma mais estruturada na Grã Bretanha, que propôs uma estrutura regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Este sistema distinguia três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escola com funções e vínculos formais entre estes três níveis (LORD DAWSON, 1964; ROEMER, 1985; STARFIELD, 2002). Embora estas ideias não tenham sido implementadas imediatamente por pressão da corporação médica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008), este arranjo forneceu posteriormente a base para organização dos serviços de saúde em vários países. A partir da ênfase

dada aos cuidados primários em saúde em vários países, a Assembleia Mundial de Saúde decidiu em sua reunião em 1977 que a principal meta social dos governos participantes da OMS deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos no mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva” (OMS, 1979).

A Declaração de Alma-Ata gerou a frase “Saúde para todos no ano 2000” desencadeando a formulação de uma série de atividades de impacto sobre a Atenção Primária, sendo estas difundidas por organismos internacionais (OMS, 1979). Entre estas agências, a Fundação Rockefeller, esta financiou, um ano após Alma-Ata, a realização da conferência de Bellagio, disseminando internacionalmente uma noção seletiva de APS, e a formulação de programas para atingir grupos populacionais em situação de pobreza (CUETO, 2003). Essa proposta surgiu a partir da crítica feita à concepção de Atenção Primária à Saúde presente na Declaração de Alma-Ata - interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade - gerou na década seguinte a divulgação e o financiamento de programas seletivos de APS em países em desenvolvimento com o objetivo de ampliar a cobertura e ofertar ações de saúde simples e de baixo custo, principalmente em áreas rurais, onde a população não tinha acesso ao sistema de saúde existente (BAPTISTA et al. 2009).

Uma grande dificuldade na definição precisa da APS está na ambiguidade do termo “primária” que pode conotar algumas significações distintas: simples ou básico, ponto de primeiro contato, ponto de triagem, ponto principal da atenção à saúde etc. (MENDES, 2011). Essas ambiguidades do termo e o modelo de sistema de saúde adotado por cada país fizeram com que a APS se organizasse a partir de diferentes enfoques: APS seletiva; Atenção Primária como Nível de atenção em um sistema de saúde; APS abrangente de Alma-Ata; APS com enfoque na saúde e nos direitos humanos (OMS,2007).

No Brasil, as primeiras experiências em saúde pública são anteriores à Conferência de Alma-Ata e se desenvolveram nos anos 1960, e mais amplamente nos anos 1970, a partir dos programas de integração docente assistencial dos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às escolas de medicina (FAUSTO, 2005). Na década de 80 outros programas foram implantados imbuídos pelos ideais de Alma-Ata. Contudo, a falta de consensos sobre a utilização do termo Atenção Primária, pelo enfoque seletivo já desenvolvido, não permitiu a inclusão de propostas referentes a esse nível de atenção no texto Constitucional.

Nos primeiros anos da década de 1990, momento inicial de regulamentação do SUS, vários aspectos contribuíram para o não fortalecimento da APS, tais como o avanço das políticas neoliberais, por pressão de organismos financeiros internacionais, reforçou o dilema entre o acesso universal aos serviços de saúde e a focalização da atenção nos países periféricos (UGÁ, 1997; CUNHA, 2009). A institucionalização dos ideais neoliberais no governo Collor (VIANA; SILVA, 2012) levaram a implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde como pacote de serviços para atender a populações pobres, por outro lado, a publicação das Normas Operacionais NOB 91 e 92 transformava os estados e municípios em prestadores de serviços ao SUS (BRASIL, 91 e 92) e descumpria os preceitos constitucionais de cooperação federativa (BRASIL, 1988).

Em 1993, com o Governo Itamar Franco, embora ainda se privilegie o Mercado como mecanismo mais eficiente de geração e alocação de recursos, reservando ao Estado um papel mais reduzido em termos de tamanho e funções (VIANA; SILVA, 2012), se retomou no Ministério da Saúde os preceitos constitucionais. A criação do Programa de Saúde da Família - PSF em 1994 dá início ao que Mendes (2011) chamou do “ciclo da atenção básica”, por outro lado, a publicação da NOB 93 retomou o processo de municipalização e reabre a discussão federativa (BRASIL, 1993).

Na segunda metade da década de 1990, com a definição da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde–NOB 96 (BRASIL,1996), o Governo Federal criou o Piso de Atenção Básica Fixo e variável e passou a incentivar financeiramente a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a partir do PAB variável. Nesta norma, estão as primeiras citações sobre a mudança do “modelo de atenção à saúde” (PAIM, 2012), já destacando o PSF como opção de organização da atenção básica.

O debate em torno da qualidade do PSF resultou, em 2006, na publicação da Política Nacional de Atenção Básica, juntamente com o Pacto pela Saúde, acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais, que definiu e ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a Saúde da Família-SF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica (BRASIL, 2006d). O documento apresenta pela primeira vez o conceito de Atenção Básica e a definição explicitada nesse pacto se assemelha ao que na literatura internacional é denominada de “Atenção Primária abrangente de Alma-Ata” (OMS, 2007).

Em junho de 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508 que regulamenta a lei 8080/90 e tem como objetivo regular a estrutura organizativa do SUS. Neste decreto, aparece o termo “Atenção

Primária” como porta de entrada do sistema de saúde e como um conjunto de ações e serviços que devem existir em uma região de saúde. Em seu artigo décimo primeiro, o decreto traz a definição Atenção Primária como ordenadora do cuidado em saúde. (BRASIL, 2011a). No mesmo ano, foi publicada a Portaria 2488, o que ampliou o conceito de Atenção Básica e diz que

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Considerando que a APS está associada, no Brasil, a um sistema de atenção integral organizado em redes, com serviços de APS o mais disperso possível para atender as famílias o mais próximo das suas residências, chama atenção que várias questões operacionais ainda persistem para a efetivação de uma APS abrangente. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A proposta de organizar serviços orientados pela Atenção Primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos (CONIL, 2008). No entanto, nos países desenvolvidos com sistemas, de proteção social, bem estabelecidos, ainda que as agências internacionais sugerissem que a APS devesse se restringir a um conjunto de procedimentos direcionados a determinados grupos populacionais de baixo poder aquisitivo, o acesso aos serviços sanitários assegurados por financiamento público foi mantido como parte do Estado de Bem-Estar Social e a APS vem sendo fortalecida (ALMEIDA, 1999).

Os resultados do PSF no SUS são muito expressivos, sejam em termos de estrutura ou de ampliação do acesso (MENDES, 2012) ou em termos de resultados: o aumento das equipes do PSF contribuiu, significativamente, para a diminuição da mortalidade infantil no País (MACINKO, 2006). Contudo, a adequação dos recursos para a oferta de uma Atenção Primária envolve a consideração de todos os aspectos da estrutura como, por exemplo: o número de pessoal adequadamente treinado para prestação da Atenção Primária os pacientes atendidos, o número e o tipo de unidades de saúde nas quais os serviços são prestados, a adequação do financiamento para os serviços de Atenção Primária e a variedade de serviços que eles cobrem, assim como providências para garantir a acessibilidade, a adequação dos sistemas de informação para prestar serviços e avaliá-los, além dos mecanismos administrativos para garantir que as unidades de saúde sejam projetadas e operadas para atender às necessidades da população (STARFIELD, 2002).

No Brasil, existem acentuadas desigualdades regionais nos serviços prestados à população, a cobertura por consultas médicas do SUS é um exemplo que demonstra as diferenças significativas entre as regiões e entre os estados da federação. Serviços essenciais como os de apoio e diagnose não são suficientes para atender aos usuários do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Essa

deficiência que predomina nos pontos de atenção secundária das redes de atenção à saúde tem como uma das causas o pagamento por produção, evidenciando uma situação quase caótica, em que se misturam ineficiência, baixa qualidade, dificuldades de acesso para as pessoas usuárias, redundâncias e demora na apresentação dos resultados (MENDES, 2011).

No Brasil, que é um país no qual 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes é difícil – senão aumentando a fragmentação do sistema de atenção à saúde e gerando ineficiências sistêmicas e problemas de má qualidade dos serviços – implantar um sistema de base municipal. Ademais, a desarticulação entre os processos de planejamento e de pactuação intergovernamental, em razão da pouca valorização dos instrumentos e recursos relativos ao planejamento regional, impede a conformação de sistemas públicos de saúde regionais em diferentes recortes territoriais (LIMA, 2012).

Na Bahia especificamente, 57% dos municípios têm até 20 mil habitantes e 32% têm entre 20 e 50 mil habitantes. Para se organizar uma APS ordenadora do cuidado em saúde, é preciso se conhecer a realidade da organização dos serviços nesses municípios para entender os limites da implantação de uma efetiva APS abrangente. Por outro lado, o porte populacional dos municípios pode ser um fator impeditivo, pela ausência de escala, para garantir a execução de serviços de maior densidade tecnológica e conseqüentemente a integralidade da atenção.

A delimitação teórica do conceito de Atenção Primária e sua associação com as políticas de APS implantadas no Brasil permitiram que, à luz do debate atual sobre a reestruturação da APS e o papel das redes de atenção à saúde, identificar nessa Tese aspectos que apontem os impasses para uma APS abrangente nos municípios a partir do caso do Estado da Bahia.

Este estudo analisou os serviços disponíveis para garantir a execução de ações de Atenção Primária abrangente buscando responder as seguintes questões: *qual a capacidade dos municípios da Bahia para executar ações de Atenção Primária a partir da descentralização das ações de saúde estabelecida na constituição de 1988? A distribuição dos serviços ofertados permite que cada município e aqueles considerados sede de regiões garantam uma APS abrangente? As condições socioeconômicas interferem na capacidade de oferta de serviços em APS?*

Ainda que tenham se verificado mudanças na organização da estruturação da APS, a partir de 1994, com a implantação da estratégia saúde da família, as justificativas apresentadas sobre a necessidade de se identificar fatores que interferem diretamente na qualidade da APS, permitiram a construção de hipóteses e pressupostos que direcionaram os achados do estudo.

Partiu-se da hipótese de que grande parte dos municípios baianos não dispõe de serviços para garantir as ações de Atenção Primária em saúde de caráter abrangente, dadas as existentes desigualdades na oferta de serviços e nas condições socioeconômicas desses municípios. Pressupõe-se ainda que os serviços disponíveis nos municípios da Bahia são insuficientes para garantir ações de Atenção Primária de qualidade e que a situação socioeconômica e o grau de suficiência da arrecadação própria são fatores associados à capacidade de oferta para uma APS abrangente.

Para responder as questões apresentadas e demonstrar até que ponto essas hipóteses e pressupostos correspondem à realidade estudada, foram elencados como objetivos:

Geral:

Conhecer a estrutura dos serviços de saúde nos municípios do estado da Bahia e sua distribuição nas regiões assistenciais de saúde, buscando identificar sua atual capacidade para ofertar serviços de Atenção Primária abrangente e, ainda, as diferenças entre os municípios e as regiões, bem como os fatores que contribuem para aumentar ou diminuir essas diferenças.

Específicos:

- ▶ Discutir o conceito de Atenção Primária abrangente, bem como analisar as políticas de atenção básica implementadas no Brasil;
- ▶ Selecionar um grupo de marcadores, relacionados aos serviços ofertados, capaz de indicar a capacidade de oferta em Atenção Primária dos municípios e regiões de saúde do estado da Bahia;
- ▶ Analisar a distribuição da oferta de serviços para a provisão de uma APS abrangente nos municípios do estado da Bahia, considerados essenciais para cumprir as metas citadas no Pacto pela Saúde;
- ▶ Descrever padrões de similaridade entre municípios e regiões para localizar classes inicialmente indefinidas, de modo que os municípios e regiões da mesma classe sejam similares entre si em algum sentido definido pelas variáveis consideradas, formando agrupamentos denominados de “*clusters*”;
- ▶ Classificar os municípios e as regiões de saúde do estado da Bahia conforme sua capacidade de oferta em Atenção Primária tomando em consideração as diferenças entre os agrupamentos de municípios e de regiões e as variáveis estudadas;
- ▶ Buscar fatores que expliquem as prováveis desigualdades verificadas.

A estrutura da Tese

Esse estudo que apresenta um recorte da realidade da capacidade de oferta no estado da Bahia teve como referência a análise da produção de serviços caracterizados como essenciais a uma APS abrangente no estado da Bahia no ano de 2012. Para responder aos objetivos, essa tese foi estruturada em uma parte introdutória que apresentou a importância do tema, objetivos e pressupostos e seu conteúdo foi distribuído em quatro capítulos.

O primeiro capítulo apresentará uma discussão conceitual sobre a construção da APS e analisará a trajetória da APS no Brasil em função dos seus aspectos conceituais, terminologias adotadas e as diretrizes políticas assumidas desde a Constituição de 1988.

No capítulo dois, apresentaremos considerações gerais sobre a política de regionalização no Brasil e seus aspectos organizativos e o cenário do estudo, o estado da Bahia, sua divisão geográfica em municípios e regiões de saúde, a estrutura física e de equipamentos da rede para ofertar os serviços.

No capítulo três, descrevemos os procedimentos metodológicos para medir a capacidade de oferta em APS-A dos municípios e regiões de saúde do estado da Bahia, por meio da realização de um estudo de caso. Foi apresentada uma lista de variáveis a serem investigadas e as técnicas estatísticas escolhidas para apresentar os resultados esperados.

No capítulo quatro, estão contidos os resultados do estudo que através dos quais apresentaremos a distribuição da oferta de serviços para a provisão de uma APS abrangente nos municípios e regiões de saúde do estado da Bahia. Inicialmente, foi apresentada uma análise comparativa para identificar quais municípios e regiões cumpriram os parâmetros da portaria 1101/2002. Posteriormente, são descritos os padrões de similaridade entre municípios e regiões, em classes de agrupamentos, que os classificam como de muito alta, alta, média e baixa capacidade de oferta em APS-A. É apresentada, ainda, uma análise dos indicadores socioeconômicos para explicar as desigualdades verificadas entre os municípios.

Por fim, o quinto capítulo discute em que medidas esses resultados interferem na organização do SUS e contribuem para que no Brasil não esteja estruturada uma APS-A e que esta se apresente de forma desigual nos diversos municípios e regiões do estado da Bahia.

Procuramos abordar sucintamente, neste texto introdutório, o conteúdo principal que compõe essa tese, com o intuito de provocar o interesse do leitor pelo tema. A construção do SUS depende da nossa capacidade de identificar os erros, sem desconsiderar os acertos, mas com a

certeza de que o caminho é sempre a busca de novas formas de construir um sistema de saúde mais equânime e solidário.

CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEITUAL

1.1 Sobre o conceito de Atenção Primária

A Atenção Primária tem sua origem associada à implantação de unidades de assistência à saúde em nível ambulatorial. Os primeiros cuidados ambulatoriais prestados de forma coletiva foram fornecidos por meio de artesãos, a partir do século III, que criaram fundos para a proteção de seus membros em caso de infórtunios. A primeira unidade de saúde ambulatorial separada do hospital foi criada na França, no século XVII, para atender os pobres, sendo estes serviços denominados de dispensários, pois dispensavam medicamentos. Os dispensários foram expandidos ainda nos séculos XVII e XVIII para a Inglaterra e depois para os EUA como lugar de atendimento ambulatorial aos pobres urbanos. No século XIX, os hospitais passaram a ser lugar de tratamento mais seguro para todos os cidadãos, e não mais de auxílio aos pobres, e os dispensários foram reestruturados junto com os departamentos das escolas médicas. No século XX, os dispensários foram substituídos por Centros de Saúde, em geral por iniciativas de governos locais (ROEMER, 1985; GIOVANELLA, 2008; STARFIELD, 2002; ANDRADE et al, 2007).

Os centros de saúde se tornaram a base formal de organização governamental de um primeiro nível de atenção em 1920, na Grã-Bretanha. Por iniciativa do Partido Trabalhista, um conselho formado por representantes do Ministério da Saúde e dos profissionais médicos privados propôs a prestação de serviços de Atenção Primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde visando à cobertura de toda a população. Neste documento, conhecido como relatório DAWSON (nome do presidente do conselho), o Centro de Saúde foi definido como “uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos a serem prestados sob a condução dos médicos generalistas (*general practitioner-GPs*) do distrito em cooperação com serviços de enfermagem eficientes e apoio de especialistas” (ROEMER, 1985; DAWSON, 1964). Lord Dawson, ministro da saúde da Inglaterra, aproximou-se dos conceitos atuais de Atenção Primária à Saúde (APS) quando definiu o centro de saúde primário como a instituição encarregada de oferecer atenção médica no nível primário (DAWSON, 1964 apud LAGO; CRUZ, 2001):

The domiciliary services of a given district would be based on a Primary Health Centre -an institution equipped for services of curative and preventive medicine to be conducted by the general practitioners of that district, in conjunction with an efficient nursing service and with the aid of visiting consultants and specialists. Primary Health Centres would vary in their size and complexity according to local needs, and as to their situation in town or country, but they would for the most part be staffed by the general practitioners of their district, the patients retaining the services of their own doctors. (DAWSON, 1920).

O texto oficial de Lord Dawson of Penn, em 1920, tratava da organização de um sistema de serviços de saúde de forma regionalizada definindo funções para centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola, com vínculos formais entre os três níveis. Este arranjo forneceu a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países definindo como deveriam funcionar os setores de assistência médica. Apesar de o Relatório DAWSON ter sido a base para a reorganização por níveis de complexidade em vários países, o termo “Atenção Primária à saúde” foi introduzido por White, Williams e Greenberg, em 1961 (STARFIELD, 2002; WHITE, 1961), mas recebeu ao longo do tempo várias definições resultantes de categorias descritivas centrais que incluíram: a atenção a pessoas pobres de regiões pobres por meio de tecnologias de baixa densidade; a Atenção Primária seletiva; a atenção voltada à promoção da saúde e à prevenção das doenças; o conjunto de serviços essenciais (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, coordena e integra a atenção fornecida em algum outro lugar por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de ações, que combinadas, são exclusivas da Atenção Primária. Segundo Starfield (2002), esse tipo de atenção foi pensada em alguns países como uma atenção médica primária, visto que estava centrada na figura do médico e historicamente definida pelo tipo de médico que a exercia. Nos Estados Unidos da América – EUA, na década de 70, a Academia Americana de Médicos de Família definiu a APS como:

Forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no tratamento das doenças do paciente. Estes cuidados personalizados implicam uma interação única da comunicação entre o paciente e o médico, que inclui a coordenação da atenção aos problemas de saúde do paciente, tanto biológicos como psicológicos e sociais (ANDRADE, 2007).

A Declaração da OMS “Saúde para Todos no Ano 2000”, em 1977, desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da Atenção Primária e seus princípios foram enunciados em uma conferência realizada em Alma-Ata (1978) para tratar do tópico da “Atenção Primária à Saúde” (STARFIELD, 2002). O consenso alcançado em Alma-Ata, no ano de 1978, foi confirmado pela Assembleia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979, em que a Atenção Primária à saúde foi reconhecida como parte integrante e permanente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo uma coisa a mais” (BASCH, 1990).

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meio aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do Sistema de Saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade como o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem ou trabalham, construindo um primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

O conceito de Atenção Primária foi pensado para ser aplicado em todos os países, contudo aspectos relativos às condições de cada país – nível de industrialização, desenvolvimento tecnológico em saúde, relação com a comunidade, existência de sistema de informação para documentar necessidades de saúde – provocaram discordâncias quanto à aplicação desse conceito em países industrializados, Kaprio (1979 apud STARFIELD, 2002). O desafio era reorganizar os aspectos médicos da Atenção Primária nas nações industrializadas convertendo a atenção médica primária convencional em Atenção Primária à saúde.

A Atenção Primária deve oferecer suporte para a organização de um sistema integrado de serviços de saúde e sua caracterização não deve ser diferenciada apenas pelo tipo de médico que a exerce ou pelas características clínicas dos pacientes e seus problemas na Atenção Primária, secundária e terciária (STARFIELD, 2002). Starfield, citando White (2002), destaca formas de caracterizar a atenção médica para distinguir a Atenção Primária, secundária e terciária, sendo elas: a natureza dos problemas de saúde; o local de prestação do atendimento; o padrão de encaminhamento; a duração da responsabilidade; as fontes de informação; o uso de tecnologia; a orientação de interesse e, finalmente, a necessidade de treinamento.

As várias tentativas de definir a APS por suas funções levaram a uma descrição das características da Atenção Primária, tais como primeiro contato, longitudinalidade, abrangência e coordenação (STARFIELD, 2002). Outro debate referente à definição está na ambiguidade do termo primário que pode conotar algumas significações distintas: simples ou básico, ponto de primeiro contato, ponto de triagem, ponto principal da atenção à saúde etc. Mas, para Mendes (2011), não há dúvidas que a expressão primária foi conotada para expressar o atributo essencialíssimo da APS, o do primeiro contato. Discordâncias no conceito de APS existem em abundância dentro do mesmo país e de país para país, o que pode estar associado aos diferentes sistemas políticos e sociais, e a diferentes projetos político-ideológicos, assim como as definições ambiciosas e de certa forma vagas de APS, conforme descrito na Declaração de Alma-Ata.

A Declaração de Alma-Ata foi criticada pelas agências internacionais com o argumento de ser muito abrangente e pouco propositiva. Um ano após a realização da Conferência de Alma-Ata, a Fundação Rockefeller financiou a realização da conferência de Bellagio, a partir da qual se disseminou internacionalmente uma noção seletiva de APS, baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza (CUETO, 2003). Esse debate entre as duas vertentes na década de 80 gerou na década seguinte a divulgação e o financiamento de programas seletivos de APS em países em desenvolvimento com o propósito de ampliar a cobertura e ofertar ações de saúde simples e de baixo custo, principalmente em áreas rurais onde a população não tinha acesso ao sistema de saúde existente (BAPTISTA, 2009).

Esta definição de uma APS seletiva fazia parte das proposições do Banco Mundial (BIRD) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para a redução do papel do Estado, no cenário latino-americano dos anos 90. Estas proposições têm suas raízes em meados da década de 80, no desdobramento dos processos de renegociação da dívida externa dos países da região com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e das políticas de ajuste macroeconômico (UGÁ, 1997) recomendadas por estas agências na concessão de cooperação técnica e financeira externa, bilateral ou multilateral. As políticas de ajuste estrutural disseminadas na sequência das propostas de estabilização econômica, ao priorizarem reformas para a reorganização da ação estatal, incluíram a descentralização governamental na agenda de inovações (RIBEIRO, 2007).

A descentralização entra na pauta das formulações oficiais do Banco Mundial e do BID, nos anos 90, como estratégia política de reformas liberais do Estado, seja como inovação administrativo-gerencial, seja como linha de trabalho para a abertura de uma nova agenda para atualização e qualificação da gestão social. As análises das propostas do Banco Mundial e do BID visando à descentralização da ação governamental, em geral, e da saúde, em particular, mostram, entretanto, que elas ainda eram bastante limitadas e pouco desenvolvidas no início da década, ganhando robustez conforme as experiências concretas nacionais iam sendo analisadas (RIBEIRO, 2007).

Em 1993, o Banco Mundial assumiu papel central no debate internacional, com a publicação do relatório *Investindo em Saúde*, ofertando ideias que tinham como argumento a consolidação de sistemas de saúde capazes de responder a um conjunto mínimo de ações essenciais e à crítica à universalização do acesso à saúde (BANCO MUNDIAL, 1993). Independente das

causas definitivas, está claro que o conceito de APS tornou-se cada vez mais opaco desde Alma-Ata, e que a APS não realizou tudo que seus defensores pretendiam (OMS, 2007), prevalecendo nos anos 90 seu caráter seletivo.

O pacote de serviços básicos com intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres característico da APS seletiva se consolidou a partir de quatro intervenções conhecidas como GOBI, iniciais em inglês para denominar: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (*growth monitoring*), reidratação oral (*oral rehydration*), aleitamento materno (*breast feeding*) e imunização (*immunization*). Depois, foram incorporadas a esse pacote as chamadas FFF: suplementação alimentar (*food supplementation*), alfabetização feminina (*female literacy*) e planejamento familiar (*family planning*) (GIOVANELLA, 2012). Essa concepção de APS disseminada pelas agências internacionais na década de 80 teve ampla difusão na América Latina com programas verticais de atenção materno-infantil (CONIL, et al. 2010).

As percepções sobre o papel da APS no desenvolvimento do sistema social e de saúde se dividem claramente em quatro categorias principais (Quadro 1): 1) Em países da Europa e em outros países ricos industrializados, a APS foi vista primariamente como o primeiro nível de serviços de saúde para toda a população, como tal é referida comumente como “Atenção Primária”; 2) Nos países periféricos, a APS foi originalmente “seletiva” e como já descrita anteriormente, concentra-se em algumas poucas intervenções de alto impacto para combater as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas; a APS seletiva foi criticada por ignorar o contexto maior do desenvolvimento social e econômico e ao focar populações restritas e questões limitadas de saúde; 3) Uma abordagem nacional abrangente da APS foi implementada em poucos países, embora outros pareçam caminhar nessa direção; 4) a APS como garantia dos direitos humanos que apresenta experiências de menor escala nas Américas (OMS, 2007).

Nos dias atuais, a Atenção Primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenha em seu centro o usuário-cidadão. Nos países europeus, a Atenção Primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Esta concepção foi sendo aprimorada a partir dos questionamentos sobre APS seletiva contextualizada em programas focalizados. O quadro a seguir detalha as várias concepções de APS com seus atributos e formas de organização nos sistemas de saúde.

Quadro I- Concepções de APS, atributos e formas de organização.

CONCEPÇÕES	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS	ÊNFASE/ORGANIZAÇÃO
APS SELETIVA	Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).	Conjunto de atividades de serviços de saúde voltados para a população pobre.
ATENÇÃO PRIMÁRIA	Refere-se à porta de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários da saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica médica ou medicina familiar.	Nível de atenção em um sistema de saúde.
APS abrangente de Alma-Ata	A declaração de Alma-Ata define APS como “Atenção essencial em saúde com base em métodos práticos cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologias disponibilizadas universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde”.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde.
Enfoque em saúde e direitos humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma-Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação” se pretendem alcançar melhorias da equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores: social e da saúde.

Fonte: OMS, 2007.

Segundo Villaça (2011), as variações de interpretação da APS estão associadas à história de como se gestou e evoluiu esse conceito e à ambiguidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos fóruns internacionais. O uso diferenciado que algumas escolas do pensamento sanitário fazem do termo e a tentativa de se instituir uma concepção positiva do processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde fazem parte do processo de definição das concepções de APS.

Nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma forte base de APS. O imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à especialização dos médicos e à inferioridade atribuída ao generalista. Procurando identificar em que medidas as diferenças na orientação da APS estão associadas a uma saúde melhor, custos mais baixos e satisfação das pessoas com o sistema de saúde, Starfield (2002) relata um estudo comparativo entre doze nações ocidentais com resultados positivos em relação à qualidade do sistema de saúde baseados em AP. Mostra, assim, que quanto mais forte é o sistema de APS de um país melhores foram os resultados sobre a saúde da população; que os países que distribuíam recursos conforme necessidades ao invés de demanda alcançaram melhores níveis de saúde; que melhorias nas condições de saúde estão associadas à proporção de médicos para a população, demonstrando que uma oferta maior de médicos de família e internistas estava associada a custos mais baixos para o serviço médico mesmo após o controle de diversas variáveis sociodemográficas relacionadas e de oferta do sistema de saúde (OMS, 2007).

Nos países europeus, em geral, há acordo entre os dirigentes setoriais formuladores de políticas e os especialistas em organização de sistemas de saúde, no sentido de que a Atenção Primária deve ser a base de um sistema de saúde bem desenhado e capaz de orientar a organização do sistema como um todo. A APS tem sido reiterada como estratégia para a cobertura universal; contudo há dubiedade quanto ao significado dessa cobertura universal, que pode ser entendida de várias formas: 1) atenção universal à saúde (*universal health care*), termo utilizado para descrever políticas de saúde em países de renda alta; 2) cobertura universal (*universal health coverage*), isto é, acesso a seguros de saúde públicos ou privados; 3) cobertura apenas por serviços básicos, termo mais utilizados para países de renda média e baixa (STUCKLER, et al, 2010 apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), o que para esta autora neste contexto a APS pode ser estratégia de caráter seletivo para o alcance de um universalismo de caráter seletivo e de um universalismo básico em

países em desenvolvimento ou coordenadora da atenção integral em países centrais com sistemas públicos universais.

A melhor forma de caracterização da APS abrangente para evitar os conflitos conceituais foi a definição, por Barbara Starfield (2002), de atributos que possibilitam avaliar a situação desse nível de assistência. Estes são apresentados no Quadro II.

Quadro II- Atributos da Atenção Primária Abrangente.

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO	ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO
Primeiro contato	Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção, porta de entrada do sistema de saúde, ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados.	Longitudinalidade	Assunção de responsabilidades pelo paciente. Continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.
Abrangência ou integralidade	Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento, quando necessário.	Coordenação	Coordenação das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.
Orientação para a comunidade	Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis em cada local e participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.	Centralidade na família	Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro.
Competência cultural	Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.		

Fonte: Giovannella e Mendonça, 2008.

Organizar uma Atenção Primária que cumpra estes atributos é o desafio de qualquer sistema de acesso universal. O primeiro atributo de constituir-se como serviço de primeiro contato (Quadro II), como porta de entrada do sistema de saúde, requer que a APS seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, o que possibilita a utilização por parte dos usuários a cada nova necessidade de atendimento. A

coordenação dos cuidados torna-se cada vez mais indispensável em razão do envelhecimento populacional, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidencia crescente prevalência de doenças crônicas, e da diversificação tecnológica nas práticas assistenciais. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência entre as unidades de saúde, uma vez que tais pacientes utilizaram simultaneamente serviços de diversos níveis de complexidade, o que demanda a coordenação entre estes serviços, função que deve ser exercida pela equipe de Atenção Primária à saúde.

A abrangência ou integralidade da rede de serviços na perspectiva da APS envolve a existência de um serviço de procura regular, a constituição dos serviços de APS como porta de entrada preferencial, a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e os serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas com mecanismos formalizados de referência e a coordenação das ações pela equipe de APS, garantindo, assim, o cuidado contínuo. Integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que se expressam em vários âmbitos: sistema, atuação profissional e experiência do paciente a ser cuidado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo Starfield (2002), para avaliar a Atenção Primária, é preciso estabelecer padrões a partir dos quais o desempenho possa ser medido, seja de acordo com uma meta pré-estabelecida, seja através da comparação de um sistema em relação a outro. Para a autora, é possível medir as funções da Atenção Primária dentro de um sistema de serviços de saúde levando em conta tanto a estrutura dos sistemas de saúde como os comportamentos que refletem a sua função, seja a partir do ponto de vista da população, seja do indivíduo. Partindo da abordagem de medição ou avaliação da qualidade da assistência descrita por Donabedian (1980), como estrutura, processos e resultados, esta autora associa estrutura com capacidade e os processos como desempenho. Esta abordagem prevê que os atributos estruturais estejam em seu devido lugar para que importantes atividades possam ser realizadas. A capacidade dos sistemas de serviços de saúde é o que propicia a prestação destes serviços com componentes estruturais, e o desempenho são as ações que constituem a oferta e o recebimento dos serviços (STARFIELD, 2002).

Outras metodologias de avaliação da APS vêm sendo desenvolvidas em diversos países. No Brasil, pesquisadores vêm desenvolvendo o Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS. A avaliação do desempenho dos serviços de saúde depende da estrutura do sistema cuja arquitetura e cujo funcionamento devem ser capazes de garantir o atendimento às

necessidades de saúde reconhecendo que elas são, em grande parte, decorrentes de determinantes sociais, políticos e econômicos. Este desempenho pode ser medido por indicadores de efetividade da APS que se referem a mortes e casos de doenças evitáveis através da atuação dos serviços de saúde no âmbito da promoção, da prevenção e dos serviços médico assistenciais, assim como por indicadores de “internações evitáveis” por condições sensíveis à Atenção Primária. O conceito de internações evitáveis ou internações por condições sensíveis à Atenção Primária vem sendo usado por vários autores e países. Ele é uma medida indireta da efetividade da Atenção Primária, pois compreende internações por condições sensíveis a esse nível de atenção (PROADESS, 2012). O Brasil já conta com uma lista nacional de condições sensíveis à Atenção Primária, publicada por portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

A avaliação da APS nos 25 anos da Conferência de Alma-Ata pela OMS resultou no documento denominado “Renovação da APS”, tendo como foco principal as transformações dos sistemas de saúde com base na APS e a adequação aos contextos políticos, sociais e culturais de cada país. O objetivo de renovar a APS é revitalizar a capacidade dos países de elaborar uma estratégia coordenada, eficaz e sustentável para combater problemas de saúde e melhorar a equidade. A meta de tal esforço é obter ganhos sustentáveis de saúde para todos (OMS, 2007).

O Documento Renovação da APS coloca como motivos dessa necessária renovação o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para abordá-los; a necessidade de corrigir pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; o desenvolvimento de novas ferramentas e conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a ser mais eficaz; um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde (OMS, 2007).

O documento justifica também que, apesar do progresso em termos de desenvolvimento humano e de saúde nas regiões das Américas, ainda permanecem desafios consideráveis em relação às doenças infecciosas. Por outro lado, chama a atenção às mudanças de ordem social e econômica com impactos significativos sobre a saúde, gerando iniquidades em saúde e justificando a importância vital para os esforços de renovar a APS. Outro fator que pode aumentar ou diminuir iniquidades é a rápida proliferação de novas tecnologias e informação em saúde (OMS, 2007).

Renovar a APS significa, segundo o referido documento, mais do que simplesmente ajustá-la às realidades atuais, essa renovação requer uma análise crítica de seu significado e de seu

propósito. Assim, a Organização Pan-Americana de Saúde considera que a renovação da APS deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde. A essência da definição renovada de APS é a mesma contida na declaração de Alma-Ata. No entanto, essa nova definição considera o sistema de saúde com um todo, inclui os setores públicos e privados, com e sem fins lucrativos, e aplica-se a todos os países. Ela diferencia valores, princípios e elementos, destaca a equidade e a solidariedade, como valores fundamentais que perpassam todas as áreas do sistema e, ainda, incorpora novos princípios à APS de Alma-Ata, como sustentabilidade e orientação à qualidade (OMS, 2007). O quadro a seguir faz uma análise comparativa das características da APS-seletiva e da integral renovada.

Quadro III- Comparação das características de implementação da APS seletiva e da APS integral renovada.

Primeiras tentativas de implementação da APS (Atenção Primária seletiva)	Preocupações atuais das reformas pró-APS (Atenção Primária integral)
Acesso a um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais para as populações rurais pobres.	Transformação e regulamentação dos sistemas de atenção à saúde existentes com o objetivo de acesso universal e de proteção social da saúde.
Concentração em saúde materno-infantil.	Preocupação com a saúde de todos os membros da comunidade.
Focalização em pequeno número de doenças selecionadas, principalmente infecciosas e agudas.	Resposta integral às expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de riscos e de doenças cobertas.
Melhoria em higiene, água e saneamento e educação para a saúde das comunidades.	Promoção de condições e estilos de vida saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais.
Tecnologia simples por trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários.	Equipes de trabalhadores da saúde para facilitar o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos.
Participação vista como mobilização de recursos locais.	Participação institucionalizada da sociedade civil em políticas e mecanismos de responsabilização e prestação de contas.
Gestão de recursos escassos e redução de postos de trabalho.	Aumento dos recursos para a saúde objetivando o alcance de cobertura universal.
Atenção Primária como antítese do hospital.	Atenção Primária como coordenadora de uma resposta integrada em todos os níveis, garantindo continuidade da atenção e enfrentamento de problemas crônicos.
APS é barata e requer apenas um modesto investimento.	APS não é barata; requer investimentos consideráveis, porém é mais eficiente do que qualquer outra alternativa.

Fonte: Giovanella;Mendonça, (2012). Adaptado de WHO, (2008).

Um sistema de saúde com base na APS tem como princípios “uma abordagem abrangente de organização e operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade”. Esse sistema na APS renovada é definido como:

Un sistema de salud basado en la APS es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad e solidaridad y que se basa en los principios de la APS, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación, la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuenta de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad (MACINKO et al, 2007).

Um sistema de saúde com estas características requer uma sólida fundação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. A definição renovada de APS reconhece que a APS é mais do que apenas a prestação de serviços de saúde: seu sucesso depende de outras funções do sistema de saúde e de outros processos sociais (OMS, 2007). Devido à grande variação dos recursos econômicos nacionais, das circunstâncias políticas, da capacidade administrativa e do desenvolvimento histórico do setor de saúde, cada país precisará elaborar sua própria estratégia para a renovação da APS, tendo como referência valores, princípios e elementos que nortearão as suas decisões (OMS, 2007). Países com sistemas de saúde fortemente orientados para a APS têm maior probabilidade de apresentar resultados em saúde melhores e mais equitativos, podem ser mais eficientes, gastarem menos na atenção à saúde e alcançarem melhor satisfação do usuário do que aqueles cujo sistema de saúde tem uma fraca orientação para APS (OMS, 2007).

Ações para fortalecer os sistemas de saúde com base na APS por todas as regiões das Américas requerem esforços combinados de profissionais de saúde, cidadãos, governo, sociedade civil, agências multilaterais e bilaterais e outros. A implementação dessas ações de APS dependerá da adesão dos governos nacionais e da tradução dos princípios enunciados em práticas concretas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Segundo o documento de “Renovação da APS”, da OPAS (OMS, 2007), o prazo para concluir as ações recomendadas deve ser flexível e adaptável às diferentes situações e contextos regionais e locais, dadas as diversidades culturais, econômicas e sociais de cada país.

Algumas características relacionadas aos atributos da APS já em funcionamento nos países em que vigoram sistemas nacionais de saúde precisam ser analisadas e aprimoradas para servirem de referência à organização da APS em outros países. É mais frequente que nesses países a atenção

ambulatorial esteja organizada em níveis de atenção a partir da oferta de um generalista para a maioria dos problemas de saúde. O generalista exerce a função de prestador de serviços de primeiro contato e é responsável pelos encaminhamentos necessários a um segundo nível de atenção especializado (configurando um *gatekeeper* - o serviço de Atenção Primária ou o profissional médico deve ser procurado a cada nova necessidade de atenção). Esta responsabilidade, em alguns países, é compartilhada por outros profissionais de Atenção Primária, como ginecologistas e pediatras, no atendimento dos correspondentes grupos populacionais (MACINKO, 2006).

Outro problema referente à porta de entrada é a não qualificação de profissionais médicos como generalistas para o exercício dessa função, problema este enfrentado, igualmente, em vários países que têm buscado fortalecer a sua Atenção Primária (GIOVANELLA, 2006). Desde Alma-Ata que vem se buscando um novo modelo de cuidados à saúde, com uma concepção ampliada de saúde, para atuar não só na cura, mas também na prevenção de doenças, na promoção da saúde e na reabilitação dos usuários. Contudo, os problemas trazidos pelo sucesso do paradigma flexneriano – como o desenvolvimento do complexo industrial de saúde e a conseqüente inflação médica – faz com que se busque o lucro, com a expansão de procedimentos médicos, sem que haja um real empenho pela resolução definitiva dos problemas de saúde. O grande desafio das escolas de saúde é buscar o equilíbrio entre princípios de qualidade, relevância e custo-efetividade e se preocupar com excelência técnica e relevância social para minimizar os efeitos da defasagem entre ensino e realidade (CAMPOS et al., 2012).

A Atenção Primária à saúde, seja na experiência nacional, seja na experiência internacional, não tem a prioridade que deveria ter. As razões são várias: a sua decodificação como programa para regiões e para populações pobres, constituído por tecnologias simples e baratas; a sua baixa valorização, tanto material quanto simbólica, que deriva de uma expressão ideológica de uma atenção simplificada; o conceito equivocado de que é de baixa complexidade tecnológica; a sua menor densidade, o que afasta dela os interesses mais estruturados dos prestadores de serviços e do complexo industrial da saúde; a sua menor valorização pelos profissionais de saúde em função do paradigma flexneriano prevalecente; o seu distanciamento das soluções mais espetaculares que se dão, especialmente, no nível terciário do sistema; e a desconfiança de que a Atenção Primária à saúde não apresenta os resultados propalados pelos seus defensores, em termos econômicos e sanitários (MENDES, 2009).

Implementar uma concepção abrangente ou integral de APS implica a construção de sistemas de saúde orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. A integração ao sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da APS e a atuação intersetorial é condição para que a APS não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base para toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade para promover saúde.

Na América Latina, nos anos oitenta, a abordagem seletiva de Atenção Primária preconizada por agências multilaterais tornou hegemônica a implementação de uma cesta mínima de serviços. Considerando as diferentes compreensões acerca das concepções de APS, será analisado como estas se incorporaram ao contexto brasileiro a partir da década de 1920.

1.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil

As primeiras ações de saúde pública no Brasil foram implantadas na década de 1920 com práticas normativas de prevenção de doenças a partir de campanhas sanitárias verticalizadas. A adesão a ações de Atenção Primária só entrou no debate da agenda de reforma setorial no Brasil em meados da década de 70 acompanhando o movimento internacional (CAMPOS, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Porém, desde o Brasil Império eram realizadas ações isoladas com enfoque de prevenção primária e secundária conforme modelo de Leavel e Clarker (1976), essas ações em cada momento da história política do Brasil se apresentavam de formas distintas. Em alguns momentos, as ações de caráter preventivo e coletivo, nos moldes de campanhas sanitárias, eram fortalecidas e em outros eram as de caráter de prestação de cuidados individuais que caracterizaram um modelo de sistema de saúde fragmentado. A partir da Constituição de 1988 com a criação do SUS, vem se buscando alternativas para estruturar o sistema de saúde e uma APS ordenadora do cuidado em saúde.

Até 1919, as ações de saúde pública foram marcadas pela defesa sanitária dos portos e o enfrentamento das doenças endêmicas. Nas décadas de 20 e 30, organizou-se a assistência médica urbana com ações de caráter curativo individual, oferecidas pelas caixas de aposentadorias e pensões IAPs; por outro lado, nesse período, as práticas educativas são reforçadas para criar consciência sanitária e a saúde pública passou a ser função estatal com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública e do serviço de Enfermagem Sanitária. Nessas duas décadas, dois modelos

assistenciais começam a se estabelecer, são eles: um médico privatista previdenciário e o outro campanhista, fortalecido pela criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública. Nas décadas de 1940 e 1950, foi criada a fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) e instituído um novo modelo de unidades de Atenção Primária de caráter mais abrangente, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa. Estas unidades expandidas como centros de saúde para as capitais e médias cidades foram o eixo da organização sanitária estatal e estratégia para estruturar os sistemas distritais de administração sanitária que passou a integrar no fim da década de 50 o então criado Ministério da Saúde (CAMPOS, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica foi fortalecida na década de 60 com o crescimento da prática privada empresarial da medicina e a unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), ao tempo que se preservavam as práticas campanhistas isoladas no MS. Em 1963, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde que discutiu a municipalização da saúde e propostas de mudanças no sistema de saúde que não foram implementadas pelo regime militar. No período de 1967 a 1977, a unificação da previdência social levou a uma extensão da cobertura previdenciária e a uma política nacional de saúde que privilegiava a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento de medidas de saúde pública de caráter preventivo e de interesse coletivo. Essa intervenção estatal, por intermédio da Previdência Social, propiciou a criação de um complexo médico-industrial responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais de medicamentos e equipamentos médicos (FLEURY, 2008).

O padrão de organização da prática médica, orientada em termos de lucratividade do setor saúde, levou ao privilegiamento do produtor privado desses serviços e a capitalização da medicina. Entretanto, a falta de controle sobre as contas dos serviços contratados criou condições para que a corrupção atingisse, por volta de 1974, níveis que ameaçavam o equilíbrio financeiro; por outro lado, a modalidade de contrato existente tornava imponderável o cálculo atuarial, resultando em uma crise econômica e conseqüentemente política da previdência social (FLEURY, 2008). Essa crise da previdência se aprofundou expondo os percalços da assistência médica previdenciária, para garantir recursos financeiros, e as mazelas do sistema social e de saúde. Visando apresentar alternativas e confrontar esse modelo médico previdenciário, foram implantadas, pelos departamentos de medicina das escolas médicas, experiências de medicina comunitária que desmascaravam a precariedade da

oferta de cuidados médicos e trouxeram novas bases para o debate acerca do modelo de atenção vigente e suas alternativas (CAMPOS, 2007; PAIM, 2003).

As experiências de medicina comunitária estimularam a participação de membros da comunidade, os quais se constituíram em agentes para atender as pessoas da localidade onde moravam promovendo a extensão dos serviços médicos através de técnicas simplificadas e massificadas com redução de custos. Estas práticas deram-se às margens dos modelos predominantes e provocaram o debate nacional para a Atenção Primária à saúde à luz do que ocorreu em Alma-Ata. A adesão a proposições de Atenção Primária com enfoque comunitário na década de 70 culminaram com a criação do programa de interiorização das ações de saúde e saneamento – PIASS (PAIM, 2003; CAMPOS, 2007). Na década de 80, o INAMPS passa a financiar ações de Atenção Primária para os municípios com recursos da previdência social e foram criados programas como o PREV SAÚDE e as AIS, e posteriormente a criação do SUDS que fortaleceu os sistemas estaduais de saúde.

A palavra primário(a), na língua portuguesa, traz em si diferentes possibilidades explicativas – o primeiro em uma lista ordenada; principal, central, essencial; primitivo; básico; sem refinamento (BAPTISTA, 2009). Esta ambiguidade terminológica, bem como a disputa entre distintos projetos político-ideológicos, tem causado confusão, falta de clareza e ausência de consenso em relação ao sentido ou propósito da APS. Na trajetória da política brasileira, observa-se uma dualidade na organização das ações e dos serviços do sistema de saúde, com práticas realizadas de forma dicotomizada: de um lado, as de caráter social, sanitarista ou de saúde pública; de outro, as ligadas à prestação de cuidados aos indivíduos. A proposta reformista dos anos 80 divergia dos programas seletivos e focalizados de APS financiados pelas próprias agências internacionais em países pobres ou em vias de desenvolvimento (FAUSTO; MATTA, 2007). Embora o debate colocasse a APS como marco referencial para a organização de um novo sistema de saúde, as divergências quanto ao caráter seletivo da APS na América latina não permitiram um consenso quanto à abordagem do tema na reforma das políticas de saúde na época.

Em 1988, cria-se no Brasil o Sistema Único de Saúde - SUS apoiado na concepção de relevância pública das ações e dos serviços de saúde visando romper assim a configuração de dualidade entre as ações preventivas e curativas e a fragmentação do sistema de saúde. Esse novo sistema de saúde, concebido como de caráter universal e integral, com ações de saúde executadas de forma descentralizada e com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e

municipal), forma uma nova base de construção de ações que devem ser desenvolvidas em todo o território nacional (BRASIL, 1988). Embora as experiências em APS que se desenvolveram nos anos 1960, e mais amplamente nos anos 1970, a partir dos programas de integração docente assistencial dos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às escolas de medicina (FAUSTO, 2005), nos anos subsequentes, a APS não ocupou posição de destaque no debate setorial até a década de 1990. As legislações publicadas para regulamentar o funcionamento do SUS entre as três esferas de governo não fazem referência ao termo Atenção Primária (BRASIL, 1988, 2012a; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; GIL, 2006).

Nos anos 90, no Brasil, optou-se por pela utilização do termo atenção básica (AB) em referência à política e ao conjunto de ações no primeiro nível de atenção, embora o termo internacionalmente usado seja APS. Isto se deve ao fato de, na época, o termo Atenção Primária à saúde ser associado ao enfoque restrito predominante nos processos de reforma na América Latina sob a influência das agências internacionais. Tal visão hegemônica no plano internacional era incompatível com os princípios de universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). (CASTRO; FAUSTO, 2012). Assim, em 1993, o Banco Mundial assumiu papel central no debate internacional, com a publicação do relatório *Investindo em Saúde*, este ofertava aos países ideias que tinham como argumento a consolidação de sistemas de saúde capazes de responder a um conjunto mínimo de ações essenciais e fazia crítica à universalização do acesso à saúde (BANCO MUNDIAL, 1993).

Para alguns autores (BANCO MUNDIAL, 1993; FRANCO, 2002; MATOS, 2001), o conceito de Atenção Básica, assim como o de Atenção Primária à Saúde, sofreu influência do Banco Mundial na organização das ações de saúde por ser permeado por políticas de redução do papel do Estado (Estado Mínimo) que caracterizaram a década de 1990 no Brasil. Outros já colocam que a preferência pelo termo ‘atenção básica’ no Brasil durante a implementação do SUS foi uma forma de se contrapor ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do FMI e do banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase para programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS (UGÁ, 1997; RIBEIRO, 2007; GIL, 2006; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), em 1991, a partir do resultado de experiências locais que já vinham sendo desenvolvidas em várias regiões do país e a implantação do PSF, em 1994, deram margens às críticas sobre a utilização do termo atenção básica

como pacote ou cesta de serviços básicos (VIANA; DAL POZ, 1998; GOULART, 2007). Essas críticas se pautaram no enfoque desses programas para a população pobre e marginalizada pelo fato de o PACS utilizar pessoas da comunidade com baixa escolaridade para atuar como agente comunitário e pela inserção do PSF nas regiões mais pobres do país, como a Norte e Nordeste, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e ampliar o acesso ao atendimento médico e de enfermagem. Para Franco e Merhy (1999), o PSF se aproximava mais das propostas seletivas da APS do que do conceito abrangente de Alma-Ata. Em 1995, o PSF foi adotado como projeto prioritário do Governo Fernando Henrique Cardoso e o termo APS foi substituído oficialmente por ‘Atenção Básica à Saúde’, a partir da NOB 96, para caracterizar um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 1996).

O PSF foi acolhido no SUS como uma forma de romper com os modelos clássicos da medicina familiar e instituir-se como prática de saúde da família, o que, provavelmente, sofreu a influência de sua origem intersetorial, no PACS, proposto inicialmente como ação de emergência de trabalho para o enfrentamento da seca no semiárido cearense, no ano de 1987 (GOULART, 2007; MENDES, 2002a). Com a expansão do PSF, surgiram diagnósticos sobre os desafios e impasses na construção de um modelo assistencial pautado no PSF e o debate político e acadêmico indicou a necessidade de fortalecimento da atenção básica numa perspectiva que não se restrinja ao modelo do PSF, numa tentativa de revalorização da concepção de APS, buscando o diálogo com o debate internacional (FAUSTO, 2005; GIL, 2006; CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

Em termos normativos institucionais, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), que alterou a proposta do financiamento com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), que tem um componente fixo calculado em base per capita e um componente variável cujo principal incentivo vincula-se ao PSF. O PSF foi uma política prioritária de 1995 a 2002 e representou a estratégia escolhida para expansão e organização da Atenção Primária no país, chegando a 30% de cobertura populacional até 2002 (GOULART, 2007; CASTRO; FAUSTO, 2012). A política de indução via incentivos, por parte do Ministério da Saúde, para a implantação da Estratégia Saúde da Família, promoveu a ampliação da cobertura de serviços de APS em muitos municípios brasileiros (BRASIL, 1996). No entanto, alguns resultados apontaram para dificuldades, como o não reconhecimento da unidade básica como referência para cuidados assistenciais pela população adscrita, a baixa resolubilidade dos serviços oferecidos, tendo em vista a ocorrência de encaminhamentos para procedimentos especializados de

forma desnecessária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Ainda persiste a permanência do elevado número de internações por condições sensíveis ao tratamento ambulatorial (MENDES, 2002c), apesar de estudos mais recentes associados ao PSF apontem uma redução dessas internações (MACINKO et al, 2011).

Partindo dessas premissas, um estudo analisou os documentos oficiais do MS, no período de 1990 a 2005, nos quais se procurou evidenciar como esse órgão tem apresentado as concepções de APS e se as mesmas têm sido orientadoras das propostas de desenvolvimento das ações básicas de saúde no âmbito do SUS (GIL, 2006). A autora, ao pesquisar os descritores "Atenção Primária à Saúde", "Atenção Básica à Saúde" e "Programa Saúde da Família", observou que o descritor "Atenção Primária à Saúde", ao estabelecer os sinônimos para cuidados primários de saúde, deixa margem à interpretação reducionista da saúde, uma vez que aparece ligado às concepções de pacote básico de serviços, cesta básica de saúde, entre outros, indo ao encontro das críticas sobre as ideias difundidas pelas agências internacionais de racionalização do financiamento em saúde. Nenhum trabalho foi encontrado pela autora na busca ao descritor "Atenção Básica à Saúde", o que reforça a impressão de que esta concepção é recente. O descritor "Programa Saúde da Família" apresenta uma definição ampla que explicita seu propósito de reorganização da prática de atenção à saúde e a *substituição* do modelo tradicional, a composição das equipes e os parâmetros populacionais (GIL, 2006). Estes fazem referência à organização do PSF na perspectiva da Atenção Primária, outros o fazem na da Atenção Básica, sendo que estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como contraposição (GIL, 2006; SOUZA, 2002.).

A Atenção Primária à saúde enquanto serviços de saúde do primeiro nível de atenção vai ao encontro de sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo, nas unidades básicas, sua instância operacional com nível próprio de atendimento (GIL, 2006; STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). No caso brasileiro, o referencial proposto em Alma-Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde. O PSF apoia-se no referencial da Vigilância à Saúde (TEIXEIRA, 2006), isto é, na organização das ações a partir do território e dos problemas de saúde. Este referencial associado a intersectorialidade, a discriminação positiva de saúde, e ao paradigma da produção social da saúde, sustenta a Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Primária (PAIM, 2012; GIL, 2006; SOUZA, 2002). O conceito de saúde da família, no Brasil, ainda está em formação e diversas acepções do Programa são encontradas. Quando o comparamos com propostas internacionais (por exemplo: *o General*

Practitioners britânico, o Gatekeeper ou o Family Doctor dos EUA ou, ainda, o Médico de Família cubano), o risco de equívoco é muito grande. Aliás, os casos americano e cubano, embora radicalmente diferentes, são frequentemente tomados como os paradigmas sobre os quais se construiu o programa brasileiro (GOULART, 2007). Assim, dada a complexidade e heterogeneidade do nosso país com seus 5.564 sistemas municipais de saúde, a adoção e mesmo superposição desses diferentes referenciais é, de certa forma, esperada. Para Gil (2006), a percepção que se tem ao analisar estudos sobre APS, Atenção Básica e PSF é de que a concepção de Atenção Primária à Saúde predomina em nosso contexto, dado o volume de trabalhos que se utilizaram desta perspectiva em seus estudos.

A partir da Norma Operacional Básica (NOB 96), a atenção básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção e, no final de 2002, o PSF tinha alcançado níveis de cobertura nacional em torno de 30%. Contudo, diversos problemas impediam mudanças substanciais nas condições de saúde da população, como carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos, problemas na implantação do PSF em grandes centros urbanos, carências de gestão e formação de recursos humanos na Atenção Primária e ainda impedimentos para a garantia da integralidade na APS. Buscando enfrentar esses problemas, discussões relacionadas à mudança ou flexibilização para enfrentar as limitações do modelo adotado pelo PSF foram travadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIT), levando ao fortalecimento desse modelo e à pactuação da política nacional de atenção básica PNAB.

As NOBs têm se constituído como mecanismos de viabilização do SUS e cada uma delas imprimiram concepções e ritmos distintos ao processo de descentralização do SUS, a NOB-96 inaugurou uma nova retórica na organização dos serviços municipais e da atenção básica (GIL, 2006). Esta portaria retoma o enfrentamento de um dos dilemas do SUS, que é a fragmentação da oferta de serviços de saúde, ao propor funções descritas para este nível de atenção que devem contribuir com o funcionamento de Redes de Atenção à Saúde, com o mais alto grau de descentralização, com a capacidade resolutiva e a ordenação e coordenação do cuidado para organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde - RAS (BRASIL, 2011b).

Em 2006, a publicação do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais, definiu e ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária

e modelo substitutivo para a organização da atenção básica (BRASIL, 2006d). O documento apresenta pela primeira vez o conceito de Atenção Básica e a definição explicitada nesse pacto se assemelha ao que na literatura internacional é denominada de “Atenção Primária abrangente de Alma-Ata” (OMS, 2007). A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) mudando o nome desses programas para Estratégia Saúde da Família, buscando assim retirar o caráter programático vertical de sua implantação para que o mesmo possa se ajustar às diversas realidades. Entretanto, subsistem ainda princípios e diretrizes a serem seguidos pelos municípios a fim de receberem incentivos. Para revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, a AB foi definida como:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (...) É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização (BRASIL, 2006d).

O referido pacto explicita ainda como estratégias para intervenção da AB em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Foram definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs outras estratégias de interesse regional. O processo de monitoramento deve se dar anualmente através de pactuações entre os estados e os municípios consolidadas no Pacto dos indicadores de atenção básica.

O pacto pela atenção básica esclarece que as Secretarias Municipais de Saúde e o Distrito Federal devem ter como responsabilidades na atenção básica: organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; inserir, preferencialmente, conforme a sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização sistêmica da atenção à saúde; organizar o fluxo de usuários objetivando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica; firmar, monitorar e

avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território divulgando anualmente os resultados alcançados; entre outras atividades (BRASIL, 2006d).

Os serviços básicos de saúde permanecem caracterizados pela presença quase absoluta do setor público e pela dependência de sua integração em rede mais ampla. A implantação do PSF foi acelerada nos municípios de pequeno porte com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Todavia, sua implementação foi lenta nos grandes centros urbanos, visto que se deparou com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, aos agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e à oferta consolidada em rede desarticulada e mal distribuída (SCOREL et al, 2007).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde para avaliar o Programa de Expansão em Saúde da Família - PROESF (BRASIL, 2004) demonstrou que a maior parte das unidades ambulatoriais corresponde, portanto, a serviços de Atenção Primária. Contudo, os dados não permitem a separação precisa entre serviços de primeiro nível e atenção secundária, uma vez que parte dos estabelecimentos com especialidades corresponde a serviços primários. Dados do IBGE sobre a infraestrutura das unidades apontam que a área construída de cerca da metade (46%) das unidades ambulatoriais era pequena (de até cem metros quadrados), e 40% dessas unidades apresentavam área construída entre cem e quinhentos metros quadrados. Apenas um quinto (23%) das unidades ambulatoriais realizava ou coletava material para exames, o que implica dificuldade de acesso com deslocamento do paciente a um serviço específico sempre que lhe for solicitado exame para complementar diagnóstico (IBGE, 2002, 2005).

Com a implantação da PNAB algumas estratégias permitiram ampliar as ações de atenção básica desde as relacionadas à integração do PSF com as macropolíticas, por exemplo, o Bolsa Família e os territórios da cidadania e as referentes à ampliação das ações de APS, como criação dos Núcleo de Atenção à Saúde as Família-NASF (BRASIL, 2010), equipes de transição do PSF, reajuste dos incentivos, iniciativas em parcerias com o Ministério da Educação para reorientação da formação profissional, fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação, ampliação de ações de promoção à saúde, fortalecimento da saúde bucal (CASTRO; FAUSTO, 2012). Alguns estudos citam ainda que o PSF ampliou o acesso a serviços de atenção básica (UFMG, 2012, FACCHINI et al., 2006), outros relacionam melhorias nos indicadores de mortalidade infantil (MACINKO et al., 2007; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009) e outros relacionam ainda a redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção básica (MACINKO et al., 2011).

Segundo Giovanella (2012), ainda são poucos os estudos que permitem saber se mudanças substanciais foram efetivamente implementadas no modelo assistencial. Para Castro e Fausto (2012), o modelo de Saúde da família exige um profissional médico qualificado com competência clínica para exercer a função de filtro (*gatekeeper*) e responder aos problemas mais comuns da população. A autora aponta, ainda, que é insuficiente a oferta de médicos de medicina da família. Outro dilema citado por esta mesma autora é a superação da fragmentação da oferta de serviços e a formação de redes regionalizadas. Estes problemas associados ao subfinanciamento e à falta de estrutura dos serviços constituem desafios importantes para que a APS se consolide como ordenadora do cuidado em saúde.

Em junho de 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508 que regulamenta a Lei 8080/90 e tem como objetivo regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa para que o cidadão possa, de fato, conhecer as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados em redes de atenção à saúde e as atribuições dos entes federativos nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011a). Este decreto é o primeiro documento oficial assinado pela Presidência da República em que aparece o termo Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde e como ações e serviços que devem conter em uma região de saúde juntamente com serviços de: urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. O artigo décimo primeiro desse decreto traz ainda Atenção Primária como ordenadora do cuidado em saúde.

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela Atenção Primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente. (BRASIL, 2011a).

Embora o Decreto 7508 explicita o termo Atenção Primária como ações e como nível de atenção, no mesmo ano de 2011 é publicada a Portaria nº 2.488 utilizando o termo Atenção Básica e colocando os dois como sinônimos. “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento”. Nessa portaria, amplia-se a definição do termo AB na PNAB:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e

participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL. 2011b).

O conceito acima, bem como as diretrizes e fundamentos apresentados na referida Portaria constituem o que Starfield (2002) define como atributos da Atenção Primária e retomados pela OMS (2007). Ao assumir esses atributos e caracterizar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção inserida no sistema de saúde brasileiro como um todo, o país está assumindo o conceito de Atenção Primária estabelecida como APS renovada pela OMS. Esta portaria retoma o enfrentamento de um dos dilemas do SUS, que é a fragmentação da oferta de serviços de saúde, ao propor funções descritas para este nível de atenção que devem contribuir com o funcionamento de Redes de Atenção à Saúde, com o mais alto grau de descentralização, com a capacidade resolutiva e ordenação e coordenação do cuidado para organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS (BRASIL, 2011a).

Todavia, a implantação de políticas não ocorre com a publicação de uma lei ou portaria, os aspectos legais institucionalizam decisões que, para serem operacionalizadas, dependem de um conjunto de fatores técnicos, políticos e financeiros. A diversidade de modelos implementados nas diferentes experiências de APS no país demonstram que a APS seletiva é uma realidade de muitos municípios. Os termos atenção básica e Atenção Primária à saúde permanecem sendo utilizados com diferentes interpretações, ora como sinônimo, ora como termos que se contrapõem (GIL, 2006). Embora, a partir de 2010, tenham dado passos no sentido de qualificar a atenção básica, o aumento do volume de recursos para custeio através de incentivos e a criação de linhas de investimentos para financiar a estrutura física, além da implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ com incentivos para as unidades que apresentarem melhoras dos indicadores, não são suficientes para operacionalizar essas mudanças (BRASIL, 2011c, 2012).

A reorganização do sistema de saúde brasileiro, orientada por uma Atenção Primária à saúde abrangente, condutora do processo de atenção com boa integração da rede de serviços, é uma perspectiva para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização de serviços de saúde, o que contribui para efetivar o direito à saúde em nosso país (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Considerando a complexidade do tema em discussão é fundamental, para o progresso da atenção básica, o aprimoramento do conhecimento baseado em evidências e superação de uma negligência histórica no meio acadêmico, existindo várias questões que precisam de respostas. Pesquisas que incluam os métodos importantes na Avaliação da Atenção Básica e pesquisas contribuam com a tomada de decisões devem ser objetos de investigação, sejam estas relacionadas à clínica, ao treinamento em Atenção Primária e a uma variedade de relações entre os vários componentes da estrutura, do processo e dos resultados (STARFIELD, 2002).

A adequação dos recursos para a oferta de atenção clínica envolve a consideração de todos os aspectos da estrutura, por exemplo: o número de pessoal adequadamente treinado para prestação da Atenção Primária aos pacientes atendidos; o número e o tipo de unidades de saúde nas quais os serviços são prestados; a adequação do financiamento para os serviços de Atenção Primária e a variedade de serviços que eles cobrem para garantir a acessibilidade; a adequação dos sistemas de informação para prestar serviços e avaliá-los; além dos mecanismos administrativos a fim de garantir que as unidades de saúde sejam projetadas e operadas para atender às necessidades da população (STARFIELD, 2002). Assim, para o alcance da efetividade e da equidade dos serviços de saúde deve existir um forte sistema de Atenção Primária, que considere: a obtenção da atenção ao primeiro contato com os serviços, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Esses atributos são considerados essenciais na avaliação da qualidade da prestação dos serviços na Atenção Primária (STARFIELD, 2002).

A organização dos fluxos dos usuários visando à garantia de acesso a serviços e ações especializadas de acordo com as necessidades de saúde é responsabilidade da Atenção Primária a ser executada pelo governo municipal. Apesar de alguns municípios terem intensificado a organização da rede assistencial integrando serviços especializados e hospitalares em grande parte dos municípios, o sistema de referência e contrarreferência não estão organizados para proporcionar o acesso da população a serviços essenciais a fim de garantir a integralidade da APS.

Os serviços de diagnose são os que mostram as maiores dificuldades de acesso aos usuários do SUS, visto que em grande parte dos serviços e de acesso restrito a segurados de plano de saúde, somente 9% dos serviços de SADT exclusivos são públicos. Desse modo, é no setor de serviços de diagnose onde se encontram as maiores dificuldades de acesso aos usuários do SUS (GIOVANELLA, 2012). Nos pontos de atenção secundária de atenção à saúde predomina o pagamento por produção, evidenciando uma situação quase caótica, em que se misturam ineficiência, baixa qualidade, dificuldades de acesso para as pessoas usuárias, redundâncias e demora na apresentação dos resultados (MENDES, 2011).

Quanto aos recursos humanos, o número de profissionais médicos, enfermeiros e dentistas disponíveis é considerado baixo para as necessidades da população. Embora o número de enfermeiros seja inferior ao de médicos e ao de dentistas, em 2005 existiam 0,64/1000 e em 2008 esse número passou para 0,94/1000. O número de médicos em 2008 estava na proporção de 1,8 /1000 habitantes. Quando se analisam as diferenças regionais, existem diferenças significativas entre as regiões com 2,4 médicos por mil habitantes na região Sudeste e 0,9 na região Norte (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em comparação internacional, a relação número total de médicos em atividades (SUS e/ou serviços exclusivamente privados) por habitante no Brasil é baixa. Em 2006, segundo informações do Conselho Federal de Medicina, estavam em atividade 311.695 médicos para uma população estimada de 186.770.613 pessoas, correspondendo à relação de 1,7 médicos/mil habitantes. Assim como para a disponibilidade de profissionais, não é possível definir uma norma internacional de número adequado de consultas por habitante/ano, uma vez que se observam diferenças demográficas epidemiológicas e de organização dos serviços entre países. Entretanto, a comparação internacional parece indicar uma baixa cobertura de consultas médicas por habitante/ano no Brasil (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Várias questões operacionais impedem uma efetiva implementação de uma APS abrangente, como alguns fatores associados ao processo de formação e fixação dos profissionais, à ampliação da rede de apoio diagnóstico e terapêutico, à mediação do setor saúde para desenvolver ações intersetoriais que respondam aos determinantes sociais, ao subfinanciamento do setor saúde, entre outros dilemas regionais, fazendo com que existam vários modelos de APS no Brasil.

O Decreto 7508/2011 instituiu o Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde – COAP, que é um acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede

interfederativa de atenção à saúde. O objetivo desse contrato é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. O COAP está em fase de implantação, a Portaria 2807/2013 define incentivo para sua estruturação e a resolução 4 de 19/07/2012 da CIT define responsabilidades sanitárias dos entes federados que devem estar contidas neste contratos. Até o momento apenas dois estados, Ceará e Mato Grosso do Sul, assinaram o COAP, por prever responsabilidades jurídicas para os gestores, existe um debate referente ao financiamento que retarda o processo de habilitação dos municípios, pois muitos gestores municipais alegam não ter condições de cumprir todas as exigências estabelecidas e o contrato é um mecanismo legal de punição quando o mesmo não for cumprido.

A regulamentação da EC 29, no que se refere ao montante de recursos federais para a saúde, não tem previsão de aprovação pelo congresso, assim, como não há nenhuma proposição de ampliação de recursos a serem transferidos aos municípios para a saúde, ao assinarem um termo de cumprimento de metas sem recursos novos os municípios ao não cumprirem os indicadores podem ter seus recursos reduzidos. Todavia desafios relevantes em relação ao financiamento precisam ser enfrentados: a necessidade de adoção de critérios mais justos de repartição entre as unidades federadas e de formulação de modalidades inovadoras para as transferências dos recursos financeiros; a formulação de estratégias para a organização da gestão regional do sistema; e a definição de uma proposta de organização para as redes de atenção tendo Atenção Primária como ordenadora (LIMA, 2012).

Apesar das dificuldades de implantação de uma APS abrangente, os documentos oficiais e os estudos já apresentados anteriormente neste trabalho nos permitem identificar algumas características e resultados sobre a estruturação da APS no Brasil. Existem três características que nos diferenciam dos modelos de outros países orientados pela APS: a decisão de as equipes multidisciplinares serem responsáveis por territórios geográficos e população adscrita – as equipes devem reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles de ordem funcional, orgânica ou social; a presença singular dos agentes comunitários de saúde e, finalmente, a inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde. Os resultados positivos apontados em diferentes estudos abordando a Saúde da Família abrangem diferentes fatores, por exemplo: a avaliação positiva dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde sobre o SUS; a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde, principalmente em regiões desprovidas de assistência à saúde; a ampliação da

infraestrutura com implantação de unidades de saúde; a redução da mortalidade infantil; a redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, dentre outros.

As mudanças citadas acima precisam ser reforçadas por uma melhor coordenação, como afirma Giovanella (2012):

[...] uma melhor coordenação de cuidados busca responder a exigências de mudanças no perfil epidemiológico com crescente prevalência de doenças crônicas. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência interorganizacional, uma vez que esses pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, exigindo a coordenação entre níveis de atenção. (GIOVANELLA, 2012)

É esse o papel coordenador da Atenção Primária à Saúde, por sua vez intimamente ligado aos seus demais atributos, que deve ser reforçado para a consolidação de redes integradas de atenção à saúde. Conforme Starfield (2002), a coordenação do cuidado na APS é a capacidade de reconhecer os problemas de saúde abordados em outros serviços de saúde e integrar as ações realizadas nesses serviços ao cuidado global dos pacientes. Isto é, o provedor de Atenção Primária, a equipe de Saúde da Família, deve integrar todo o cuidado que o paciente recebe independentemente do local no qual esse cuidado foi recebido, o que requer uma organização em redes assistenciais.

Redes integradas são “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população” (MENDES, 2011).

Redes integradas de serviços de saúde, ou sistemas organizados de serviços de saúde, ou sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas, podem ser definidas como “uma rede de organizações que presta ou provê os arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos, e pelo estado de saúde da população à qual ela serve” (MENDES, 2011). O Decreto 7508 traz a base para a organização dessas redes integradas de atenção, tendo a Atenção Primária como ordenadora do cuidado. Para que esse nível de atenção funcione como articuladora das demais tecnologias, é preciso que os serviços de APS realizem um processo de planejamento para ofertar e executar ações de saúde no nível individual e coletivo contemplando a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças e a reabilitação. Compor sistemas de saúde funcionais, resolutivos e acolhedores, requer

que a Atenção Primária ocupe o papel central na organização das redes integradas de atenção à saúde e esta definição depende do compromisso político de organização do sistema de saúde como um todo em cada país.

A existência de serviços de nível secundário e/ou terciário não adequadamente integrada às equipes de Atenção Primária pode gerar prejuízos para a saúde da população, quando subestimada em número ou diversidade de ações ofertadas, com prejuízo financeiro para a gestão municipal. Os estudos de efetividade sobre internações sensíveis à APS (MACINKO et al, 2011), por exemplo, internações hospitalares por crises de asma não tratadas de forma correta na Atenção Primária reforçam a importância de uma APS ordenadora do cuidado. A integralidade do cuidado como um modo ampliado de apreensão das necessidades (MATTOS, 2003) só será alcançada com a constituição de uma rede qualificada e integrada de cuidado em nível primário, secundário e terciário, além de inter-relacionada com outras políticas sociais. Essa rede integrada de atenção à saúde ordenada pela APS deve se caracterizar por ter um território e população definidos, com estabelecimentos e serviços de saúde necessários às necessidades da população e integrados por sistemas eletrônicos de informação, com um modelo assistencial centrado na pessoa, na família e na comunidade, sob um único sistema de governança, com financiamento adequado para atender todos os cidadãos do país.

Para Mendes (2011), a baixa resolubilidade da APS esta na péssima estrutura física dos serviços, na oferta de serviços de baixa densidade tecnológica, entre outros problemas que impedem o funcionamento das redes. Para o autor, deve se instituir um novo ciclo da APS no Brasil, o que implicará assumi-la, verdadeiramente e não só discursivamente como a estratégia de organização do SUS.

A municipalização autárquica gerou, num quadro mais geral de restrições financeiras graves, uma competição intermunicipal predatória por recursos escassos (TEIXEIRA, 2003). Isso se deu em função da carência de espaços intermediários de mediação, na esfera estadual, visto que o papel deste ente federado não foi amplamente discutido na CF de 1988, como os colegiados regionais. Em 2006, com o Pacto pela Saúde, foram realizadas mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre as esferas de governo propiciando uma ação coordenada e cooperativa entre os três entes gestores do SUS. Essas mudanças resultaram na formação dos colegiados de gestão regional como espaços de negociação permanente.

A formulação de estratégias para a organização da gestão regional do sistema e a definição de uma proposta de organização para as redes de atenção tendo a Atenção Primária como ordenadora do cuidado, precisa ser fundamentada em dados da realidade que demonstrem a real situação sobre a capacidade de oferta de serviços para atender a uma APS abrangente. O paradigma da regionalização cooperativa não tem similar na experiência internacional e, por isso mesmo, deve ser construído, singularmente, em nosso país. A regionalização cooperativa supera uma visão restrita de recorte territorial e da imposição de uma autoridade sanitária regional para apresentar-se como um processo de mudança das práticas sanitárias no SUS, o que implica considerar suas dimensões técnica, ideológica e política (MENDES, 1995).

No contexto da otimização da efetividade e equidade, a qualidade da atenção significa o quanto às necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde (STARFIELD, 2002). Portanto, a ampliação das funções clínicas, assim como das funções gerenciais de coordenação da atenção, requer maior profissionalização do trabalho gerencial do cuidado e qualificação para as novas funções de reestruturação da APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

CAPÍTULO II - ORGANIZAÇÃO DE REDES ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E A REGIONALIZAÇÃO NA BAHIA

2.1 Considerações gerais

A assistência à saúde é um componente importante dentro de qualquer sistema de saúde e este, por sua vez, deve ser entendido como um componente do sistema de proteção social para garantir o bem-estar das populações. Os sistemas nacionais de saúde se configuram como uma estratégia de garantia de acesso gratuito e universal à saúde (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

A criação do SUS pela constituição de 1988 impôs mudanças nas formas de organizar as ações e serviços de saúde instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios e diretrizes: a universalidade da assistência; a integralidade da atenção à saúde; a participação da comunidade e a descentralização da gestão com autonomia em cada esfera de governo (BRASIL, 1988, 1990b). A adequação da gestão dos serviços de saúde aos princípios constitucionais demandou a criação de novos espaços e de um repensar sobre o modo de fazer saúde (Brasil, 1988). Neste novo cenário o Município surge como um ator importante na execução das ações e dos serviços de saúde.

O SUS faz parte de um Pacto Federativo e seus princípios e diretrizes são únicos nas três esferas de governo. Contudo a má distribuição dos serviços de média complexidade e o atraso na implantação de serviços assistenciais de maior complexidade impedem que o princípio da integralidade do acesso seja a realidade em grande parte dos municípios, dado que os pontos da rede de atenção não foram estruturados de modo a combinar acesso universal e ações integrais o mais próximo da população.

A integralidade é uma palavra que não pode ao menos ser chamada de conceito, a mesma está associada a um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Pode-se identificar de um modo geral um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico: por um lado, o discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de Atenção Primária e de promoção de saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim nas críticas e proposições sobre assistência a saúde de alguns autores acadêmicos. (CAMARGO, 2001).

Para Pinho et al (2007) e Bezerra – Brito et al (2012) a integralidade é entendida com uma das diretrizes do SUS, que vem subsidiando discussões de maior amplitude, visto que o conceito constitucional de integralidade, não tem dado conta de explicar a magnitude e a complexidade das dimensões: estruturais, políticas, subjetivas e técnicas que estão envolvidas nos saberes e nas práticas integrais no contexto brasileiro. Estudo de revisão, dos autores citados, sobre o tema, aponta a integralidade como uma dimensão teórico prática dos saberes em saúde coletiva, indo de uma dimensão mais macro-estrutural, até a mais subjetiva do sujeito que é atendido nos serviços de saúde. Constituindo assim um espaço dialético para pensar o conceito de integralidade a partir das necessidades dos indivíduos: como conhecimento; como fazer e como política.

A garantia de acesso a serviços integrais de saúde surgiu no final da II Guerra Mundial no Reino Unido com a criação do *National Health Service* (NHS). A lei de criação do NHS em 1946 estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos (*comprehensive health services*) que deveriam ser disponibilizados de forma gratuita a toda população. (VIANNA, 2005)

No início da década de oitenta, como aponta Conill (2004), antes, portanto, de sua incorporação à construção do SUS, o conceito de integralidade - no sentido da atenção abrangente -, foi incorporado a concepção de programas destinados a grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC (VIANNA, 2005).

Desde a promulgação da CF 1988 e da lei 8080/90 várias normas operacionais (NOBs 93 e 96, NOAS 2002, Pacto, 2006) vem pactuando formas de organizar uma atenção integral articulada em rede como disposto no artigo 198 da CF: “as ações de serviço público de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único”, conforma uma rede interfederativa de serviços que exige interação, integração e articulação de todos os entes federados. (BRASIL, 1988). Na CF e na lei 8080/90 não se fez menção de como seria essa organização e o termo Atenção Primária só veio aparecer no decreto 7508/2011 como já citado no Capítulo I desta tese. Assim como também nesse decreto se estabelecem critérios para estruturação da rede regionalizada e hierarquizada.

Sendo o SUS uma rede interfederativa de serviços em decorrência da integralidade da assistência que o conforma em “redes”, somente decisões consensuais entre os entes federativos implicados nesse fazer estão legitimados para definir em detalhes as responsabilidades destes na saúde (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Na organização das redes de atenção no Brasil se configuram desenhos institucionais que combinam elementos de concentração e de dispersão a partir de um processo de regionalização estruturadas em cada Estado da Federação, sendo assim, a regionalização foi definida como eixo estruturante de uma das três dimensões do Pacto pela Saúde 2006 - o Pacto de Gestão do SUS e posteriormente o Decreto 7508/2011 legitimou o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços devem ser organizados de forma a garantir o direito da população à saúde e a potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006a).

Os municípios sede de regiões assistenciais têm um papel fundamental na concentração de serviços de maior complexidade na área hospitalar e ambulatorial. Os serviços hospitalares nestes municípios devem associar critérios de economia de escala que permitam realizar mais, sem aumentar custos, e devem seguir o desenvolvimento científico e tecnológico para atender as especificidades regionais. (BRASIL, 2006f)

Na assistência ambulatorial e hospitalar, incluem-se os procedimentos de média e alta complexidade, necessários a complementação da assistência na atenção básica. Sendo assim, a média complexidade, em relação ao seu papel e poder organizativo, tem sido historicamente definida por exclusão, representando as ações que transcendem àquelas da atenção básica e as que ainda não se configuram como alta complexidade (SOLLA; CHIORO, 2008).

Para os referidos autores a média complexidade ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que implicam o uso mais intenso para alcançar algum grau de economia de escala, o que acarreta não serem realizados em todos os municípios do país, que são em grande parte muito pequenos (SOLLA; CHIORO, 2008) e neste sentido é que o processo de regionalização torna-se fundamental para garantia da integralidade do acesso a esses serviços para a população destes municípios.

Nos sistemas fragmentados de saúde, vige uma visão de uma estrutura piramidal, onde os pontos de atenção à saúde são organizados por níveis hierárquicos de atenção a saúde, segundo uma complexidade crescente que vai de um nível de baixa complexidade, o nível primário, até um nível de maior complexidade, o nível quaternário (MENDES, 2002). Neles, o nível primário é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial,

agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (ex.: postos e centros de saúde). O nível secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria (no Brasil essas especialidades fazem parte do nível primário) e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (ex.: unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais). O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutive de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (ex.: ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades). O nível quaternário refere-se à assistência de grande complexidade e se caracteriza pela assistência prestada em hospitais universitários (JULIANE ; CIAMPONE, 1999).

O desafio na organização dos sistemas de saúde é desmontar essa estrutura piramidal por níveis hierárquicos e combinar modelos de atenção para intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde (PAIM, 2003). Esses modelos devem conceber uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde (MENDES, 2001); como um círculo, com múltiplas e qualificadas portas de entrada que possam privilegiar o acolhimento e a garantia de acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso, como propõe Cecílio (1997); ou ainda como linhas de produção de cuidado, estruturadas a partir de projetos terapêuticos (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

Atenção Básica se estrutura de forma dispersa através da Estratégia de Saúde da Família conformando uma rede de atenção básica em cada município. Estes pontos, ou sejam, as Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família (USF) se interligam a serviços mais concentrados, especializados e hospitalares em locais estratégicos que associam porte populacional e nível de complexidade, denominados atualmente de média e alta complexidade (BRASIL, 2006d).

A NOB 96 propôs como estratégia para ampliação do acesso à saúde a criação de redes regionais orientadas por programações pactuadas integradas. A NOAS 01/2002 indicou como instrumentos orientadores de construção das redes regionais: o Plano Diretor de Regionalização PDR; o Plano Diretor de Investimento PDI e a Programação Pactuada Integrada PPI. No Pacto pela Saúde a PPI aparece compondo um conjunto de instrumentos do Pacto de Gestão. A Portaria GM 4279/2010 em conceitua as Redes de Atenção à Saúde -RAS como “ arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de

sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

A estruturação das RAS surge como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência. Dentre as justificativas para organizar as RAS pontuam-se a as diferenças encontradas entre as regiões no contexto sócio econômico e o desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país. Existem ainda como problemas as lacunas assistenciais, o financiamento público insuficiente, fragmentado e a baixa eficiência no emprego dos recursos; além da incoerência entre a oferta de serviços e necessidade da população e a pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços, principalmente na APS.

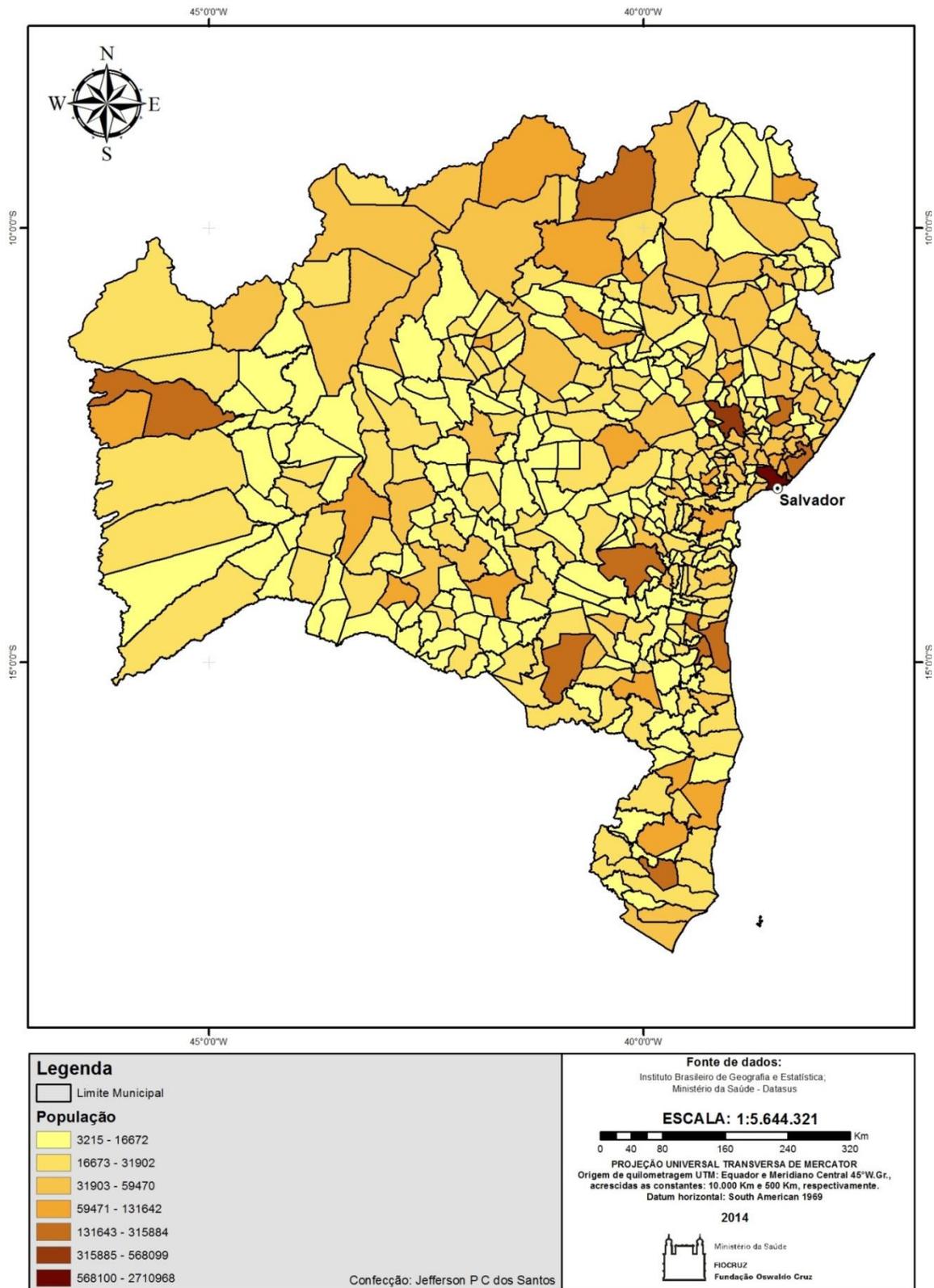
A implementação das RAS perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver os atributos que caracterizam uma rede. Sendo assim, fortalecer a APS para assumir seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado associada a processos de gestão e governança das RAS e implementar o sistema de planejamento e desenvolver dos sistemas logísticos e de financiamento são diretrizes que devem ser implantadas/implementadas, de forma contínua, de modo a responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários.

No processo de organização dos PDR em cada estado, deve se estruturar uma rede ambulatorial e hospitalar para garantir a integralidade da atenção. Esta rede segundo diretrizes do Pacto e do decreto 7508/2011 tem no centro a Atenção Primária/básica dispersa em todos os municípios embora ainda em fase de organização. A rede hospitalar e ambulatorial especializada deve se estruturar para encontrar pontos de convergência na rede de cuidados que permita uma concentração de serviços de maior complexidade (BRASIL, 2006b). Embora na estrutura organizacional do setor saúde ainda se encontre, hospitais de pequeno porte sem número de leitos suficientes para permitir escala de sustentabilidade, a organização de regiões assistenciais em cada estado, permitiram interligar os pontos de convergência. Assim cabe aos gestores: municipal e estadual definir os critérios de escolha destas regiões de modo a ampliar ao acesso da população aos serviços essenciais.

2.2 A rede de serviços de saúde do estado da Bahia

O estado da Bahia faz parte da região Nordeste, tem 417 municípios e uma população de 14.175.341 (IBGE, 2012) pessoas. Grande parte (70%) dos municípios tem até 31 mil habitantes conforme demonstrado no mapa a seguir, que apresenta a divisão geográfica do estado por porte populacional dos municípios.

Figura 1. Mapa de Municípios por porte populacional-Bahia IBGE 2102



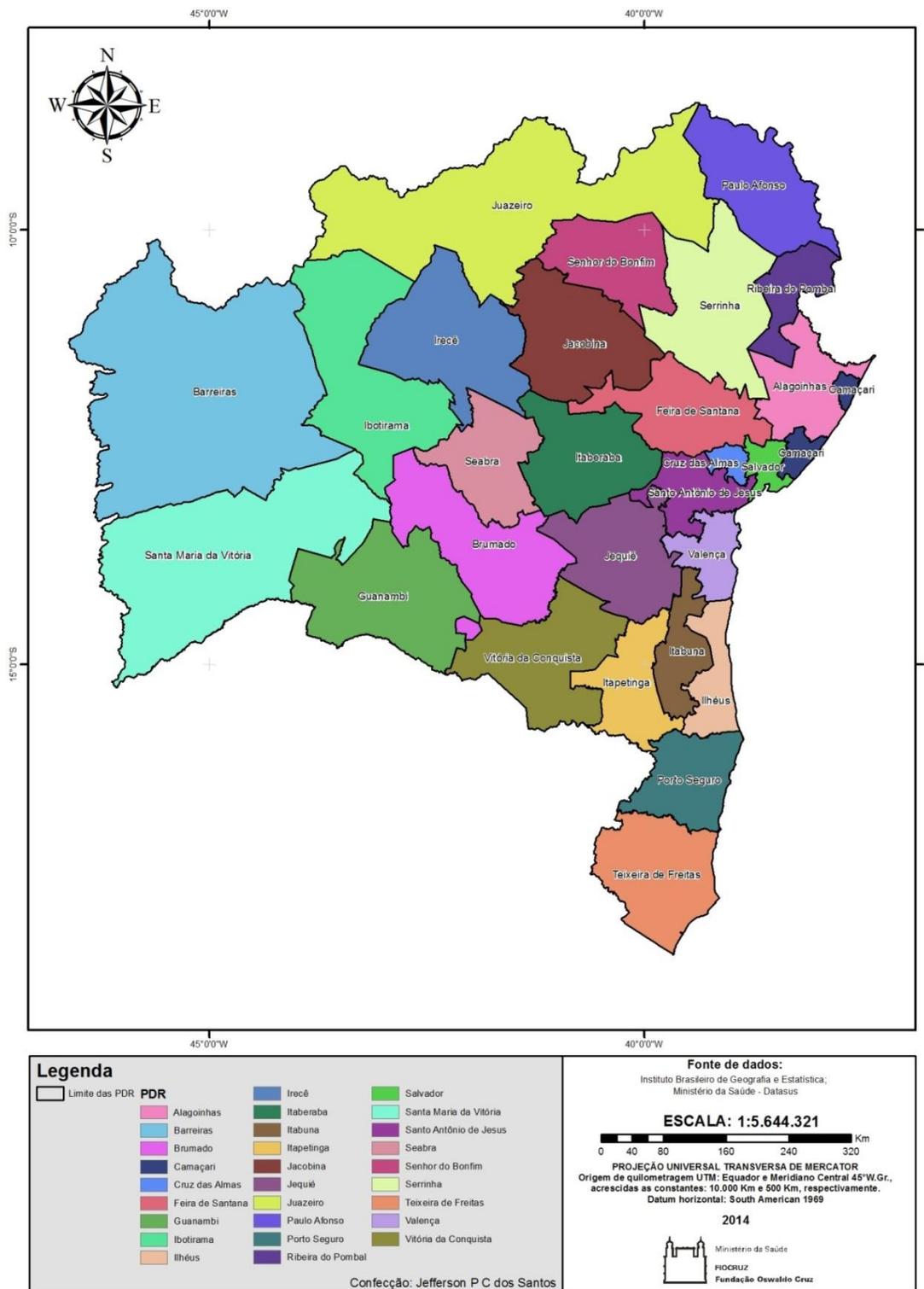
Para organizar a rede de serviços e definir quais ações deveriam ser de responsabilidade de todos os municípios e quais aquelas que deveriam ser ofertadas em municípios sede de região assistencial, a Secretaria de Saúde do estado da Bahia vem, desde o início da década passada, coordenando o processo de regionalização, conforme orientações o pacto pela Saúde e o decreto 7508/2011. O primeiro Plano diretor de Regionalização - PDR da Bahia foi aprovado em 2003 e em 2007 esse plano foi atualizado e modificado para atender as normatizações, fluxos de recursos, alteração da Tabela SUS, etc. Essas alterações conceituais e organizativas do PDR fizeram com que se estruturasse uma nova PPI em 2009.

A Programação Pactuada Integrada - PPI é coordenada pelo gestor estadual e representa o principal instrumento para garantia do acesso da população aos serviços de média e alta complexidade não disponíveis no seu município de residência. A PPI é um instrumento de alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, pois a portaria GM nº 1097 de 22/05/2006 (BRASIL, 2006b) define que a PPI deve integrar o processo de planejamento, quantificar as ações para a população residente e efetuar os pactos entre gestores para garantia de acesso.

Em 2003 quando se estruturou o primeiro PDR, segundo diretrizes da Norma Operacional de Assistência à saúde - NOAS, foram definidas 7 regiões de saúde e 28 microrregiões de saúde. Em 2007 se reestruturou o PDR, passando a existir no estado da Bahia 9 regiões e 28 microrregiões. Nessa reestruturação do PDR foi estabelecido como critério para organização das regiões de saúde um tamanho populacional médio (entre 150 a 300 mil habitantes). O município sede de região tem que ter no mínimo 70 mil habitantes. Quanto ao acesso geográfico aos serviços, a distância entre o município de residência e o município de referência deve ser de até 100 km (BAHIA, PDR, 2007).

A PPI 2009 se integrou ao processo de planejamento geral do SUS no estado em sintonia com a construção do Plano Estadual de Saúde. Os critérios e parâmetros referentes à média e alta complexidade foram aprovados em reunião da Comissão Intergestores da Bahia – CIB. O estado definiu áreas estratégicas de atuação de acordo com o perfil epidemiológico, identificando agregados de procedimentos de média complexidade que deveriam ser realizadas nos municípios com capacidade instalada para integrar ações básicas e de média complexidade. Em 2012 o estado publicou a Portaria 275/2012, que reconhece as 28 microrregiões como regiões de saúde e instituiu as comissões intergestores regionais em cada uma dessas regiões para cumprir as diretrizes do Decreto 7508/2011 (BAHIA, 2009).

Figura 2. Regiões de Saúde do Estado da Bahia - 2012.



No que diz respeito à rede assistencial do Estado da Bahia, cabe observar que ela é composta por estabelecimentos de atenção finalística ao cidadão e por estruturas intermediárias que atuam na gestão e em ações de vigilância.

Tabela 1. Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento. Bahia, Dez/2009

Tipo de estabelecimento	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	Total
Central de Regulação de Serviços de Saúde	82	-	-	-	82
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	2	-	-	-	2
Centro de Atenção Psicossocial	169	-	-	-	169
Centro de Apoio a Saúde da Família	4	-	-	-	4
Centro de Parto Normal	10	-	-	-	10
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	2.755	2	19	3	2.779
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	221	14	1.655	5	1.895
Consultório Isolado	19	4	3.270	21	3.314
Cooperativa	-	-	19	-	19
Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular	19	7	17	-	43
Hospital Dia	7	1	54	-	62
Hospital Especializado	21	8	53	-	82
Hospital Geral	221	66	158	1	446
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	3	-	-	-	3
Policlínica	43	18	499	2	562
Posto de Saúde	1.185	-	2	-	1.187
Pronto Socorro Especializado	9	-	19	-	28
Pronto Socorro Geral	29	-	2	-	31
Secretaria de Saúde	145	-	-	-	145
Unid Mista - atend 24h: atenção básica, intern/urg	56	-	15	-	71
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	3	-	-	-	3
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	60	1	795	-	856
Unidade de Vigilância em Saúde	271	-	-	-	271
Unidade Móvel Fluvial	-	-	-	-	-
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	19	-	7	-	26
Unidade Móvel Terrestre	71	1	3	-	75
Tipo de estabelecimento não informado	-	-	-	-	-
Total	5.424	122	6.587	32	12.165

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010. Cadernos de informação em saúde

No estado existem 417 municípios; contudo, os dados acima apresentam apenas 145 Secretarias Municipais de Saúde – SMS cadastradas no CNES. Sabe-se que atualmente todos os municípios precisam ter uma estrutura para que possa funcionar a SMS mas, como esse cadastro não implica em recebimento de recursos, os gestores municipais não o atualizam. As unidades básicas de saúde em sua maioria pertencem ao setor público. Em 2011 o estado tinha cadastrado 3874 unidades de saúde da família e uma cobertura de PSF de 60%, menor que a do Nordeste (de 72%) e maior que a do Brasil (que é de 49%). Quanto à cobertura de equipes de saúde bucal, a média do estado é de 47%, menor que a do Nordeste (de 65%) e maior que a do Brasil (de 39%).

A tabela 2 detalha o quantitativo de recursos humanos disponíveis no estado e aqueles que atuam no SUS fazendo a relação do número de profissionais por 1000 habitantes que atuam no SUS.

Tabela 2. Recursos Humanos, segundo categorias selecionadas que atendem ao SUS e por mil habitantes. Bahia, Dez/2009

Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab
Médicos	42.563	33.652	8.911	2,9	2,3
.. Anestesiata	1.793	1.597	196	0,1	0,1
.. Cirurgião Geral	2.817	2.460	357	0,2	0,2
.. Clínico Geral	8.632	7.821	811	0,6	0,5
.. Gineco Obstetra	4.218	3.018	1.200	0,3	0,2
.. Médico de Família	2.837	2.835	2	0,2	0,2
.. Pediatra	3.028	2.453	575	0,2	0,2
.. Psiquiatra	698	613	85	0,0	0,0
.. Radiologista	2.382	1.473	909	0,2	0,1
Cirurgião dentista	7.843	5.196	2.647	0,5	0,4
Enfermeiro	10.454	9.862	592	0,7	0,7
Fisioterapeuta	3.370	2.630	740	0,2	0,2
Fonoaudiólogo	609	404	205	0,0	0,0
Nutricionista	1.259	1.150	109	0,1	0,1
Farmacêutico	3.255	2.714	541	0,2	0,2
Assistente social	1.472	1.444	28	0,1	0,1
Psicólogo	1.358	1.099	259	0,1	0,1
Auxiliar de Enfermagem	16.947	15.472	1.475	1,2	1,1
Técnico de Enfermagem	12.375	11.834	541	0,8	0,8

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010 Caderno de informações sem saúde do estado da Bahia.

Na tabela 2 observamos que, entre os profissionais mais ligados a atenção básica, o médico de família existe em uma proporção muito baixa, confirmando o já discutido no Capítulo 2 desta tese sobre a escassez desse tipo de profissional. O número de enfermeiros também está bem abaixo do preconizado pela OMS, de 3 enfermeiros por 1000 habitantes.

A média de médicos por 1000 habitantes nos países da OECD é em média de 3,2 variando de no mínimo 2,0 a no máximo 4,6, sendo que estes valores referem-se a médicos em exercício e esses valores mínimos só são alcançados no Brasil nas capitais. Na Bahia a média é de 2,3 por habitantes concentrados em sua maioria na capital.

As tabelas a seguir demonstram o número de equipamentos existentes e disponíveis ao SUS por 100 mil habitantes no estado.

Tabela 3. Número de equipamentos existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo grupo de equipamentos. Bahia, Dez/2009

Categoria	Existentes	Em uso	Disponíveis ao SUS
Equipamentos de infra-estrutura	2.402	2.340	545
Equipamentos por métodos ópticos	1.826	1.791	412
Equipamentos por métodos gráficos	1.836	1.762	634
Equipamentos de manutenção da vida	19.216	18.477	2.952
Equipamentos de Odontologia	13.464	13.223	6.849
Outros equipamentos	4.584	4.428	876

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Tabela 4. Número de equipamentos de categorias selecionadas existentes, em uso e disponíveis ao SUS, segundo categoria do equipamento. Bahia, Dez/2009

Categoria	Existentes	Em uso	Disponív. ao SUS	Equip uso/ 100.000 hab	Equip SUS/ 100.000 hab
Mamógrafo	233	223	113	1,6	1,5
Raio X	3.763	3.637	1.177	25,7	24,8
Tomógrafo Computadorizado	234	150	54	1,6	1,0
Ressonância Magnética	52	52	21	0,4	0,4
Ultrassom	1.801	1.753	722	12,3	12,0
Equipo Odontológico Completo	5.754	5.712	2.700	39,3	39,0

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010. Caderno de informações em saúde do estado do Bahia.

Dados da pesquisa de Assistência Médico Sanitária – AMS 2009 (IBGE, 2010) demonstraram um crescimento do número de equipamentos de maior complexidade; contudo, enquanto no SUS o número de Tomógrafos por 1 milhão de habitantes é de 6,0, nos planos privados esse número é de 44,3 - número bem acima da média dos países da Organização para a Cooperação

e Desenvolvimento Econômico (OECD), que é de 22,8. Em relação ao número de aparelhos de ressonância magnética, que em 2005 constava como um dos serviços menos oferecidos, ele apresentou um aumento relativo no período 2005/2009 de mais de 100%. Esse aumento foi mais significativo no setor privado, mas no setor público essa oferta teve um aumento relativo de mais de 48,6%. Contudo, seguindo a mesma lógica dos tomógrafos, enquanto no SUS existem 1,9 equipamentos de ressonância por 1 milhão de habitantes, no setor privado existem 19,8 – muito acima da média da OECD, que é de 11. Nos dados apresentados na tabela 4, o número de equipamentos disponíveis aos SUS, como é o caso dos tomógrafos na Bahia, condiz com a média nacional, contudo se comparado aos países da OECD os números estão bem abaixo dessa média.

Deve-se considerar na análise desses dados que alguns equipamentos estão concentrados na capital do estado, Salvador, e que nas regiões do interior do estado esses equipamentos não são distribuídos da mesma forma. Essa distribuição é objeto de análise desta tese, na qual pretende-se identificar a situação dos municípios e regiões do estado da Bahia, na oferta de serviços de atenção básica e de média complexidade, conforme descrição do capítulo de métodos.

CAPÍTULO III – ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso, de caráter transversal, que analisa a disponibilidade de serviços para ofertar uma Atenção Primária abrangente nos municípios do estado da Bahia. O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2010). Para investigar a disponibilidade de serviços nos municípios da Bahia, que os capacite a desenvolver uma Atenção Primária abrangente, foram analisadas as relações entre oferta real desses serviços e a normatização dessa oferta segundo os parâmetros definidos pela Portaria Ministerial 1101/2002 do Ministério da Saúde. Ainda, foi realizado um agrupamento desses municípios em “clusters” consoante níveis de oferta e, posteriormente, identificados fatores explicativos para as desigualdades verificadas entre os referidos *clusters*. O mesmo procedimento foi realizado para a análise da oferta regional do referido estado.

O trabalho compreende uma discussão mais geral no que concerne ao conceito de Atenção Primária abrangente e ao seu significado em termos da oferta necessária em todos os municípios e aquela necessária às regiões de saúde para o desenvolvimento desse nível de atenção (BAHIA, 2011), que demandaram uma revisão bibliográfica.

3.2 Sobre o conceito de Atenção Primária adotado

Este estudo não pretende avançar em um entendimento da APS como promoção à saúde ou o que hoje a OMS define como APS renovada, que exige repensar a APS no contexto mais amplo de reorganização dos sistemas de saúde. O conceito de **Atenção Primária** assumido neste trabalho é o identificado como APS abrangente de Alma Ata pela OMS (2007). Esse enfoque reflete a compreensão de uma APS como parte integrante do sistema de saúde que precisa da participação de outros níveis de complexidade no cuidado em saúde. No Brasil, a assistência à saúde se organiza em Atenção Básica e de Média e Alta complexidade, contudo a separação entre estes níveis não se baseia em regras claras sobre a complementação do cuidado para uma APS abrangente.

Para medir a capacidade dos municípios de desenvolverem essa Atenção Primária abrangente, partimos de Starfield (2002, p.55), que conceitua o termo “capacidade em APS”, objeto desta pesquisa. Para essa autora, cada sistema de serviços de saúde possui componentes importantes

que interagem com o comportamento individual e são determinados por este e pelo ambiente social, econômico, político e físico. O componente estrutura ou capacidade, analisado nesta tese, consiste das características que possibilitam que se ofereça serviços que, junto com os processos, envolvam ações que reflitam no estado de saúde da população.

O que define a capacidade de um sistema de serviços de saúde é o que propicia a prestação destes serviços. Seus elementos capacitadores consistem dos recursos necessários para oferecer os serviços. Para medir a capacidade da Atenção Primária em um sistema de saúde, a autora define a existência de pelo menos dez componentes estruturais: pessoal, instalações, equipamentos, variedade de serviços, continuidade/sistemas de informações, acesso, população eletiva, organização dos serviços, administração, financiamento (STARFIELD, 2002).

Tentando operacionalizar o termo “capacidade”, proposto por Starfield, e o conceito de Atenção Primária abrangente da OMS, definimos como **Capacidade de oferta em Atenção Primária**: *a disponibilidade de serviços para garantir uma Atenção Primária universal como primeiro nível de contato com indivíduos, famílias e a comunidade, e a prestação de cuidados contínuos, com resolubilidade de 80% dos casos, de forma descentralizada, por região geográfica, o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham.*

Neste estudo, a fim de medir a capacidade de oferta na Atenção Primária, identificamos indicadores de produção de serviços que, indiretamente, retratam os componentes descritos por Starfield (2002). Analisar o tipo de serviço oferecido permitirá identificar, indiretamente, os equipamentos e profissionais disponíveis nos municípios, uma vez que a Tabela SUS apresenta requisitos mínimos para a provisão de determinados procedimentos. Como descrito por Starfield, a integralidade se garante pela continuidade da atenção, e a variedade de serviços oferecidos medirá o tipo de APS (OMS,2008).

3.3 Detalhamento metodológico

Esta investigação busca medir a capacidade de oferta dos 417 **municípios** do estado da Bahia, necessária para desenvolver uma Atenção Primária abrangente (APS-A). Considerou-se uma lista de serviços essenciais, para a qual foi calculado o número de procedimentos por habitante realizados no ano de 2012.

Por outro lado, existem procedimentos de maior complexidade que precisam de escala para serem executados, pela sua densidade tecnológica, e devem ser realizados para um maior número de

municípios. Assim, foram analisados também os serviços realizados nas sedes das 28 regiões de saúde do estado, identificando-se se a oferta desses serviços é suficiente para garantir a integralidade da atenção regional. Com essa finalidade, foram realizados os seguintes procedimentos metodológicos:

a) Definição de lista de marcadores para medir capacidade de oferta em APS-A

Para definir os marcadores que caracterizam os serviços necessários a uma Atenção Primária abrangente, foram selecionados os serviços que devem ser ofertados **em todos os municípios e nas regiões**, tendo como referência as metas prioritárias do Pacto pela Vida, que se referem à Saúde do Idoso; ao Controle do câncer do colo do útero e da mama; à Redução da mortalidade infantil e materna; ao Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; à Promoção da Saúde; e ao Fortalecimento da Atenção Básica. A cada marcador corresponde um conjunto de procedimentos médico-assistenciais importantes para garantir atendimento à população, tendo como critério as metas que foram explicitadas do Pacto pela vida que devem estar presentes em todos os municípios (Quadro IV). Este conjunto de procedimentos considerados imprescindíveis para todos os municípios foi identificado pela pesquisadora.

No que se refere à oferta **regional**, construiu-se uma outra lista de marcadores relacionados à produção de serviços de maior complexidade cuja oferta precisa de escala para sua viabilidade econômica (Quadro V) e devem ser realizados em todas as regiões de saúde. Apresenta-se ainda um grupo de variáveis explicativas para os municípios (Quadro VI).

São exibidos a seguir (Quadros IV e V) os marcadores criados para a oferta municipal e regional de serviços considerados necessários para a garantia de uma APS-A a partir da lista de procedimentos da Tabela SUS. Apresenta-se para cada variável a justificativa de sua escolha e a forma de apresentação do dado na Tabela SUS com a descrição do código que permitirá a coleta no sistema de informação.

Além de medir a capacidade de oferta municipal e regional, foi analisado se a quantidade de serviços existente atende a padrões mínimos de oferta, por isso mostra-se também, nos referidos Quadros, um valor *per capita* da quantidade de serviços que deve existir nos municípios e regiões da Bahia, tendo como referência a aplicação dos parâmetros de oferta da P.M. 1101/2012 para o estado como um todo.

Quadro IV - Marcadores essenciais para a oferta de uma APS-A nos municípios da Bahia.

MARCADORES	VARIÁVEIS	CÓDIGO E FORMA DE APRESENTAÇÃO	VALOR PADRÃO PER CAPITA MÉDIA BAHIA 1101/2002
Apoio diagnóstico e terapêutico	Diagnóstico laboratorial clínico	Subgrupo 0202	1,0
	Diagnóstico em Radiologia	Subgrupo 0204	0,16
	Ultrassonografia	Forma de organização 020502	0,03
	Ultrassonografia obstétrica	Procedimento 0205020143	Parâmetro não disponível na 1101
	Eletrocardiograma	0211020036 Procedimento	0,00528
Reabilitação	Fisioterapia	Subgrupo 0302	0,18
Pequenos procedimentos cirúrgicos	Pequenas cirurgias	040101 Forma de organização	0,05
Atendimento de profissionais de nível superior na atenção básica	Consulta médica em atenção básica	0301010064 Procedimento	1,6 - (65% de 2,5 Total de consultas)
	Consulta de outros profissionais de nível superior	Procedimento 0301010030	0,45
	Consulta de enfermeiro	Procedimento 0301010030	0,45
Prevenção de câncer de colo uterino	Diagnóstico, patologia e citopatologia	020301 Forma de organização excluído anatomo- patológico	0,0472
	Coleta de material citopatológico	0201020033 Procedimento	0,0472
	Colposcopia	0211040029 Procedimento	0,022
Prevenção	Consulta oftalmológica Projeto olhar Brasil.	030305128 Procedimento	Parâmetro não disponível na 1101/2002
Odontologia básica	Primeira consulta odontológica programática	030101015-3 Procedimento	0,5
	Radiografia periapical interproximal	0204010187 Procedimento	0,01
	Dentística	030701 Forma de organização	0,04

Fonte: elaboração própria.

Quadro V - Marcadores essenciais a uma APS abrangente nas regiões da Bahia.

MARCADORES	VARIÁVEIS	FORMA DE APRESENTAÇÃO	VALOR PADRÃO PER CAPITA MÉDIA BAHIA 1101/2002
Atenção médica especializada	Consulta médica em atenção especializada	Procedimento 0301010072	0,44
Diagnóstico em atenção especializada	Tomografia	Subgrupo 0206	0,004
	Diagnóstico em oftalmologia	Forma de organização 021106	0,02979
	Diagnóstico por endoscopia	Subgrupo 0209	0,00158
	Densitometria óssea duodenal	0204060028 Procedimento	0,0028
Prevenção de câncer	Mamografia unilateral	0204030030 Procedimento	Parâmetro não disponível na 1101
	Exame anatomopatológico da mama (Biópsia)	0203020065 Procedimento	Parâmetro não disponível na 1101
	Colonoscopia	0209010029 Procedimento	0,00512
Diagnóstico para doenças cardiovasculares	Ultrassonografia Doppler colorido de vasos	Procedimento 0205010040	Parâmetro não disponível na 1101
	Ultrassonografia do aparelho circulatório (ECOCARDIOGRAMA)	Forma de organização 020501	0,00546
	Teste de esforço (Teste ergométrico)	Procedimento 0211020060	0,00798
	Monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA)	0211020052 Procedimento	0,00021

Fonte: elaboração própria.

Para verificar os fatores que interferem na capacidade de os municípios desenvolverem uma APS abrangente, foi selecionada uma lista de variáveis socioeconômicas com potencial explicativo e, posteriormente, identificadas as variáveis que realmente explicam as diferenças encontradas. Das quatro variáveis selecionadas descritas no quadro a seguir, a variável população foi utilizada também para verificar a capacidade de oferta, visto que é utilizada para o cálculo do quantitativo de procedimentos por habitante/ano.

Quadro VI- lista de variáveis explicativas municipais

MARCADORES	VARIÁVEL	FONTE	VALOR DE REFERÊNCIA
Capacidade econômica	PIB per capita	IBGE	
	Grau de Suficiência de recursos próprios	Dados dos indicadores municipais do SIOPS	
PORTE POPULACIONAL	População	IBGE pop. 2012 TCU	Pequeno I (até 20.000 hab.) Pequeno II (de 20.001 hab. a 50.000 hab.) Médio (de 50.001 hab. a 100.000 hab.) Grande (de 100.001 hab. a 900.000 hab.) Metrópole (mais de 900.000 hab.)
Índice de Desenvolvimento Humano	IDH	IBGE 2010 (Consultado site IBGE)	0,660 (IDH, BAHIA)

Fonte: elaboração própria.

b) Coleta e sistematização dos dados

Trata-se de uma pesquisa com dados secundários oriundos do Censo Demográfico do IBGE 2012 e do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, gerido pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

As informações de oferta também se referem ao ano de 2012 com base na **Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde- Tabela SUS**, instituída pela portaria GM/MS n.º 321 de 08 de fevereiro de 2007.

Os valores de cada variável foram obtidos do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS¹. De acordo com o tipo da variável, o dado foi coletado por procedimento, subgrupo e forma de organização desse procedimento consoante a Tabela SUS. Esses dados foram transportados para planilhas de Excel. O número de procedimentos realizados por habitante/ano foi obtido dividindo-se o número de procedimentos pela população no ano de 2012. Este cálculo

¹ Dados disponíveis no *link* TABNET informações em saúde assistência à saúde, procedimentos ambulatoriais a partir de 2008 por local de atendimento para o estado da Bahia, onde foi avaliada a execução do procedimento no município ou região. Partindo dessa sequência, foram geradas tabelas com o nome do município e da região e a quantidade de procedimentos apresentados para pagamento no ano de 2012.

permitiu identificar diferenças de oferta entre os municípios e regiões (posteriormente agrupados em *clusters*, segundo procedimentos metodológicos abaixo apresentados) e, ainda, estabelecer comparações dos resultados reais, com a oferta normatizada pelos parâmetros da Portaria Ministerial 1101 (BRASIL, 2002a) e da PPI da Bahia de 2009 (BAHIA, 2009), que estabelece parâmetros de alguns procedimentos por habitante/ano.

No que concerne às variáveis explicativas, deve-se mencionar que o grau municipal de suficiência de recursos próprios foi construído como indicador inverso ao já calculado pelo SIOPS referente ao grau de dependência de outras esferas de governo, do ano de 2011, último ano disponível na base de dados; ao PIB per capita 2010, última atualização já calculada pelo IBGE; à população utilizada pelo TCU para transferência de recursos do ano de 2012; e ao IDH 2010. Essas variáveis foram escolhidas como independentes por não serem manipuláveis, tendo como suposição que essas variáveis servirão como explicativas para as diferenças apresentadas entre os municípios. Para as regiões será utilizada apenas a população.

c) Plano de análise da capacidade da oferta necessária para uma APS-A

Visando explicar o fenômeno estudado, ou seja, a capacidade de oferta em APS abrangente e as diferenças observadas nesse aspecto entre os municípios e regiões de saúde baianos, foram utilizadas 5 técnicas estatísticas distintas:

Estatística descritiva

A partir da descrição dos dados, fez-se um mapeamento da capacidade de oferta diante do padrão preconizado pela Portaria 1101/2002. Após a classificação dos municípios de acordo com sua capacidade de oferta, foram comparados os valores *per capita* dos procedimentos com os parâmetros da Portaria 1101/2002 descritos nos Quadros I e II.²

Foi estabelecido um ponto de corte para o parâmetro, e aos municípios e regiões situados acima do ponto de corte ou nele correspondeu o *score* 1, aos situados abaixo do ponto de corte o *score* 0.

Os dados obtidos foram expressos em mapa e demonstraram a situação de cada procedimento em relação ao parâmetro. Foi feito ainda um gráfico utilizando a Matriz Fenética e

² Utilizando as planilhas em Excel das variáveis os dados foram calculados no R-statistic R (*software* gratuito, de distribuição livre) e nele foram utilizados os Pacotes VEGAN e PVCLUST (Referência), definindo-se um ponto de corte.

Cofenética³. Este gráfico permitiu demonstrar quais serviços precisam ser implementados para garantir uma APS abrangente.

Análise fatorial

Recorreu-se, inicialmente, à análise fatorial multivariada (KHATTREE; DAYANAND, 2000) visando uma redução do número de variáveis (oferta de procedimentos médico-assistenciais) sem perda considerável de informações. Essa técnica procura explicar as variações no universo estudado maximizando a informação não repetida. Ela pode ser descrita como um esforço para condensar um conjunto de variáveis observadas dentro de um conjunto menor de variáveis conceituais, que reproduzem de maneira fidedigna as correlações existentes no universo estudado.

O modelo estatístico da análise fatorial tem a seguinte expressão:

$$\begin{aligned} X_1 &= a_{11} \cdot F_1 + a_{12} \cdot F_2 + \dots + a_{1N} \cdot F_N + b_{1U} U_1 \\ X_2 &= a_{21} \cdot F_1 + a_{22} \cdot F_2 + \dots + a_{2N} \cdot F_N + b_{2U} U_2 \\ &\cdot \quad \cdot \\ &\cdot \quad \cdot \\ X_m &= a_{m1} \cdot F_1 + a_{m2} \cdot F_2 + \dots + a_{mN} \cdot F_N + b_{mU} U_m \end{aligned}$$

Onde:

X_i = Variáveis observadas ($i = 1 \dots m$)

F_j = Fatores comuns ($j = 1 \dots N$)

U_i = Fatores únicos ($i = 1 \dots m$)

a_{ij} = Carga dos fatores comuns

A conceitualização da análise fatorial baseia-se em técnicas estatísticas e matemáticas através das quais se pode trabalhar em um espaço n-dimensional. Ao aplicar-se esta técnica, é possível estabelecer as relações entre as variáveis que detêm a mesma carga de informações. A utilização crescente dessa técnica em pesquisa socioeconômica deve-se à necessidade de explicar o fenômeno estudado com um menor número de fatores (variáveis conceituais) que aglutinam as informações de diversas variáveis pesquisadas. Teoricamente, o número de fatores corresponde ao número de variáveis selecionadas, mas como o objetivo é reduzir o número de componentes básicos sem grande perda de informações, estabeleceu-se que se deve selecionar um número de fatores que

³ Que é o grau de relação entre o método aplicado e o gráfico que foi desenhado (é chamado de dendrograma ou dendograma e é descrito com uma correlação entre o método da distância e o método de agrupamento).

detenham, no mínimo, 70% da variação total (KHATTREE; DAYANAND, 2000). Existem vários métodos de extração de fatores. O método mais comum é o dos componentes principais, no qual o primeiro componente (fator) é o que expressa a maior variabilidade do fenômeno em estudo. O segundo componente é o que expressa a segunda maior variabilidade não correlacionada com o primeiro componente, e assim por diante.

Para melhor entender a relação entre os fatores e as variáveis, pode-se promover uma rotação nos eixos dos fatores de maneira que os mesmos sejam ortogonais entre si, posto que, se ortogonais, as cargas de cada fator podem ser interpretadas como coeficientes de correlação entre as variáveis e o fator. Neste estudo, os fatores serão ortogonalizados através do método VARIMAX do SAS (1999).

Análise de Cluster

Após o processo de redução do número de variáveis desenvolvido através da análise fatorial multivariada, foi utilizada a técnica de *análise de cluster* (REF) com o intuito de agrupar os municípios em conjuntos homogêneos do ponto de vista da oferta de procedimentos para uma APS-A. Desse modo, a análise de agrupamento pretende, dada uma amostra de n objetos (municípios), cada um deles medidos segundo p variáveis, procurar um esquema de classificação que agrupe os objetos em g grupos, exigindo-se então conceitos científicos mais sofisticados de semelhança. São determinados também o número e as características desses grupos (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990).

Os processos de classificação objetivam agrupar esses pontos em conjuntos que evidenciem aspectos marcantes da amostra. Logo, dado um conjunto de observações conhecidas somente por uma listagem de suas características, objetiva-se encontrar a melhor maneira de descrever seus padrões de similaridade mútuos. Em termos gerais, a classificação pode ser entendida como um processo para localizar entidades em classes inicialmente indefinidas, de modo que os indivíduos da mesma classe sejam similares entre si em algum sentido definido pelas variáveis consideradas. Essas classes de indivíduos similares serão os agrupamentos.

A maioria dos algoritmos de análise de agrupamento está programada para operar com o conceito de distância Euclidiana, que pode ser definida como:

ou em linguagem matricial:

$$d(A,B) = \left[\sum_{i=1}^p (x_i(A) - x_i(B))^2 \right]^{1/2}$$

$$d(A,B) = [(\mathbf{x}(A) - \mathbf{x}(B))'(\mathbf{x}(A) - \mathbf{x}(B))]^{1/2}$$

Quando se trabalha com variáveis quantitativas, como é o caso deste trabalho, a distância euclidiana comumente soma distâncias não comparáveis, como cm, kg, anos, milhões etc., muito embora a mudança de uma das unidades possa alterar completamente o significado e o valor do coeficiente.

Essa é uma das razões da padronização das variáveis dos elementos x_1, x_2, \dots, x_p do vetor \mathbf{x} . Assim, o uso da transformação

$$z_i = \frac{x_i(\cdot) - \bar{x}_i}{s_i}$$

em que \bar{x}_i e s_i indicam, respectivamente, a média e o desvio padrão de i -ésima coordenada, é um dos modos para evitar essa inconveniência. Feita a transformação, a distância euclidiana passa a ser:

$$d(A,B) = \left[\sum_{i=1}^p (z_i(A) - z_i(B))^2 \right]^{1/2}$$

que é a soma dos desvios padronizados. É fácil verificar que a expressão acima pode ser escrita da seguinte forma, em notação vetorial:

$$d(A,B) = [(\mathbf{x}(A) - \mathbf{x}(B))' \mathbf{D}^{-1} (\mathbf{x}(A) - \mathbf{x}(B))]^{1/2}$$

em que \mathbf{D} é uma matriz diagonal, tendo como i -ésimo componente a variância s_i^2 , isto é,

$$\mathbf{D} = \text{diag}(s_1^2, s_2^2, \dots, s_p^2)$$

Todos os testes foram realizados pelo procedimento FASTCLUS do SAS (1999).

Análise de Variância

Após a determinação do número de *clusters*, foi utilizada a análise de variância no sentido de verificar se a diferença entre municípios e entre regiões dentro de cada cluster e entre *clusters* de municípios e de regiões é significativa estatisticamente. Os testes foram realizados pelo procedimento GLM (generalized linear method) do SAS. Formalmente, o modelo corresponde a:

Municípios:
$$Y_{ijk} = \mu + \theta_i + \beta_{j(i)} + \epsilon_{ijk(j)}$$

Onde,

μ = média geral

θ_i = efeito do *i*-ésimo *cluster*

$\beta_{j(i)}$ = efeito da *j*-ésimo município dentro do *i*-ésimo *cluster*

$\epsilon_{ijk(j)}$ = erro aleatório

Regiões:
$$Y_{ijk} = \mu + \theta_i + \beta_j + \theta_i \beta_{j(i)} + \epsilon_{ijk(j)}$$

Onde,

μ = média geral

θ_i = efeito do *i*-ésimo *cluster*

$\beta_{j(i)}$ = efeito da *j*-ésima região dentro do *i*-ésimo *cluster*

ϵ_{ijk} = erro aleatório

Após a análise de variância, para constatar ou não as diferenças significativas, utilizou-se o teste de comparação múltipla de médias a fim de avaliar as diferenças entre os *clusters*. Essa análise foi feita com o teste DUNCAN (KEPEL, 1973; GOMES, 1973). Para as variáveis que não apresentaram distribuição normal foi feita transformações nas variáveis. Os testes de homocedasticidade foram realizados conforme Suedecor e Cochran (pg 401, 1976).

Embora a determinação do número de *clusters* tenha obedecido a critérios preestabelecidos na análise fatorial, o pesquisador determinou como critério uma maior distribuição dos municípios formando um maior número de agrupamento para explicar as diferenças entre os 417 municípios. Todavia, para demonstrar os resultados, esses agrupamentos foram classificados em 5 (cinco) categorias denominadas: Muito Alta, Alta, Média, Baixa e Muito Baixa objetivando permitir uma apresentação sintética da oferta de APS-A nos municípios e nas regiões.

Para classificar as categorias, foram utilizadas as médias ponderadas dos agrupamentos por variável/procedimento, em ordem decrescente, obtendo os cinco níveis de classificação citados. Essa classificação permitiu demonstrar em quais *clusters* estão as melhores e as piores posições em relação às médias de cada variável. O quadro a seguir demonstra os critérios de classificação dos municípios por *cluster* em cada nível (categoria) de oferta.

Associação da capacidade de oferta com indicadores socioeconômicos

Após a classificação dos municípios segundo capacidade de oferta, foi analisada a associação entre o nível de oferta e os indicadores sociais e econômicos. A análise comparativa realizada permitiu identificar os agrupamentos de municípios com baixa ou alta capacidade socioeconômica. Essa classificação foi utilizada para identificar se os *clusters* com baixa ou alta capacidade de oferta em APS também apresentam a mesma situação referente às condições socioeconômicas.

Quanto às limitações da pesquisa, vale salientar que o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno em seu contexto de vida real e é muito criticada pela falta de rigor da pesquisa ou por fornecer pouca base para generalizações (YIN, 2010). Para evitar essas críticas, a pesquisa seguiu procedimentos sistemáticos de coleta de dados e seus achados serão descritos com evidências científicas. Por outro lado, as proposições teóricas por seguirem o rigor científico serão passíveis de generalizações e de referência para análise em outros estudos similares.

Não existem limitações éticas em relação à coleta de dados por se tratar de uma pesquisa de dados secundários de domínio público no *site* do DATASUS/MINISTÉRIO DA SAÚDE.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

Este capítulo está estruturado de acordo com a análise da capacidade de oferta de serviços de Atenção Primária Abrangente - APS-A nos níveis municipal e regional. Em ambos os níveis são identificados respectivamente, os municípios e regiões que cumpriram os parâmetros da Portaria MS 1101/2002. Também são definidos clusters de municípios e regiões, refletindo capacidades diferenciadas de oferta de serviços. No nível municipal, exploram-se ainda relações entre a capacidade de oferta de serviços de saúde e variáveis socioeconômicas.

4.1 ANÁLISE MUNICIPAL

a) Análise da oferta municipal diante dos parâmetros estabelecidos pela Portaria MS 1101/2002

Os parâmetros definidos pela Portaria 1101/2002, foram usados para avaliar a suficiência ou insuficiência da oferta de serviços de saúde nos municípios, conforme estabelecido no capítulo de Métodos. Foram considerados procedimentos/exames que devem ser disponibilizados pela APS-A em todos os municípios, definindo-se, para cada procedimento/exame, com base na oferta *per capita*, um “ponto de corte”, onde do parâmetro assim foi considerado oferta satisfatória e abaixo do parâmetro estabelecido oferta não satisfatória.

A tabela 5, apresenta o número de municípios com oferta satisfatória de um conjunto de 15 procedimentos/exames contemplados. A relação dos municípios considerados satisfatórios e insatisfatórios está no apêndice 1.

Tabela 5. Número de municípios (N 417) com produção satisfatória de procedimentos/exames requeridos na APS-A, com base na Portaria 1101/2002. Bahia - 2012.

Variável	Nº de municípios	%
Coleta de citopatológico	197	47,2
Colposcopia	16	43,8
Exame citopatológico	49	11,8
Consulta médica AB	74	17,7
Consulta outros profissionais NS	191	45,8
Consulta de enfermagem	297	71,2
1ª Consulta odontológica	19	4,6
Dentística	310	74,3
Radiografia Periapical	1	0,2
Ultrassonografia	122	29,3
Laboratório Clínico	241	57,8
Radiografia	77	18,5
Eletrocardiograma	119	28,5
Fisioterapia	101	24,2
Pequena cirurgia	384	92,1

Fonte: elaboração própria

Na comparação de procedimentos/exames realizados com os padrões definidos a partir da Portaria, somente para 4 dos 15 procedimentos/exames, mais de 50,0 % dos municípios atingem nível satisfatório.

Em relação aos exames de atenção à mulher, 16 de 417 municípios cumpriram o padrão recomendado para exames de colposcopia, e 47,2% atingiram o padrão preconizado para coleta de citopatológico, exame este que pode ser realizado também pelo profissional enfermeiro e que é fundamental para o diagnóstico de câncer de útero.

Quanto aos exames de apoio diagnóstico, a situação dos municípios é muito ruim. Para o eletrocardiograma, exame de baixa densidade tecnológica, grande parte dos municípios não atingiram o padrão de produção esperado.

No que concerne ao procedimento pequenas cirurgias, apesar de 92% dos municípios terem alcançado o padrão de produção definido, sublinha-se o fato do padrão ser muito baixo e questionável frente às necessidades da população.

Nos procedimentos odontológicos 74,3% dos municípios realizaram produção satisfatória em dentística. Ressalta-se também, que apenas um município realiza radiografia periapical satisfatoriamente; a ausência desses procedimentos nos demais municípios pode comprometer a assistência odontológica ofertada nos municípios baianos.

Os mapas apresentados nas figuras 3-7 proveem a distribuição geográfica dos municípios relativa à produção satisfatória ou não dos 15 procedimentos considerados.

Figura 3. Distribuição dos municípios segundo atingimento de produção satisfatória ou não de consultas médicas em atenção básica, consulta de outros profissionais de nível superior e consulta de enfermagem. Estado da Bahia, 2012.

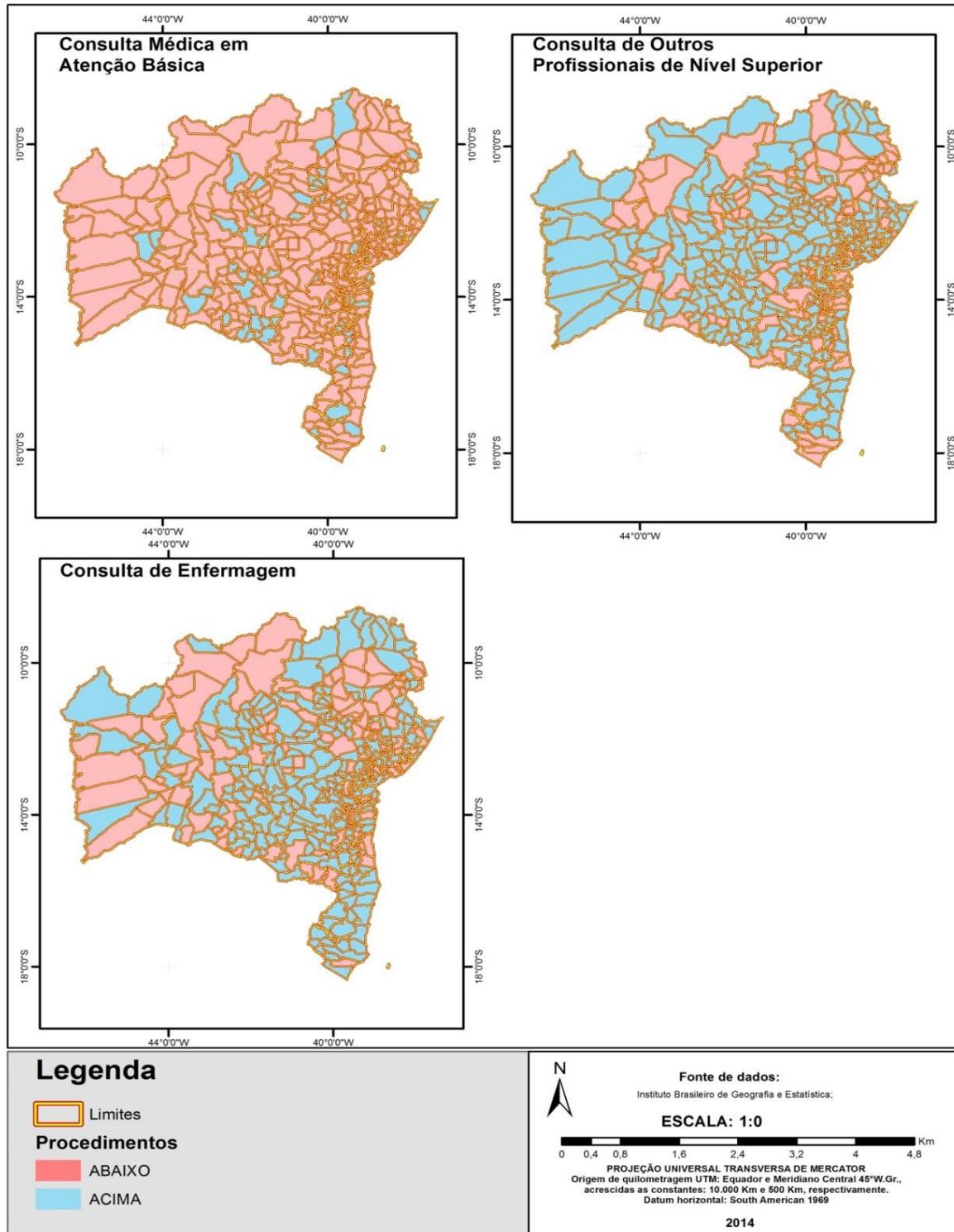


Figura 4. Distribuição dos municípios segundo atingimento de produção satisfatória ou não de exames de prevenção do câncer de colo de útero. Estado da Bahia, 2012.

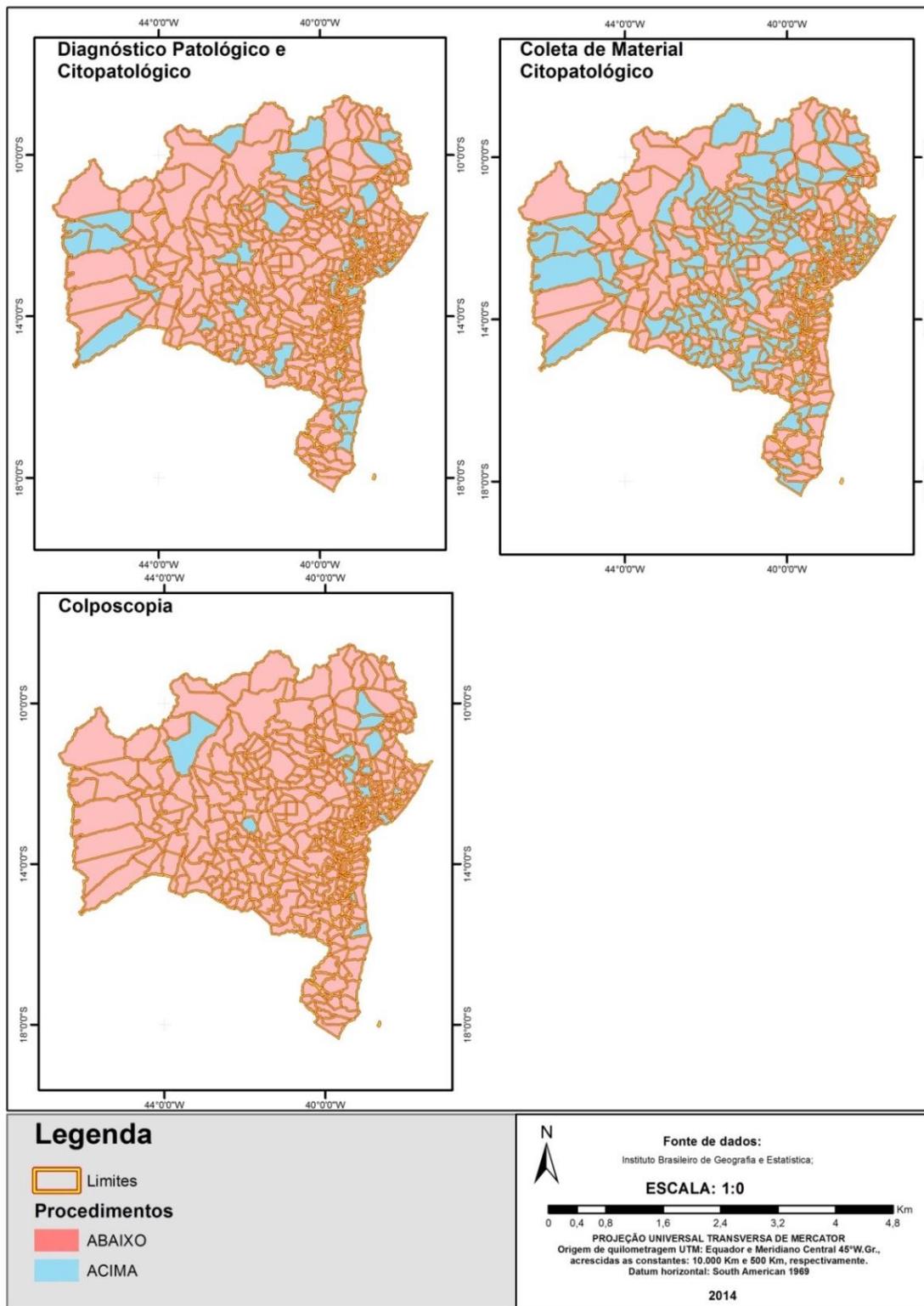


Figura 5. Distribuição dos municípios segundo atingimento de produção satisfatória ou não de procedimentos de fisioterapia e pequenas cirurgias. Estado da Bahia, 2012.

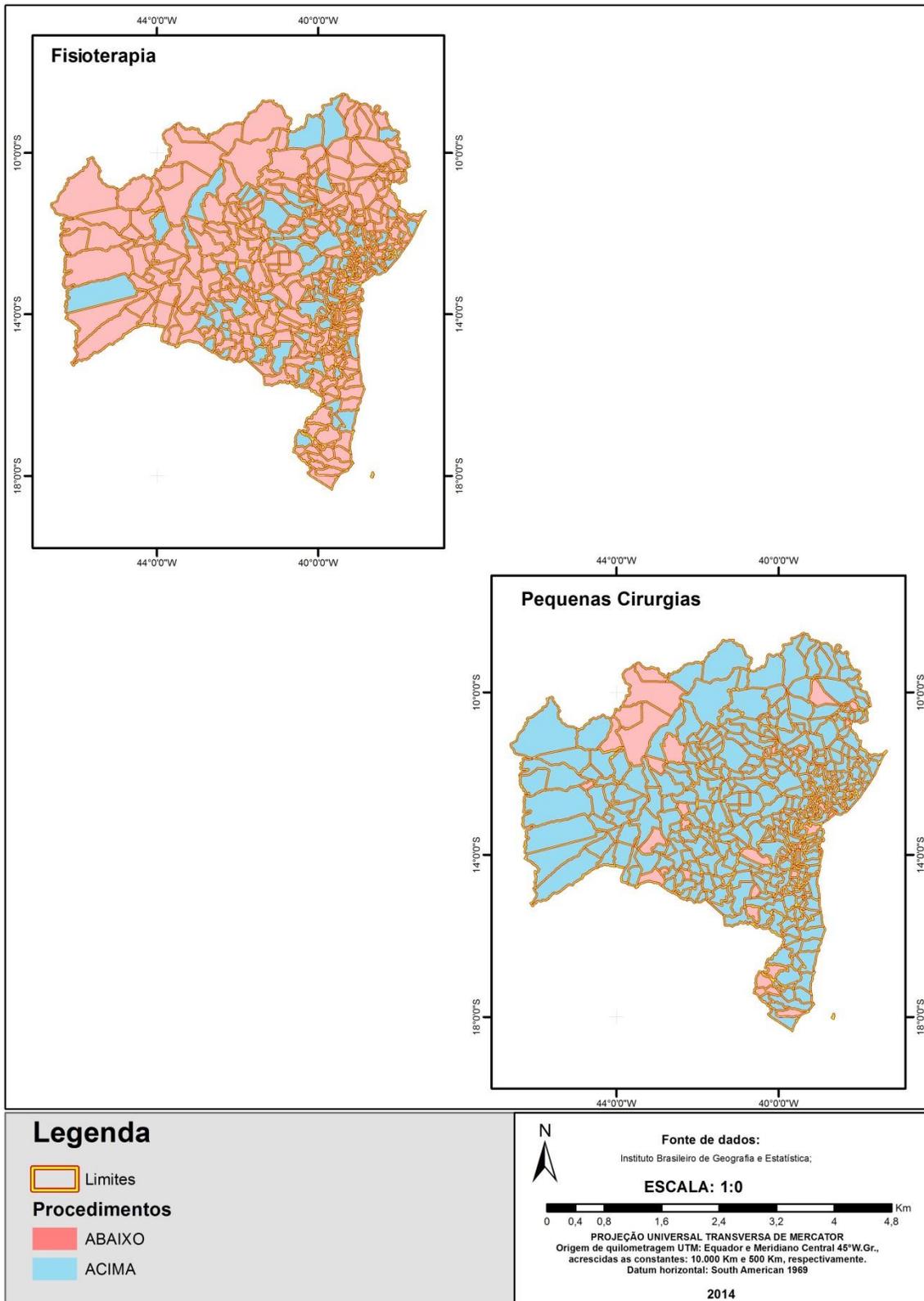


Figura 6 Distribuição dos municípios segundo atingimento de produção satisfatória ou não de procedimentos de diagnóstico laboratorial, radiologia, ultrassonografia e eletrocardiograma. Estado da Bahia, 2012.

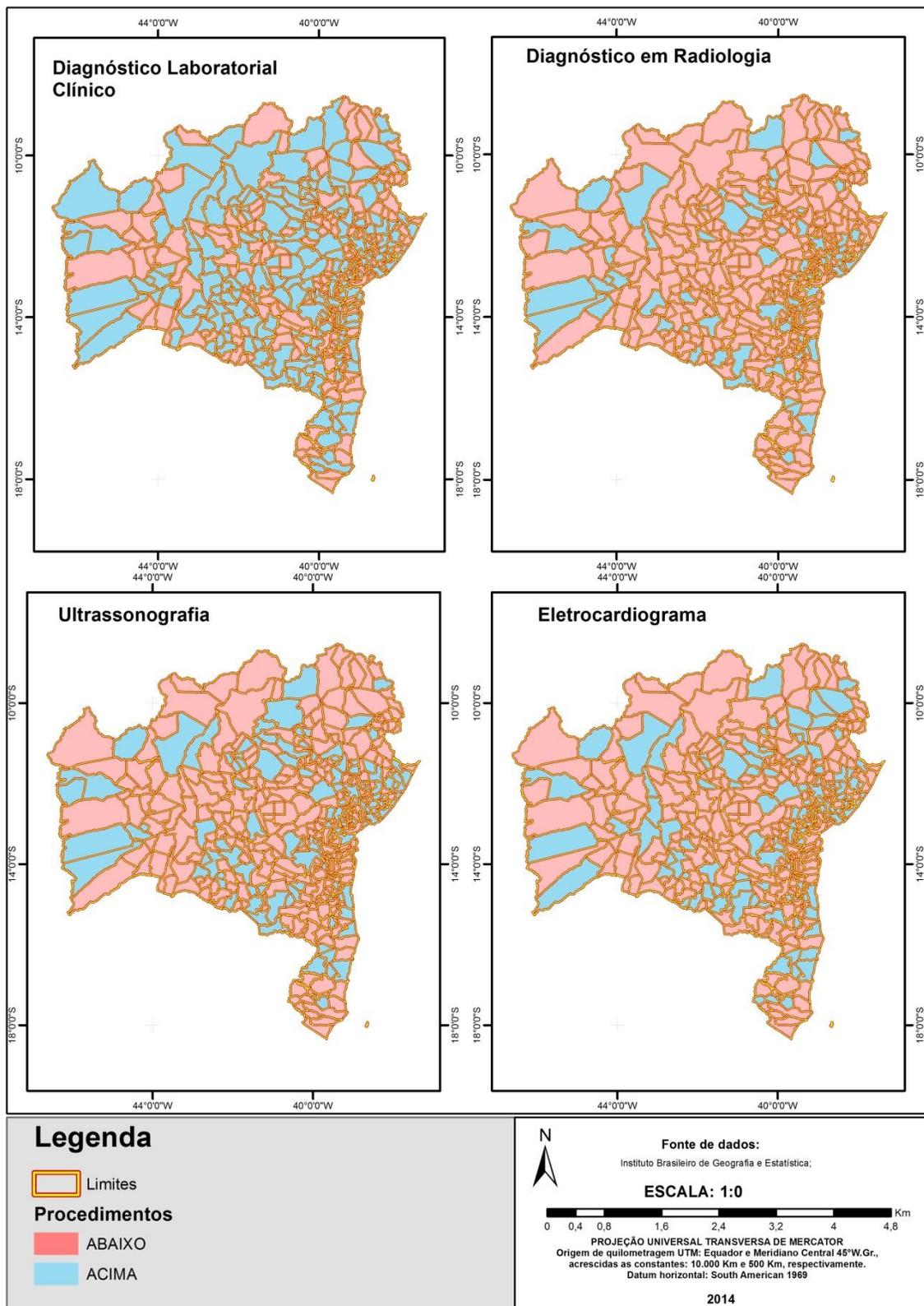
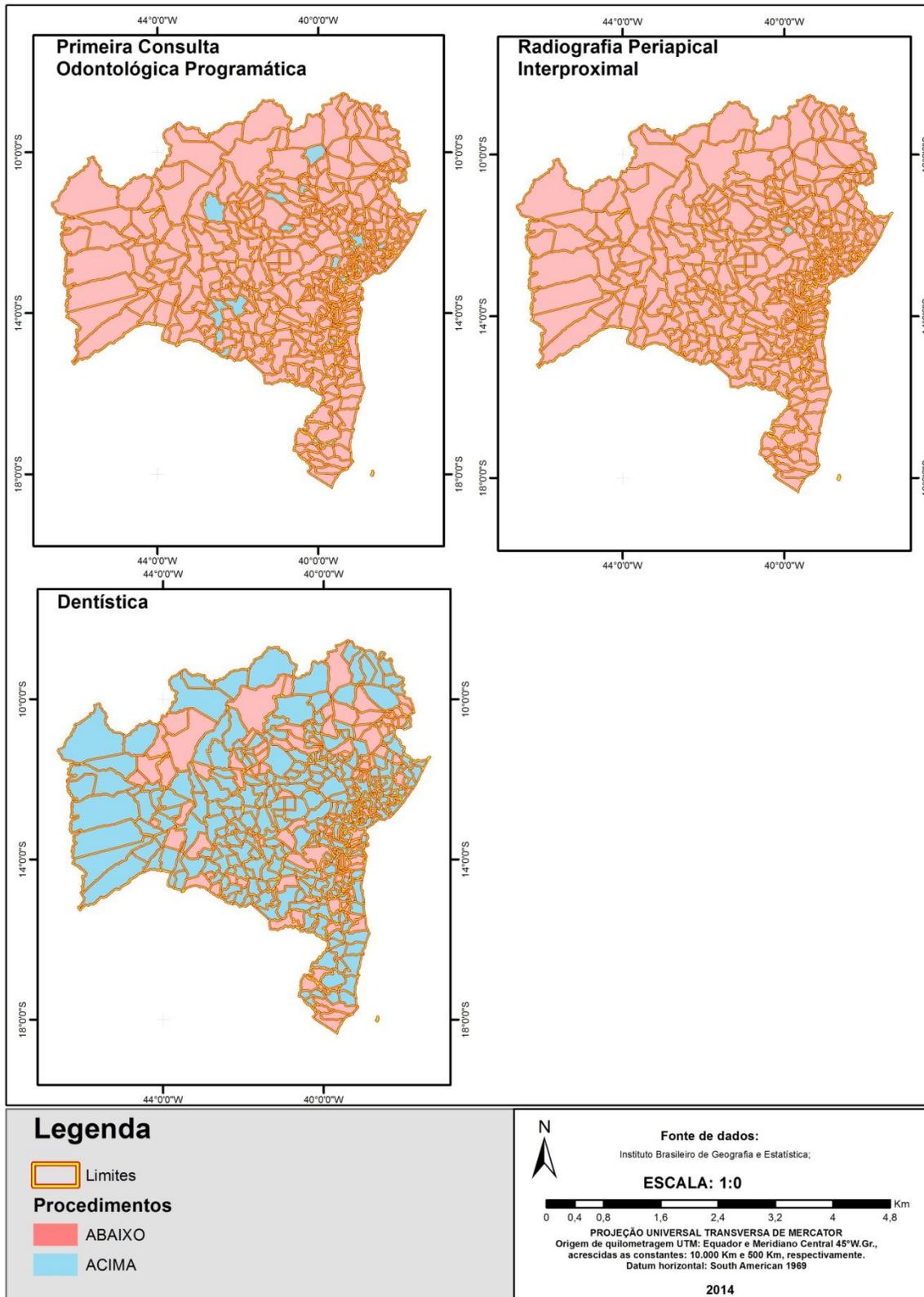


Figura 7 Distribuição dos municípios segundo atingimento de produção satisfatória ou não de procedimentos de odontologia básica. Estado da Bahia, 2012



Considerando os 15 procedimentos, para os quais foram calculados os parâmetros, estabeleceu-se um score para classificar os municípios de acordo com a sua capacidade de oferta, ou seja, quanto mais procedimentos o município realizar, maior será a sua capacidade de oferta. A tabela 6 descreve o *score* estabelecido para cada nível de oferta, a quantidade e o percentual de municípios que se enquadram em cada um desses níveis.

Tabela 6. Classificação, por *quartis*, dos municípios por capacidade de oferta em APS-A de acordo com os parâmetros da 1101/2002 –Bahia 2012

Nível	Score	Quantidade	%
Muito baixa	0 até 3	95	23,0
Baixa	4 até 7	245	59,0
Alta	8 até 11	73	17,0
Muito Alta	12 até 15	4	1,0
		417	100

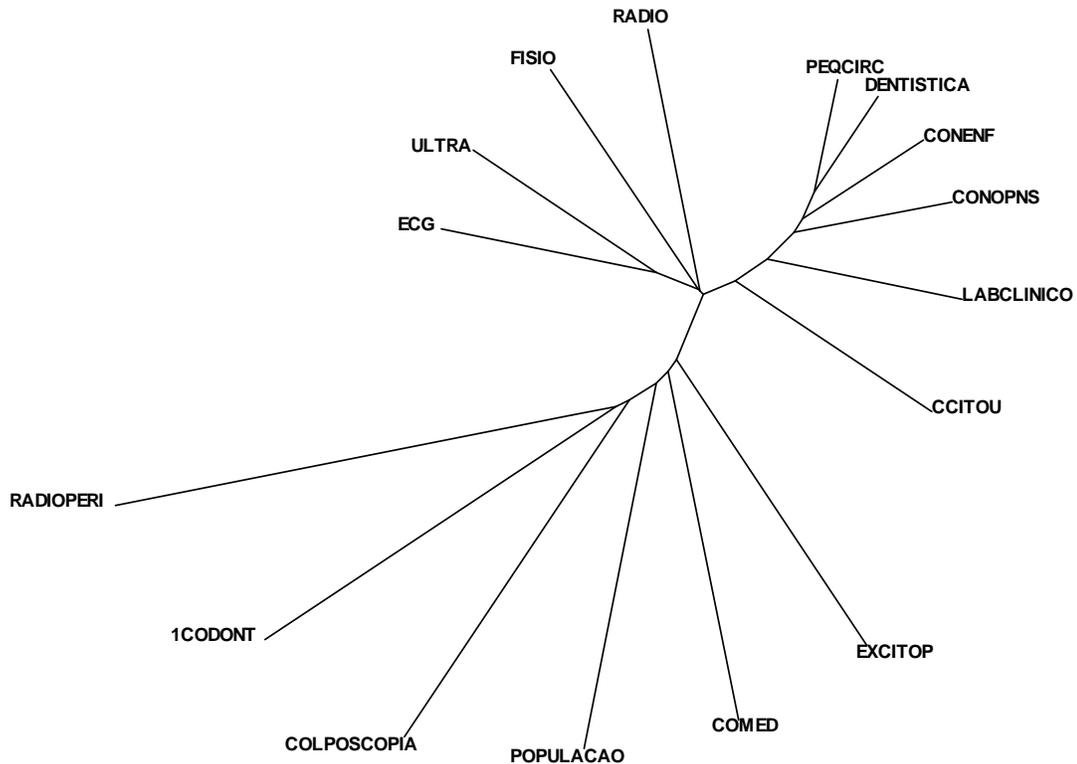
Fonte: elaboração própria

Do total de 417 municípios, apenas 1% conseguiu realizar mais de 12 procedimentos: Camacan, Castro Alves, Feira de Santana e São Felix, sendo estes municípios considerados de muito alta capacidade de oferta em APS abrangente. Contudo, 80% dos municípios foram classificados como de baixa e muito baixa capacidade de oferta, visto que só conseguiram atingir os parâmetros da Portaria 1101/2002 em até 7 procedimentos. A relação dos municípios de acordo com sua classificação está no apêndice 2.

Considerando que alguns desses procedimentos em que os municípios alcançaram os parâmetros foram calculados com base em uma oferta precária, é preciso relativizar os dados, uma vez que os parâmetros estão bem abaixo das necessidades da população. Os parâmetros da Portaria 1101/2002 foram calculados no ano de 1999/2000 fase de implantação do SUS, grande parte dos municípios não eram cadastrados no SIA/SUS, no caso da Bahia, dos 417 apenas 151 municípios tinham sido habilitados, segundo a NOB/93, e destes, 78 municípios foram qualificados a receberem o Piso de Atenção Básica até maio de 1998 (CARNEIRO, 2000). Se os municípios não enviavam dados de produtividade a oferta não pode ser considerada como parâmetro.

A figura 8 a seguir mostra a análise de agrupamento de procedimentos identificando a correlação fenética e cofenética entre as variáveis de capacidade de oferta. Esse tipo de gráfico permite visualizar a proximidade entre as variáveis e mede a distância entre estas aplicando ao agrupamento o “método da ligação simples” que mostra maior semelhança entre as variáveis analisadas, se a variação for maior, apesar de distante, o agrupamento forma novos subagrupamentos e revela semelhanças entre outras novas variáveis (FERREIRA, 1996).

Figura 8 Agrupamento das variáveis de capacidade de oferta dos municípios -Estado da Bahia 2012



Os procedimentos *radiografia periapical*, *1ª consulta odontológica*, *colposcopia*, *consulta médica* e *exame citopatológico* por estarem mais distantes do eixo central, têm um déficit maior em relação aos demais procedimentos.

b) Análise de *clusters* de municípios segundo capacidade de oferta de serviços de APS-A

Levando em consideração que a análise descritiva com base nos parâmetros da Portaria 1101 não avaliou todos os procedimentos listados no capítulo de métodos como essenciais para uma APS abrangente e a necessidade de demonstrar, com uma técnica estatística mais sofisticada, as diferenças na capacidade de oferta dos municípios, a análise de *clusters*, apresentada a seguir, visou a classificar os municípios em baixa e alta capacidade de oferta em APS-A. Embora esta classificação considere os serviços que devem estar presentes em todos os municípios, essa técnica de agrupamento não tem como objetivo demonstrar até que ponto a quantidade dos serviços realizados atende às necessidades da população, visto que trabalha com procedimentos per capita/ano.

a) Identificação dos *clusters*

Foi realizada uma análise fatorial, dos dados municipais, visando uma redução do número de variáveis sem perda considerável de informações a fim de condensar o conjunto das 18 variáveis de capacidade de oferta (Tabela 7), incluindo entre estas a variável população, por ter sido utilizada para o cálculo de valor per capita de cada procedimento.

Foram gerados 10 fatores como combinações lineares das variáveis originais, que reproduziram de maneira fidedigna as correlações existentes no universo estudado. Teoricamente, o número de fatores corresponde ao número de variáveis selecionadas, mas, como o objetivo é reduzir o número de componentes básicos sem grande perda de informações, foram selecionados dez fatores que explicaram mais de 70% da variação total

Tabela 7. Extração de fatores para medir a capacidade de oferta utilizando o método de componentes principais – Bahia, 2012.

Variável	Frequência acumulada
População	0,1921
Coleta de citopatológico uterino	0,2851
Colposcopia	0,3540
Consulta médica de atenção básica (AB)	0,4159
1ª Consulta odontológica	0,4738
Consulta oftalmológica	0,5300
Consulta – com outros prof. nível superior (COPNS)	0,5857
Dentística	0,6408
Ultrassonografia	0,6950
Laboratório clinic	0,7486
Radiologia	0,7984
Ultrassonografia obstétrica	0,8464
Exame citopatológico	0,8890
Eletrocardiograma	0,9250
Fisioterapia	0,9594
Pequenas cirurgias	0,9773
Radiografia Periapical	0,9947
Consulta - enfermagem	1,0000

Fonte: elaboração própria

Através do método VARIMAX, foi realizada uma rotação nos eixos dos fatores para mostrar o coeficiente de correlação entre as variáveis e o fator. Na Tabela 8, constam os 10 primeiros fatores que explicaram mais de 74% da variação na capacidade de oferta em APS abrangente e as variáveis que foram selecionadas em cada fator por conter a maior carga fatorial.

Tabela 8. Fatores de variação da capacidade de oferta municipal em APS abrangente segundo rotação dos eixos dos fatores. Bahia, 2012.

VARIÁVEIS	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
População	-2	-1	10	90 *	-2	-2	-1	2	1	3
Col citopatológico	-1	-1	-1	0	-1	-1	0	0	-1	100 *
Colposcopia	24	-3	69 *	2	13	5	-8	-2	1	3
Cons. Medica AB	-1	91 *	-4	-1	4	0	-1	-1	4	0
1ª Cons Odontológica	-1	1	0	-1	3	0	-1	99 *	0	0
Consulta Oftalmológica	0	0	2	0	-3	96 *	2	0	0	-1
COPNS	-3	91 *	1	-2	-3	0	2	2	-2	-1
Dentística	0	1	-3	-1	-1	0	0	0	99 *	-1
Ultrassonografia	90 *	-1	17	6	2	13	9	-1	1	0
Laboratório Clínico	16	-4	46	24	4	23	-10	0	-4	0
Radiologia	10	2	63 *	-2	-21	-15	17	4	-3	-5
Ultrasson Obstétrica	88 *	-3	11	5	-2	1	4	-2	0	-1
Exame Citopatológico	3	-2	47	6	61 *	-3	-7	-9	8	0
Eletrocardiograma	86 *	-1	4	2	6	-1	-5	0	1	1
Fisioterapia	48	-3	1	53	8	4	2	-5	-4	-5
Pequenas cirurgias	6	3	-15	-1	83 *	-1	8	8	-6	-1
Radiografia Periapical	62 *	1	21	1	1	-10	-8	3	-1	1
Consulta de Enfermagem	-1	0	-2	-1	4	1	97 *	-1	0	0

Fonte: elaboração própria

Após a seleção de variáveis desenvolvida pela análise fatorial, foi utilizada a técnica de análise de *clusters* com o intuito de agrupar os municípios em conjuntos homogêneos. A opção por 10 *clusters* (Tabela 9) foi calcada na perspectiva de captar de forma parcimoniosa variações relevantes no padrão de capacidade de oferta de serviços na APS. Destaca-se a presença de municípios *outliers* compondo *clusters* unitários, muito distintos dos agrupamentos que reuniram mais municípios.

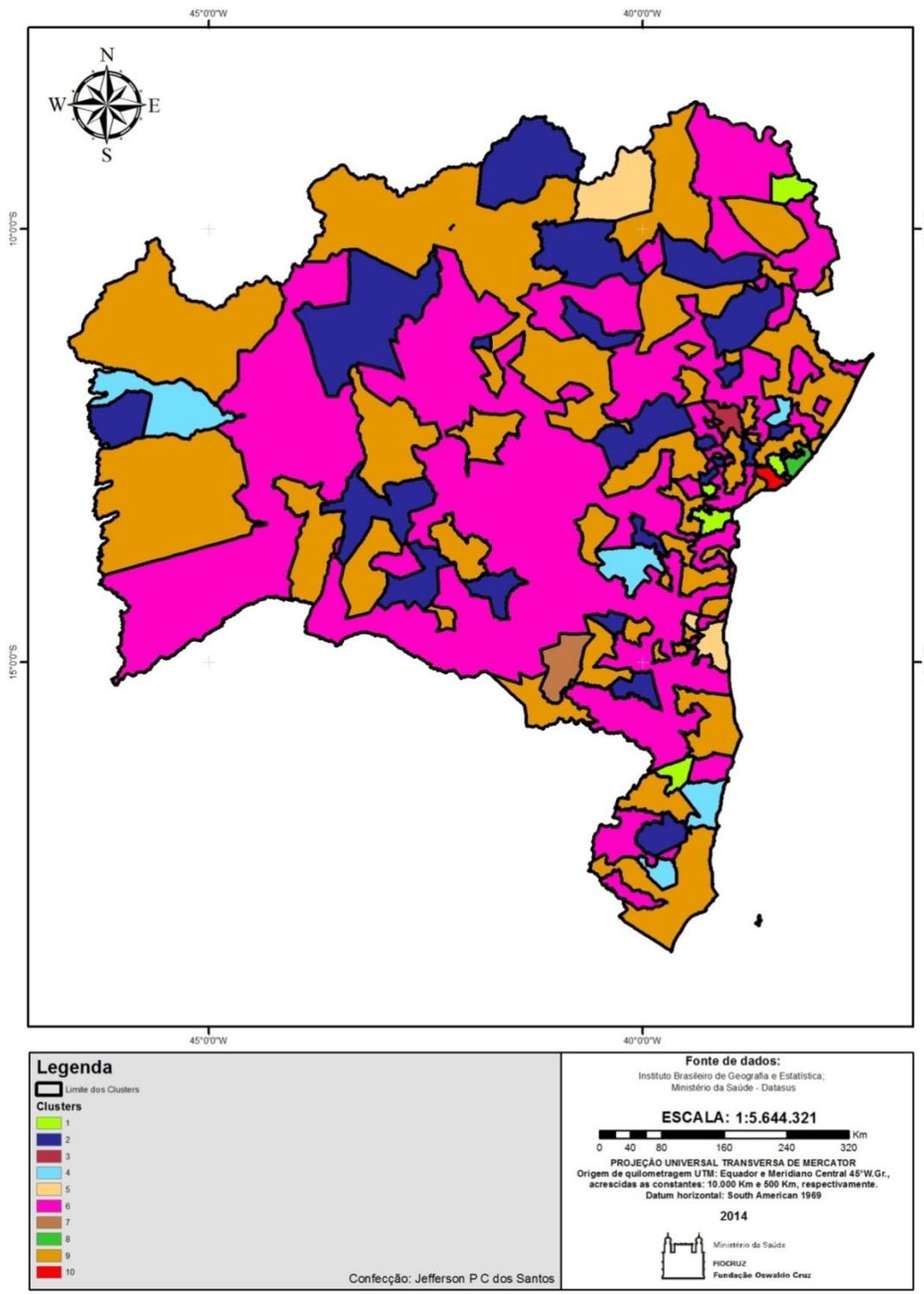
Tabela 9. Número de municípios agrupados por Cluster segundo capacidade de oferta em APS-A e tamanho da população. Bahia, 2012.

<i>Cluster</i>	N °de municípios	População (habitantes)
1	6	84.121- 121.416
2	31	45.660-79.936
3	1	568.099
4	6	131.642-171.042
5	3	187.315-205.885
6	259	3.215-20.826
7	1	315.884
8	1	255.238
9	108	20.878-44538
10	1	2.710.968

Fonte: elaboração própria

O tamanho da população é um fator determinante no agrupamento segundo capacidade de oferta. O agrupamento de municípios dos clusters 6 e 9 demonstram que 88% dos municípios tem entre 3.000 e 45.000 mil habitantes, conforme distribuição no mapa a seguir (Figura 9).

Figura 9 . Distribuição dos municípios por cluster segundo tamanho populacional. Estado da Bahia 2012.



b) Análise da capacidade de oferta dos *clusters* segundo tipo de serviço

Para captar diferenças na variância dos procedimentos, entre *clusters*, utilizou-se o teste F; para comparar as médias das variáveis, expressas em termos do número de procedimentos/habitantes, empregou-se o teste DUNCAN, no qual a indicação de letras iguais demonstra que a diferença não é significativa e as letras diferentes indicam diferenças entre os *clusters*. Expressando-se a não detecção de diferenças significativas ($p > 0,05$) com letras iguais.

A Tabela 10 mostra que não houve diferenças significativas ($p > 0,05$), entre *clusters*, na análise de variâncias de sete dos 17 procedimentos considerados.

Tabela 10. Médias de oferta de procedimentos/habitantes e comparação das mesmas e das suas variâncias com base no teste de Duncan e teste F. Bahia, 2012.

PROCEDIMENTOS	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	C 6	C 7	C 8	C 9	C 10	F (p)
Coleta de citopatológico uterino	B	B	B	B	B	B	B	A	B	B	0,087
Colposcopia	0,049	0,471	0,075	0,065	0,027	0,050	0,049	0,898	0,148	0,039	<0,001
	C	BAC	B A	C	BAC	C	BC	BAC	C	A	
	0,002	0,016	0,023	0,002	0,019	0,002	0,002	0,009	0,003	0,030	
Cons. médica AB	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0,082
	0,707	0,642	0,717	0,585	0,596	1,647	0,527	0,414	1,072	0,418	
1ª Cons. Odontológica	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0,990
	0,099	0,557	0,952	0,068	0,081	0,681	0,062	0,017	0,282	0,078	
Cons. Oftalmológica	B	B	A	B	A	B	B	B	B	A	<0,001
	0,000	0,000	0,003	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	
Com outros prof. de nível superior	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0,480
	0,423	0,506	0,362	0,416	0,443	1,019	0,167	0,232	0,700	0,255	
Dentística	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0,950
	0,132	0,123	0,069	0,101	0,062	0,316	0,112	0,912	0,316	0,054	
Ultrassonografia	BA	BA	A	BA	BA	B	BA	A	BA	BA	<0,001
	0,065	0,065	0,182	0,083	0,145	0,029	0,090	0,201	0,036	0,122	
Lab. Clínico	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	<0,001
	1,866	1,791	2,964	2,639	3,757	1,225	3,199	3,814	1,742	5,682	
Radiologia	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	<0,001
	0,366	0,342	0,243	0,297	0,234	0,079	0,254	0,233	0,109	0,380	
Ultrassonografia Obstétrica	BA	BA	BA	BA	BA	B	A	BA	BA	BA	<0,001
	0,013	0,013	0,022	0,014	0,015	0,004	0,027	0,021	0,008	0,011	
Exames Citopatológicos	BA	BA	BA	BA	BA	B	BA	BA	BA	A	<0,001
	0,071	0,044	0,059	0,057	0,066	0,014	0,061	0,052	0,032	0,126	
Eletrocardiograma	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	<0,001
	0,037	0,043	0,041	0,039	0,053	0,014	0,061	0,046	0,024	0,075	
Fisioterapia	BA	BA	BA	BA	A	B	BA	A	B	A	<0,001
	0,454	0,228	0,352	0,525	0,892	0,086	0,490	0,736	0,142	0,763	
Pequenas Cirurgias	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0,980
	0,460	0,519	0,180	0,138	0,349	0,389	0,088	0,245	0,399	0,174	
Rad. Periapical	BAC	BC	BAC	BC	BAC	C	A	BAC	BAC	C	<0,0001
	0,015	0,009	0,007	0,002	0,013	0,003	0,036	0,011	0,003	0,022	
Cons. Enfermagem	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0,28
	0,568	0,546	0,486	1,032	0,392	1,157	0,277	0,234	0,746	0,164	

Fonte: elaboração própria

Analisando as médias de cada variável por *cluster*, observou-se que os sete procedimentos estatisticamente não significativos nos dois testes apresentaram médias muito próximas, que, de fato, não permitem mostrar variabilidade entre os *clusters*. Tais médias têm valores altos e muito similares ou, alternativamente, baixos próximos a zero. Os valores mais altos estão nas variáveis *consulta médica em atenção básica, consulta de enfermagem e consulta de outros profissionais de nível superior*, e se encontram nos *clusters* 3, 6 e 9, ou seja, justamente onde está o maior número de municípios e também os de menor tamanho populacional. Isso não ocorre nos municípios maiores, onde estão as menores médias dessas variáveis.

As variáveis *consulta odontológica, pequenas cirurgias e dentística* apresentaram médias baixas em todos os *clusters*. Em relação à variável coleta de *exame citopatológico*, percebe-se que o *cluster* 8 (constituído apenas pelo município de Camaçari) tem a maior média do estado, seguido do *cluster* 2 com 31 municípios. Nos demais *clusters*, essas médias estão bem abaixo dos demais e são muito similares entre si.

Na análise das médias das 10 variáveis que apresentaram diferenças significativas entre os *clusters* ($p < 0,05$) no teste F, verificou-se que os *clusters* 3, 6 e 9 onde estão os municípios de menor tamanho populacional, tiveram as menores médias, retratando a dificuldade de ofertar exames de apoio diagnóstico para garantir a integralidade da atenção básica.

Na variável colposcopia, as maiores médias encontram-se nos *clusters* 10 (Salvador), 3 (Feira de Santana) e 5 (Ilhéus, Itabuna e Juazeiro). Já nos *clusters* 6, 9 e 4, encontram-se as médias menores e deles fazem parte 273 municípios, o que demonstra que mais de 50% do total de municípios do estado não realizam esse procedimento que é essencial para prevenção do câncer de colo de útero.

No que concerne aos outros procedimentos de atenção à mulher, como *ultrassonografia obstétrica e exame citopatológico, e aos procedimentos ultrassonografia, exames de laboratório clínico, eletrocardiograma, fisioterapia e radiografia periapical*, aumenta para 398 municípios, as menores médias. Para os exames de radiologia inclui-se ainda os municípios maiores que fazem parte do *cluster* 5.

No procedimento consulta oftalmológica, que se relaciona ao Projeto Olhar Brasil, só os *clusters* 3, 5, 9 e 10 apresentaram procedimentos, os demais *clusters* estão zerados. Esse resultado retrata o pouco investimento em ações de prevenção de agravos na faixa etária escolar.

c) Reagrupamento dos *clusters* segundo níveis de capacidade de oferta

Ainda que a consideração dos 10 *clusters* definidos previamente tenha sido importante para a apreensão de *outliers* e captação de *clusters* mais homogêneos, julgou-se pertinente um reagrupamento dos mesmos como uma forma mais operacional de apresentar os resultados. Os cinco níveis de capacidade de oferta: muito alta, alta, média, baixa e muito baixa, definidos no capítulo de Métodos, foram estabelecidos a partir das médias das 10 variáveis que se diferenciaram estatisticamente. Fez-se um ranqueamento da maior posição (1º) à menor (10º) para classificação entre os *clusters* (Tabela 11).

Tabela 11. Ranqueamento da capacidade de oferta de procedimentos de APS-A entre clusters. BAHIA-2012.

VARIÁVEL	C 1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	F (p)
Colposcopia	0,002 10º	0,016 4º	0,023 2º	0,002 10º	0,019 3º	0,002 10º	0,002 10º	0,009 5º	0,003 10º	0,030 1º	<0,0001
Consulta Oftalmológica	0,000 10º	0,000 10º	0,003 2º	0,000 10º	0,005 1º	0,000 10º	0,000 10º	0,000 10º	0,000 10º	0,002 3º	<0,0001
Ultrassonografia	0,065 7º	0,065 7º	0,182 2º	0,083 6º	0,145 3º	0,029 10º	0,090 5º	0,201 1º	0,036 9º	0,122 4º	<0,0001
Lab. Clínico	1,866 7º	1,791 8º	2,964 5º	2,639 6º	3,757 3º	1,225 10º	3,199 4º	3,814 2º	1,742 9º	5,682 1º	<0,0001
Radiologia	0,366 2º	0,342 3º	0,243 6º	0,297 4º	0,234 7º	0,079 10º	0,254 5º	0,233 7º	0,109 9º	0,380 1º	<0,0001
Ultrassonografia Obstétrica	0,013 4º	0,013 4º	0,022 2º	0,014 7º	0,015 5º	0,004 10º	0,027 1º	0,021 3º	0,008 9º	0,011 8º	<0,0001
Exames Citopatológicos	0,071 2º	0,044 8º	0,059 4º	0,057 4º	0,066 2º	0,014 10º	0,066 4º	0,052 7º	0,032 9º	0,126 1º	<0,0001
Eletrocardiograma	0,037 8º	0,043 6º	0,041 7º	0,039 1º	0,053 4º	0,014 10º	0,061 3º	0,046 5º	0,024 9º	0,075 2º	<0,0001
Fisioterapia	0,454 7º	0,228 9º	0,352 8º	0,525 5º	0,892 1º	0,086 2º	0,490 6º	0,736 4º	0,142 10º	0,763 3º	<0,0001
Rad. Periapical	0,015 3º	0,009 6º	0,007 7º	0,002 10º	0,013 4º	0,003 8º	0,036 1º	0,011 5º	0,003 8º	0,022 2º	<0,0001

Fonte: elaboração própria

Considerando que o 1º. lugar será atribuído a melhor média e o 10º. a pior média, padronizou-se que quando existir a pontuação 0,000 ou valores próximos que esteja na última posição, será atribuído o 10º lugar independente da sequência numérica que usar-se-ia naquele cluster.

Identificou-se, então, a frequência que cada *cluster* apareceu em cada uma das 10 posições (Tabela 12), no sentido de apreender a concentração de *clusters* em melhores e piores posições quanto às médias das variáveis selecionadas para expressar a capacidade de oferta de serviços. A

posição média por *cluster* foi obtida com vistas à expressão do comportamento mais geral na capacidade de oferta de serviços de APS através de uma média ponderada.

Tabela 12. Distribuição Percentual das posições das variáveis em cada cluster. BAHIA 2012

	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10
Posição	Freq.									
1	0	0	0	0	2	0	2	1	0	5
2	2	0	4	0	0	1	1	1	0	1
3	1	1	0	0	5	0	1	1	0	2
4	1	2	0	1	1	0	1	2	0	1
5	0	1	2	1	0	0	2	2	0	0
6	0	1	2	3	1	0	1	0	0	0
7	3	1	1	2	1	0	0	2	0	0
8	1	2	1	0	0	1	0	0	1	1
9	0	1	0	0	0	0	0	0	6	0
10	2	1	0	3	0	8	2	1	3	0
Total	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Posição média	6,0	6,4	4,5	7,1	3,4	9,0	5,4	4,9	9,2	2,7

Fonte: elaboração própria.

Na tabela 12 foi colocado em frequência o número de vezes que o cluster obteve uma posição conforme os critérios estabelecidos para a Tabela 11. Ao utilizar a média ponderada das posições dos dez procedimentos o ordenamento dos *clusters* pela posição média é obtido, considerando a proximidade de 1 como o melhor valor, pela sequência: C10-C5-C3-C7-C8-C1-C2-C4-C6-C9. Assim observa-se que C10 com 8 das 10 médias entre a 1ª e 3ª posição é considerado excelente, seguido por C5 com 8 das 10 médias entre a 1ª e 4ª posição. Em outro extremo, C6 e C9 aparecem muito mal posicionados de forma geral.

A Tabela 13 apresenta os *clusters* classificados em termos da capacidade de oferta em APS-A, relacionando ainda o número de municípios agregados e a cobertura populacional.

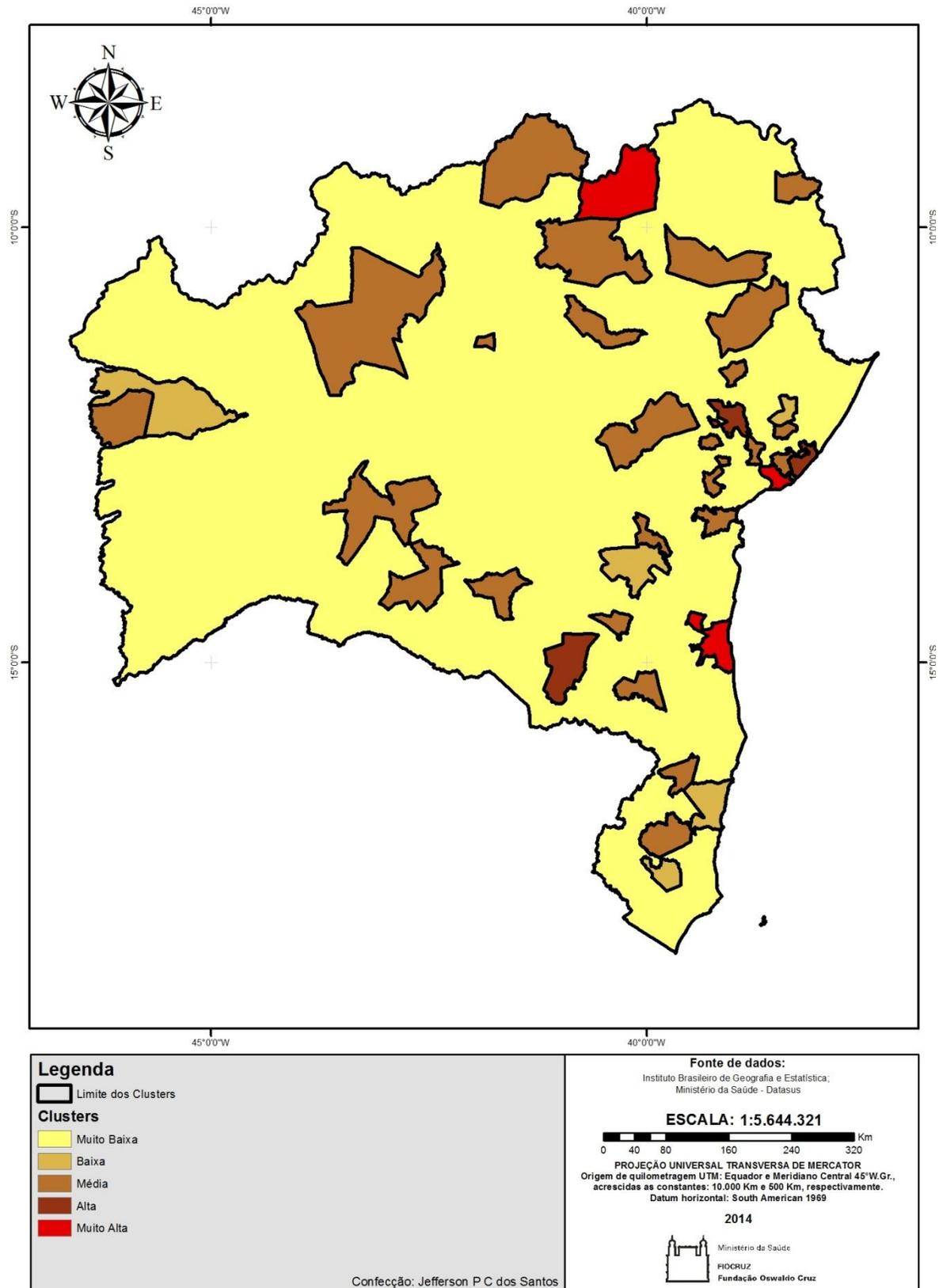
Tabela 13. Clusters classificados segundo nível de capacidade de oferta em APS-A, com número de municípios agregados e cobertura populacional.

<i>Cluster</i>	Nº de municípios	Cobertura populacional	Capacidade de oferta em APS abrangente
1	6	601.754	Média
2	31	1.865.070	Média
3	1	568.099	Alta
4	6	882.598	Baixa
5	3	594.699	Muito Alta
6	259	3.266.571	Muito Baixa
7	1	315.884	Alta
8	1	255.238	Alta
9	108	3.114.460	Muito Baixa
10	1	2.710.968	Muito Alta
	417	14.175.341	

Fonte: elaboração própria.

Na tabela 13 observa-se que o cluster 10 (Salvador) e o cluster 5 (Ilhéus, Itabuna e Juazeiro) foram classificados como de “Muito Alta” capacidade de oferta em APS-A. Os clusters 3 (Feira de Santana), 7 (Vitória da Conquista) e 8 (Camaçari) foram considerados como de Alta capacidade de oferta. Estes municípios são todos de grande porte populacional e são sedes de região assistencial. No apêndice 3 apresentamos a relação de municípios por cluster de acordo com sua capacidade de oferta. A figura 8 apresenta a distribuição espacial dos municípios classificados de acordo com sua capacidade de oferta em muito baixa, baixa, média, alta e muito alta.

Figura 10. Distribuição dos municípios por cluster e nível de capacidade de oferta. Bahia 2012.



d) Análise de variância entre *clusters* - variáveis socioeconômicas

Para buscar fatores potencialmente explicativos das variações entre os agrupamentos de municípios, foi analisado o comportamento de quatro variáveis: população, PIB per capita, IDH e grau de suficiência de recursos⁴⁴. Os resultados na Tabela 14 indicam, com base no teste-F, diferenciação estatisticamente significativa entre *clusters* em relação às quatro variáveis. Também identificam semelhanças e diferenças das médias das variáveis entre *clusters* com base no teste DUNCAN.

Tabela 14. Comparação de clusters em relação a variáveis socioeconômicas Estado da Bahia-2012

<i>Cluster</i>	População (hab.)		PIB Percapita (R\$/hab.)		Grau de suficiência de recursos		IDH	
	Duncan	Média	Duncan	Média	Duncan	Média	Duncan	Média
1	G	100292	B	22.029	BA	20,49	BC	0,67
2	H	60164	CB	7.911	B	13,62	DC	0,62
3	B	568099	CB	13.351	BA	30.35	BA	0,71
4	F	147100	CB	12.020	BA	22,35	BA	0,70
5	E	198233	CB	11.506	BA	23.18	BA	0,69
6	J	12612	C	5.171	B	11,77	D	0,58
7	C	315884	CB	11.323	BA	23.06	BC	0,68
8	D	255238	A	55.064	BA	29.30	BA	0,69
9	I	28838	CB	9.579	B	13.62	D	0,60
10	J	2710968	CB	13.728	A	51.24	A	0,76
Teste-F (p)	<0,0001		0,0322		<0,0001		<0,0001	

Fonte: elaboração própria.

e) Identificação da relação entre capacidade de oferta de APS abrangente e indicadores socioeconômicos

Analisando a situação de cada *cluster* referente às quatro variáveis fizemos uma distribuição por quartis, buscando identificar em quais *clusters* estão os maiores e menores valores dos índices que constituem cada uma das variáveis explicativas. Na divisão dos *clusters* por quartis, foram excluídos os dados dos *clusters* 8 e 10, que correspondem aos municípios de Camaçari e Salvador, uma vez que os valores relativos às variáveis analisadas apresentaram valores muito altos, comparados aos dos demais municípios nas variáveis PIB per capita e grau de suficiência de recursos. Assim, esses dois municípios serão classificados junto com os demais considerando os valores de suas médias de forma isolada.

⁴⁴ Grau de suficiência de recursos é a capacidade do município de arrecadar recursos próprios expressa em percentual.

Tabela 15. Classificação das variáveis explicativas por faixas de valores. Bahia-2012

Classificação	PIB(\$)		Grau Suf. Rec.(%)		IDH		População	
Muito Baixa	Menor que 9579		Menor que 13.62		Menor que 0.6150		Menor que 52330	
Baixa	Entre 9579	até 11509	Entre 13.62	até 21.41	Entre 0.6150	até 0.6749	Entre 52330	até 123699
Médio	Entre 11510	até 13349	Entre 21.42	até 23.08	Entre 0.6750	até 0.6925	Entre 123700	até 227599
Alto	Acima de 13349		Acima de 23.08		Acima de 0.6925		Acima de 227599	

Fonte: elaboração própria

Tabela 16. Valores das variáveis explicativas dos municípios de Camaçari e Salvador – Bahia- 2012.

Cluster	PIB	*Clas	Grau Suf. Rec.	*Clas	IDH	*Class	População	*Clas.
Cluster 8 (Camaçari)	55.064	Muito Alto	29.30	Alto	0.69	Alto	255.238	Alto
Cluster 10 (Salvador)	13.728	Alto	51.24	Muito Alto	0.76	Muito Alto	2.710.968	Muito Alto

Fonte: elaboração própria.

*Classificação

A análise das variáveis citadas nas tabelas 15 e 16 permitiu identificar se os níveis de capacidade de oferta têm relação com os níveis referentes às condições sociais e econômicas, conforme demonstrado na tabela 17.

Tabela 17. Comparação entre capacidade de oferta e variáveis socioeconômicas. Bahia - 2012.

Cluster	Nº de municípios	Capacidade de oferta em APS-A	PIB	Suficiência de recursos	IDH	Média populacional
1	6	Média	Alto	Baixa	Baixo	Baixa
2	31	Média	Muito baixo	Baixa	Baixo	Baixa
3	1	Alta	Médio	Alta	Alto	Alta
4	6	Baixa	Médio	Média	Alto	Média
5	3	Muito Alta	Baixo	Alta	Médio	Média
6	259	Muito Baixa	Muito baixo	Muito baixa	Muito Baixo	Muito Baixa
7	1	Alta	Baixo	Média	Médio	Alta
8	1	Alta	Muito Alto	Muito Alta	Alto	Alta
9	108	Muito Baixa	Baixo	Baixa	Muito Baixo	Muito Baixa
10	1	Muito Alta	Alto	Muito Alta	Muito Alto	Muito Alta

417

Fonte: elaboração própria

No *cluster 1*, estão os municípios com população entre 80 e 122 mil habitantes. Esses municípios têm uma capacidade de oferta mediana, o PIB alto e o grau de suficiência e o IDH baixos. Essa contradição em relação ao PIB e os demais indicadores deve-se ao fato de que neste grupo existem dois municípios (Candeias e Simões Filho) que têm extração de Petróleo, o que elevou o PIB per capita do grupo. Chama a atenção que esses dois municípios não têm o mesmo desempenho quando analisamos a capacidade de oferta.

No *cluster 2*, com 31 municípios, a capacidade de oferta é média, o PIB é muito baixo e todas as variáveis socioeconômicas são baixas, contudo o desempenho da capacidade de oferta é mediana. Esse grupo de municípios tem entre 45 e 80 mil habitantes e mais de 50% destes, são sede de região de saúde, o que justifica o melhor desempenho na capacidade de oferta.

No *cluster 3*, do qual faz parte apenas o município de Feira de Santana, existe uma associação entre capacidade de oferta e as variáveis socioeconômicas, todas classificadas como de melhores condições referente aos demais *clusters*. Esse município é o segundo maior do estado em tamanho populacional.

No *cluster 4*, os municípios estão classificados como de baixa capacidade de oferta, contudo as variáveis socioeconômicas estão com melhor desempenho, o que demonstra não existir uma associação direta entre capacidade de oferta e indicadores socioeconômicos. Nesse grupo, os seis municípios têm população entre 130 e 172 mil habitantes e apenas um município não é sede de região assistencial. Esse fato precisa ser mais bem investigado em outros estudos, visto que no *cluster 5* com apenas três municípios ocorre o inverso, a capacidade de oferta é alta e os indicadores sócio econômicos tem um desempenho médio. O *cluster 7*, composto pelo município de Vitória da Conquista, apresenta situação semelhante, tem alta capacidade de oferta, baixo PIB e valores medianos para as demais variáveis.

Nos *clusters 6 e 9*, estão os municípios de menor tamanho populacional, menos de 55 mil habitantes, e estão nesses *clusters* os municípios com menor capacidade de oferta em APS abrangente e também com o menor IDH, menor PIB per capita e menor percentual do grau de suficiência de recursos. Está nesse grupo 88% dos municípios e 45% da população do estado da Bahia.

O *cluster 8*, que faz parte apenas o município de Camaçari, e o 10, o município de Salvador, são os que apresentam uma melhor situação em relação aos demais municípios do estado. Existe

nestes dois municípios uma associação direta entre capacidade de oferta e indicadores socioeconômicos.

4.2 ANÁLISE REGIONAL

A análise regional está estruturada em duas partes: uma com os parâmetros da Portaria 1101/2002, e outra, com análise de *clusters* agrupando as regiões segundo capacidade de oferta em APS-A

a) Análise da oferta regional diante dos parâmetros estabelecidos pela Portaria 1101/2002.

Para realizar essa análise, foram adotados os parâmetros de oferta definidos pela Portaria 1101/2002 com o intuito de avaliar a suficiência ou insuficiência da oferta de serviços para atender à referência regional. O parâmetro de cada procedimento foi estabelecido no capítulo de métodos baseado na população de referência regional.

Para verificar quais regiões se aproximaram dos parâmetros definiu-se, para cada procedimento/exame, com base na oferta *per capita*, um “ponto de corte”, onde as regiões que atingiram o parâmetro da 1101/2002 foram consideradas satisfatórias e para aqueles procedimentos onde as regiões apresentaram valores abaixo dos parâmetros, foram considerados oferta insatisfatória em cada uma das 28 regiões de saúde do estado da Bahia para garantir a referência municipal em atenção especializada para uma APS-A.

Na tabela 18, foi detalhado o número e o percentual de regiões consideradas satisfatórias a partir do ponto de corte. Partindo da análise estatística e utilizando o R *statistic* foi construído um gráfico para cada variável (Figuras 10-13) tendo como referência os dados detalhados na tabela 18.

Tabela 18. Distribuição da oferta per capita dos procedimentos por regiões (n=28) que cumpriram os parâmetros da Portaria 1101/2002. Bahia, 2012.

Variável	Nº de regiões	%
Colonoscopia	0	0,0
Consulta especializada	5	17,8
Densitometria	3	10,7
Diagnóstico em oftalmologia	16	57,1
Tomografia	15	53,6
Endoscopia	17	60,7
MAPA	12	42,8
Teste Ergométrico	0	0
Ecocardiografia	1	3,6

Fonte: elaboração própria.

Na tabela 19 mostra-se que as regiões não cumprem os parâmetros da 1101/2002, visto que o número de regiões com capacidade de oferta insatisfatória é muito grande, sendo que em alguns procedimentos, como colonoscopia e teste ergométrico, todas as regiões apresentaram-se insatisfatórias e em outros, como consulta especializada, densitometria e ecocardiografia, menos de 20% das regiões apresentaram-se satisfatórias.

Tabela 19. Número de procedimentos (n=9) cuja oferta é satisfatória ou insatisfatória (de acordo com os parâmetros da P.M.1101) segundo regiões. Bahia, 2012.

Regiões	Satisfatória	Insatisfatória
Alagoinhas	2	7
Barreiras	5	4
Brumado	0	9
Camaçari	3	6
Cruz das Almas	5	4
Feira de Santana	4	5
Guanambi	2	7
Ibotirama	2	7
Ilhéus	4	5
Irecê	3	6
Itaberaba	1	8
Itabuna	5	4
Itapetinga	0	9
Jacobina	3	6
Jequié	3	6
Juazeiro	3	6
Paulo Afonso	4	5
Porto Seguro	4	5
Ribeira do Pombal	0	9
Salvador	6	3
Santa Maria da Vitória	1	8
Santo Antônio de Jesus	3	6
Seabra	0	9
Senhor do Bonfim	1	8
Serrinha	1	8
Teixeira de Freitas	2	7
Valença	0	9
Vitória da Conquista	4	5

Fonte: elaboração própria.

Figura 10. Distribuição das regiões segundo atingimento de produção satisfatória ou não de procedimentos de colonoscopia e consultas especializadas Estado da Bahia, 2012.

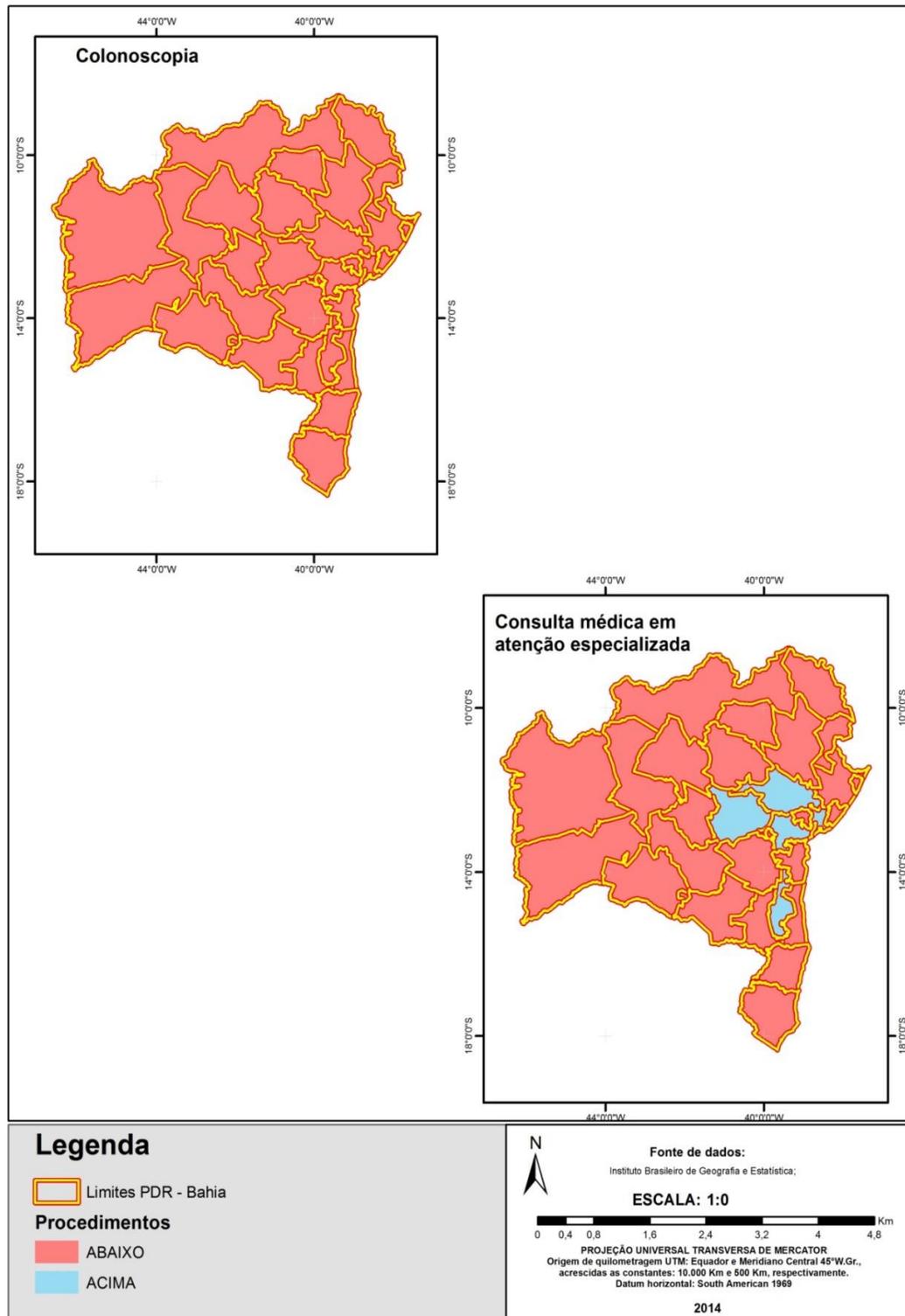


Figura 11 Distribuição das regiões segundo atingimento de produção satisfatória ou não de tomografia, diagnóstico em oftalmologia, por endoscopia e densitometria óssea no Estado da Bahia, 2012.

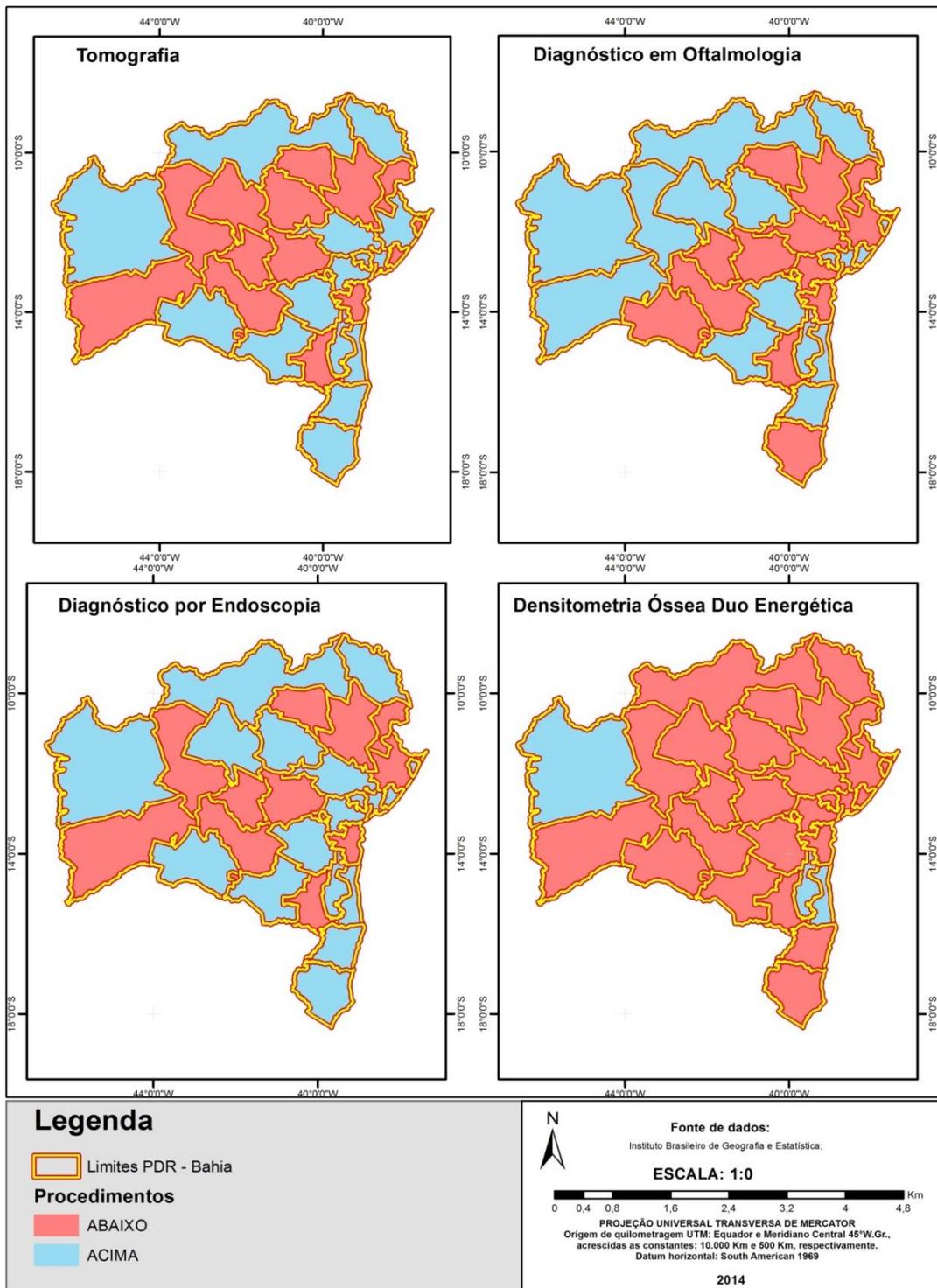
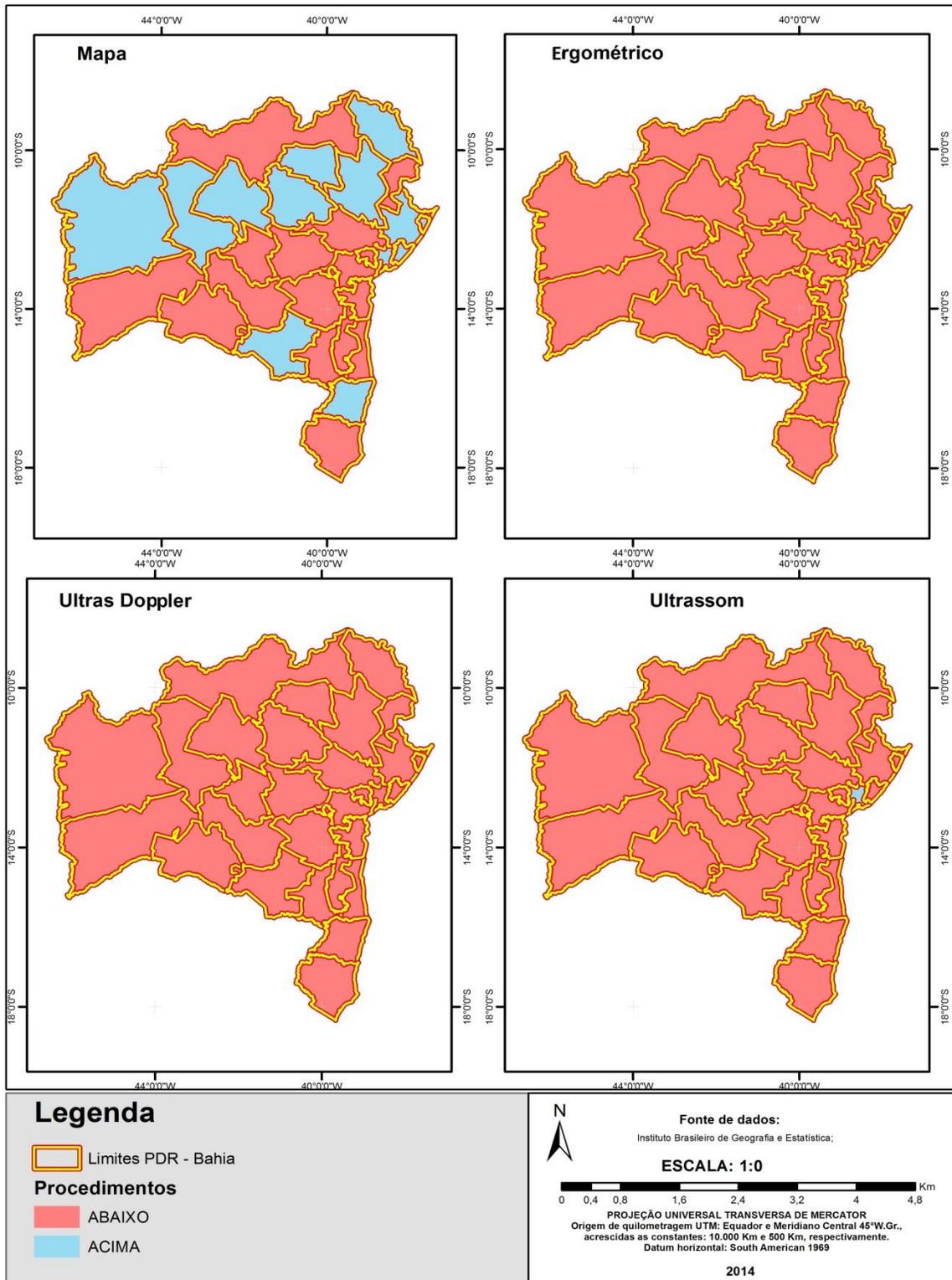


Figura 12 Distribuição das regiões segundo atingimento de produção satisfatória ou não de procedimentos de exames de diagnóstico de doenças cardiovasculares Estado da Bahia, 2012.



Considerando os 9 procedimentos, para os quais foram calculados os parâmetros, estabeleceu-se um score para classificar as regiões de acordo com a sua capacidade de oferta, ou seja, quanto mais procedimentos a região realizar, maior será a sua capacidade de oferta. A Tabela 20 descreve o score estabelecido para cada nível de oferta, a quantidade e o percentual de regiões que se enquadram em cada um desses níveis.

Tabela 20. Classificação das regiões por capacidade de oferta. Bahia -2012.

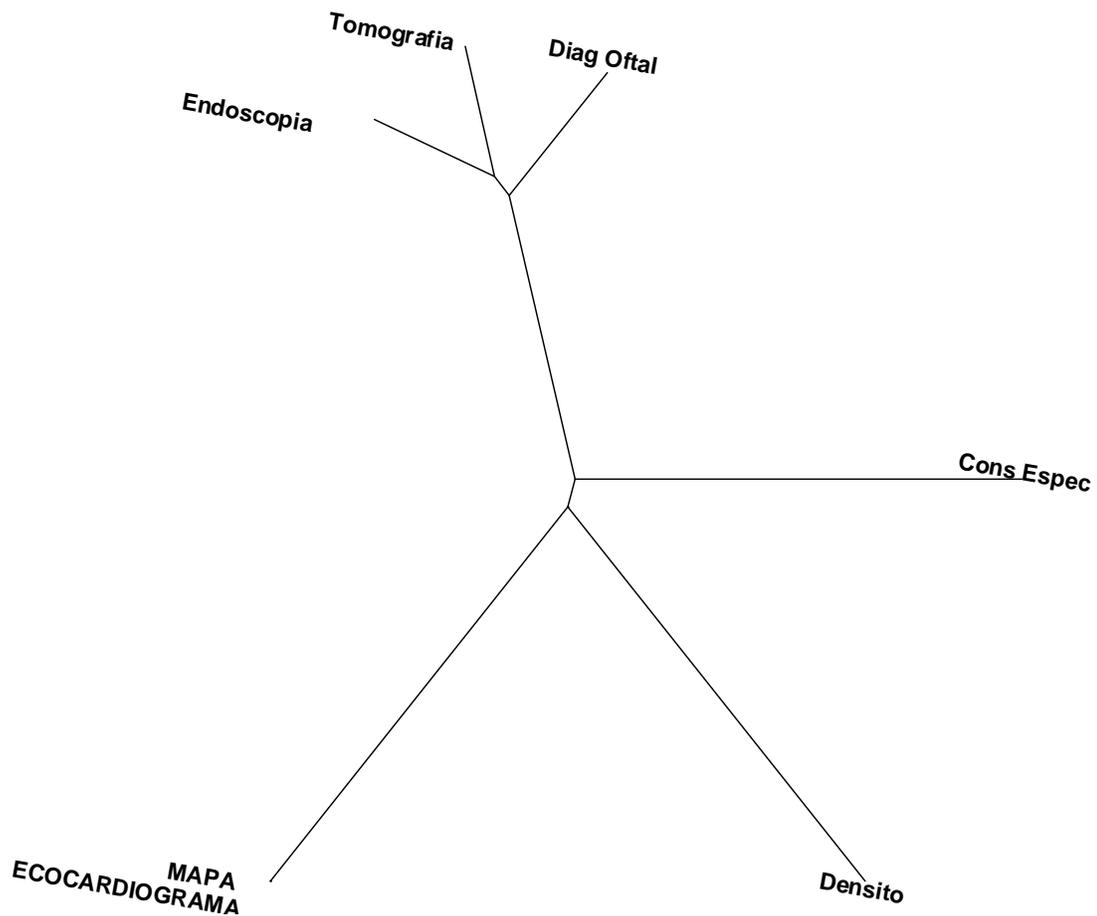
Nível	Score	Quantidade	%
Muito baixa	0 até 2,4	9	32,1
Baixa	2,5 até 5	15	53,6
Alta	5,1 até 7,5	4	14,3
Muito Alta	7,6 até 10	0	0
Total		28	100

Fonte: Elaboração própria.

Do total dos 9 procedimentos, o maior valor encontrado foi de até 7 procedimentos, e apenas 4 regiões estão nessa faixa, que são Barreiras, Cruz das Almas, Itabuna e Salvador. Considerando, ainda, que alguns desses procedimentos em que as regiões alcançaram os parâmetros foram calculados com base em uma oferta precária, a quantidade de procedimentos está bem abaixo das necessidades de atendimento da referência regional.

A Figura 14 mostra a análise de agrupamento de procedimentos identificando a correlação fenética e cofenética de 95,8% entre as variáveis de capacidade de oferta. Nesse caso os exames de endoscopia, tomografia e diagnóstico em oftalmologia estão mais próximos, por serem realizados em maior quantidade. No outro extremo os exames de ecocardiografia, consulta especializada, mapa e densitometria, com uma variação maior, forma novos subagrupamentos mais distantes, por serem ofertados em menor quantidade.

Figura 13 Agrupamento das variáveis de capacidade de oferta de procedimentos especializados em APS-A das Regiões de Saúde do Estado da Bahia -2012.



b) Análise de *clusters* de regiões de saúde segundo capacidade de oferta

Para condensar o conjunto das 13 variáveis de capacidade de oferta incluindo entre estas a variável população, por ter sido utilizada para o cálculo de valor per capita de cada procedimento, foram gerados 10 fatores, como combinações lineares das variáveis originais, que reproduziram de maneira fidedigna as correlações existentes no universo estudado. Teoricamente, o número de fatores corresponde ao número de variáveis selecionadas, mas, como o objetivo é reduzir o número de componentes básicos sem grande perda de informações, foram selecionados dez fatores (tabela 21) que explicaram mais de 90% da variação total.

Tabela 21. Extração de fatores para medir a capacidade de oferta utilizando o método: componentes principais – Regiões de Saúde- Bahia, 2012

Variável	Frequência Acumulada
População	0.5485
Colonoscopia	0.6653
Consulta Especializada	0.7641
Densitometria	0.8464
Diagnóstico em Oftalmologia	0.9078
Tomografia	0.9439
Endoscopia	0.9636
Biópsia de Mama	0.9765
Mamografia	0.9870
Mapa	0.9921
Teste Ergométrico	0.9967
Ultrassom com Doppler	0.9987
Ecocardiografia	1.0000

Fonte:elaboração própria

Através do método VARIMAX (SAS, 1999) foi realizado uma rotação nos eixos dos fatores para mostrar o coeficiente de correlação entre as variáveis e o fator. Na tabela 22, constam os 10 primeiros fatores que explicaram mais de 90% da variação total do fenômeno estudado e as variáveis que foram selecionadas em cada fator por conter a maior carga fatorial para explicar a capacidade de oferta em APS nas regiões de saúde do estado da Bahia.

Tabela 22. Fatores de variação da capacidade de oferta regional em atenção especializada para uma APS abrangente segundo rotação dos eixos dos fatores. Bahia, 2012.

Variáveis	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10
População	84 *	11	10	30	2	23	14	26	-1	20
Colonoscopia	23	14	95 *	-1	8	12	0	6	-3	-4
Consulta Especializada	16	8	3	97 *	0	13	-2	5	2	1
Densitometria	4	96 *	22	4	-1	12	4	-1	-7	0
Diagnóstico em Oftalmologia	39	70 *	3	12	16	20	26	4	45	0
Tomografia	36	33	25	21	10	80 *	-3	8	5	1
Endoscopia	50	41	63 *	22	16	19	6	-10	14	17
Biópsia de Mama	63 *	-2	13	36	4	40	16	51	3	-1
Mamografia	22	4	10	0	97 *	6	4	1	3	0
Mapa	55	16	1	-3	5	-2	81 *	5	5	1
Teste Ergométrico	88 *	14	11	4	15	9	34	-6	4	-10
Ultrassom com Doppler	86 *	13	35	7	23	12	12	8	9	2
Ecocardiografia	86 *	13	31	12	21	21	14	-3	7	-4

Fonte: elaboração própria.

Após a seleção de variáveis desenvolvida pela análise fatorial, foi utilizada a técnica de “Cluster”, com o intuito de agrupar as regiões em conjuntos homogêneos, chegando-se a formação de 5 *clusters* (tabela 23), conforme descrição a seguir.

Tabela 23. Regiões por cluster segundo capacidade de oferta em atenção especializada para uma APS-A- Bahia, 2012.

<i>Cluster</i>	Nº de Regiões	Municípios sedes de Regiões
1	4	Ilhéus, Porto Seguro, Guanambi e Juazeiro.
2	2	Paulo Afonso e Camaçari.
3	2	Barreiras e Itabuna.
4	19	Seabra, Ibotirama, Itapetinga, Itaberaba, Cruz das Almas, Senhor do Bonfim, Santa Maria da Vitória, Ribeira do Pombal, Valença, Jacobina, Irecê, Brumado T. de Freitas, Santo Antônio de Jesus, Jequié, Alagoinhas, Serrinha, Vitória da Conquista e Feira de Santana.
5	1	Salvador

Fonte: elaboração própria.

No agrupamento das regiões 68% destas, formaram um único cluster, devido as semelhanças no quantitativo de procedimento ofertados.

Análise da capacidade de oferta dos *clusters* de regiões segundo tipo de serviço

A análise dos *clusters* demonstra que se concentra no Cluster 4 um maior número de regiões e que os *clusters* são diferentes entre si. Todavia, para explicar quais variáveis são responsáveis por essas diferenças, realizou-se a análise de variância em que, das 12 variáveis (exceto população), sete foram significativas ao nível de 5%.

As variáveis colonoscopia, endoscopia, biópsia de mama, ultrassonografia com doppler e teste ergométrico não se apresentaram significativas, por isso não foram incluídas na análise para classificação dos *clusters*. As variáveis densitometria, diagnóstico em oftalmologia, ecocardiografia, mamografia e mapa mostraram-se altamente significativas; a consulta especializada e a tomografia foram significativas para diferenciar os *clusters*.

Classificação dos *clusters* de regiões segundo níveis de capacidade de oferta

A tabela 24 mostra as diferenças entre os agrupamentos de municípios de cada *cluster*, através do teste F e do teste DUNCAN, no qual a indicação de letras iguais demonstra que a

diferença não é significativa, e as letras diferentes indicam diferenças entre os *clusters*. Pode ocorrer diferenças significativas entre as médias, entretanto essa diferença pode não ser detectada pelo teste DUNCAN, e sim pelo teste F.

Tabela 24. Ranqueamento da capacidade de oferta de procedimentos de Atenção especializada para uma APS-A entre clusters. BAHIA-2012.

Variável	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	SIGN
Colonoscopia	BA 0,0013 2°	BC 0,0002 4°	BAC 0,0004 3°	C 0,0001 5°	A 0,0013 1°	0,034
Consulta especializada	A 0,293 4°	A 0,232 5°	A 0,456 2°	A 0,356 3°	A 0,839 1°	0,05
Densitometria	B 0,0022 3°	C 0,0008 4°	A 0,0054 1°	C 0,0002 5°	B 0,0024 2°	<0,0001
Diagnóstico em oftalmologia	B 0,065 3°	B 0,062 4°	A 0,145 2°	B 0,033 5°	A 0,200 1°	<0,0001
Tomografia	B 0,0053 3°	B 0,0040 4°	B 0,0086 2°	B 0,0037 5°	A 0,018 1°	0,02
Endoscopia	B 0,0092 2°	CB 0,0061 4°	B 0,0083 3°	C 0,0021 5°	A 0,0198 1°	<0,0001
Mamografia	B 0,0005 4°	A 0,0053 1°	B 0,0006 3°	B 0,0005 5°	AB 0,0039 2°	0,0083
Mapa	B 0,0001 5°	B 0,0005 3°	B 0,0007 2°	B 0,0002 4°	A 0,0024 1°	0,0019
Teste Ergométrico	C 0,0004 4°	B 0,0022 2°	C 0,0008 3°	C 0,0002 5°	A 0,0024 1°	<0,0001
Ultrassonografia de vasos com Doppler	B 0,0008 3°	B 0,009 2°	B 0,0002 4°	B 0,0001 5°	A 0,0053 1°	<0,0001
Ecocardiograma	B 0,0026 3°	B 0,0034 2°	B 0,0017 3°	B 0,0009 4°	A 0,0161 1°	<0,001

Fonte: elaboração própria

No Cluster 1, estão as regiões com população entre 300 e 500 mil habitantes. Ao analisar a capacidade de oferta das variáveis selecionadas estas ocuparam o quarto lugar em consulta especializada e mamografia, e em terceiro em diagnóstico em oftalmologia, tomografia e ecocardiograma. Quanto aos exames de colonoscopia, consulta especializada, densitometria, diagnóstico em oftalmologia, tomografia e endoscopia todas as regiões do *cluster 1* fazem, embora abaixo da média do estado. Chama a atenção que a biópsia de mama só a região de Porto Seguro faz,

e a mamografia todas as regiões fazem em quantidades muito baixas, demonstrando a dificuldade em realizar diagnóstico precoce do câncer de mama nessas regiões. Os exames de diagnóstico das doenças cardiovasculares, principalmente o mapa e o teste ergométrico, uma região, das quatro do cluster, não faz, e nas que fazem a quantidade é muito baixa. Visto que, esses exames são importantes para o diagnóstico e controle das doenças cardiovasculares, esse fato é um indicador de má qualidade no controle dessas doenças.

No *cluster 2*, com duas regiões e população entre 240 e 550 mil habitantes, a biópsia de mama não é realizada, e o exame de colonoscopia não é realizado na região de Camaçari, que faz parte do grupo; quanto aos demais exames, as duas regiões têm valores das médias próximas as dos demais *clusters*.

No *cluster 3*, com duas regiões e população entre 420 e 490 mil habitantes, a região de Barreiras não realiza colonoscopia, e a de Itabuna não faz mapa, as duas não fazem biópsia de mama, contudo, se comparada as outras regiões, essas duas realizam maiores quantidades de exames.

No *cluster 4*, estão os municípios com população entre 170 mil e 1.090.000. Nesse agrupamento, nenhuma região faz colonoscopia, e as consultas especializadas apenas três regiões fazem mais que a média do estado. A região de Feira de Santana é a única com mais de um milhão de habitantes, e o único procedimento de maior média é a consulta especializada com uma média de 1,2 consultas por habitante/ano; nos demais procedimentos, assemelha-se as outras regiões do grupo, apesar de estar localizada geograficamente próxima à capital e ser a segunda maior região do estado. A densitometria só é realizada em 8 das 19 regiões; nos demais a quantidade realizada é muito baixa. Biópsia de mama somente é feita em 2 regiões; tomografia, 9 não fazem; e mamografia, 6 não fazem. Os exames para diagnóstico de doenças cardiovasculares não são realizados em quase 50% das regiões desse agrupamento. De um modo geral, neste grupo se concentram os municípios com baixa capacidade de oferta para realizar os exames de maior complexidade na referência regional.

O *cluster 5* está representado pela região que tem como sede o município de Salvador. Com a maior população regional, é a capital do Estado e é neste município onde se encontram as maiores médias de todos os procedimentos analisados.

Para analisar a capacidade de oferta das regiões assistenciais, comparou-se a média de procedimentos per capita ano de cada um dos agrupamentos de regiões. A partir da classificação das médias de cada variável por *cluster*, identificou-se em qual posição de 1 a 5 cada variável aparecia

em maior número de vezes. Por meio da média ponderada foi possível identificar em qual posição apareciam com maior proporção as maiores médias de cada variável por cluster. Sendo assim, quanto mais próximo de 1, maior a capacidade e quanto mais próximo de 5, menor a capacidade para ofertar os procedimentos/exames.

Tabela 25. Distribuição Percentual das posições das variáveis em cada cluster. BAHIA 2012

Posição	C1	C2	C3	C4	C5
	Freq.	Freq.	Freq.	Freq.	Freq.
1		1	1		9
2	2	3	4		2
3	5	1	5	1	
4	3	5	1	2	
5	1	1		8	
TOTAL	11	11	11	11	11
Média Ponderada	3,27	3,18	2,55	4,64	1,18

Fonte: elaboração própria

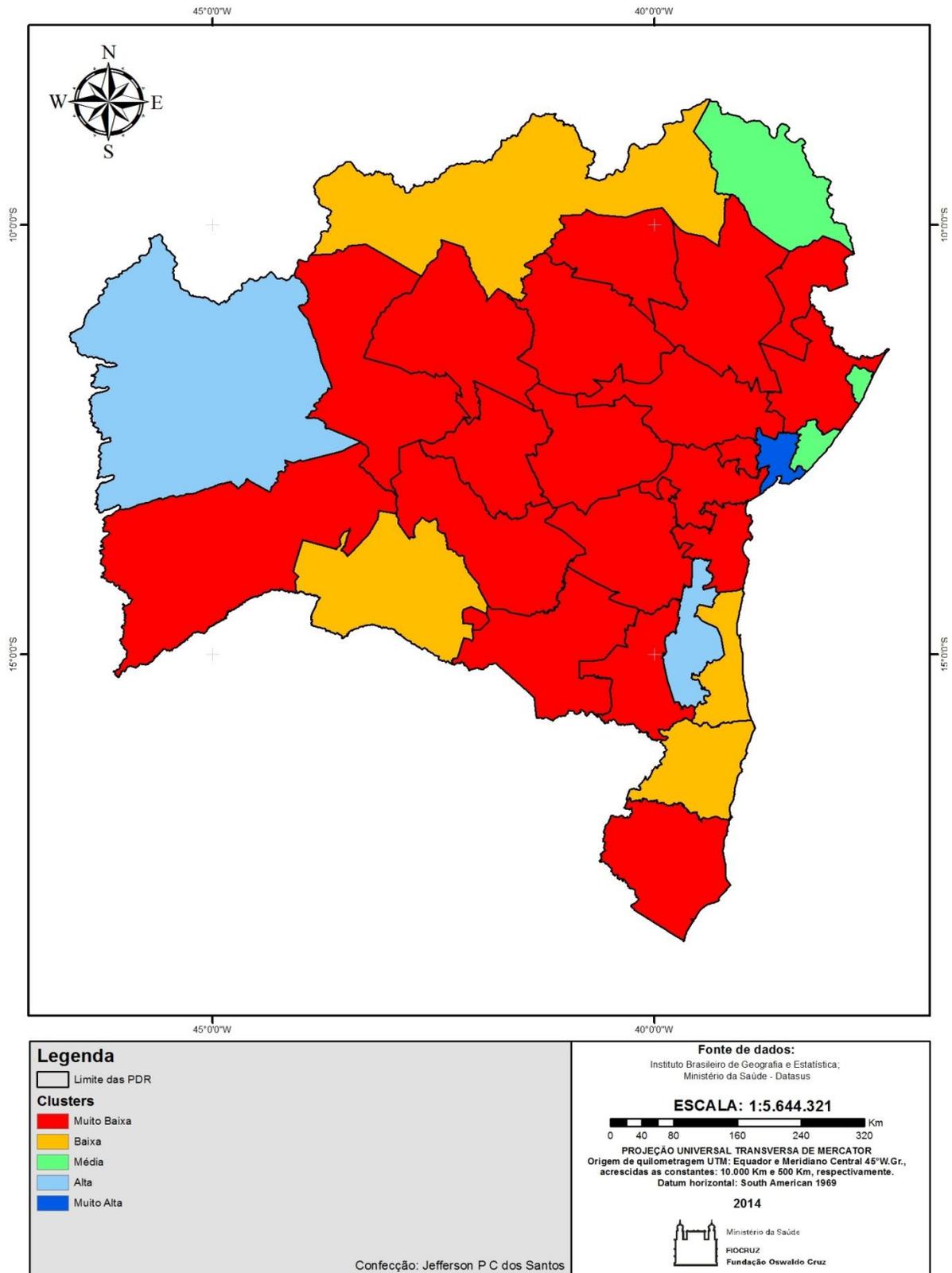
Todas as análises estatísticas demonstram que existem diferenças entre os *clusters*. Logo, a fim de demonstrar esse grau de diferença, classificaram-se os *clusters* que têm maior e menor capacidade de oferta em 5 categorias: muito alta, alta, média, baixa e muita baixa. Os *clusters* que têm maiores proporções de procedimentos na melhor posição são melhores e, em sentido inverso, os que possuem maiores proporções de variáveis nas últimas posições apresentam baixa capacidade de oferta. Ao utilizar a média ponderada das posições dos 11 procedimentos o ordenamento dos *clusters* pela posição média é obtido, considerando a proximidade de 1 como o melhor valor, pela sequência: C5-C3-C2-C1-C4. Assim de acordo com a média ponderada, os *clusters* foram classificados conforme descrição na Tabela 26.

Tabela 26. Classificação dos clusters segundo capacidade de oferta.

Cluster	Nº de Regiões	Cobertura Populacional	Regiões	Capacidade de Oferta
1	4	159.5188	Ilhéus, Porto Seguro, Guanambi e Juazeiro	Baixa
2	2	785.747	Paulo Afonso e Camaçari	Média
3	2	902.966	Barreiras e Itabuna	Alta
4	19	7.701.341	Seabra, Ibotirama, Itapetinga, Itaberaba, Cruz das Almas, Senhor do Bonfim, Santa Maria da Vitória, Ribeira do Pombal, Valença, Jacobina, Irecê, Brumado T. de Freitas, Santo Antônio de Jesus, Jequié, Alagoinhas, Serrinha, Vitória da Conquista e Feira de Santana,	Muito Baixa
5	1	3.190.099	Salvador	Muito Alta
	28	14.175.341		

Fonte: elaboração própria.

Figura 14 Distribuição das regiões por cluster e nível de capacidade de oferta. Bahia 2012.



Foi possível observar que 68% das regiões apresentaram muito baixa capacidade de oferta em atenção especializada, o que é um fator impeditivo para garantir a integralidade da atenção e consequentemente uma APS-A no estado da Bahia.

Os principais achados deste estudo apontam que a concepção de APS desenvolvida no estado da Bahia apresenta um enfoque de APS seletiva se aproximando da concepção de cuidados primários desenvolvidos na Europa. Esse tipo de cuidados contínuos mais comuns, desenvolvidos de forma universal deve-se ao fato do estado estar ampliando a sua cobertura da estratégia de saúde da família, que atende a 60% da população do estado e assumindo a APS como porta de entrada do sistema de saúde. Contudo os dados apontam que esse primeiro nível de contato não oferta serviços o mais próximo de onde as pessoas vivem e trabalham e não se constitui em um processo contínuo de atenção em saúde. Por outro lado a APS desenvolvida não se constitui parte do desenvolvimento social, à medida que, os municípios de maior vulnerabilidade sócio econômica são também os que têm baixa capacidade de ofertar serviços essenciais à manutenção da vida.

Na análise do cumprimento dos parâmetros da Portaria de nº 1101/2002 os municípios que realizaram produção satisfatória, dos procedimentos estudados nesta tese (Tabela 5), destaca-se que apenas quatro procedimentos são realizados satisfatoriamente em mais de 50% dos municípios baianos: dentística; consulta de enfermagem; exames de laboratório e pequenas cirurgias.

Observou-se que existem procedimentos como radiografia periapical, 1ª consulta odontológica, exame citopatológico, colposcopia e consulta médica na atenção básica que estão bem distantes de alcançar os parâmetros da 1101/2002, conforme descrito na Figura 6.

Na análise de procedimentos por clusters, observou-se uma maior frequência para os procedimentos consulta médica em atenção básica, consulta de enfermagem e consulta de outros profissionais de nível superior, nos municípios de menor número populacional (clusters 6 e 9); as variáveis relacionadas aos procedimentos odontológicos (primeira consulta, dentística e radiografia periapical) são baixos em todos os clusters; os ligados a saúde da mulher (coleta de citopatológico uterino, colposcopia e citopatológicos) de uma forma geral são baixos entre os clusters; nos de apoio diagnóstico, a ultrassonografia e o laboratório clínico apresentam as melhores médias no cluster 8 (município de Camaçari), radiologia e eletrocardiograma no cluster 10 (município de Salvador) e ultrassonografia obstétrica no cluster 7 (Vitória da Conquista); na reabilitação (fisioterapia) a maior média ficou no cluster 5 (composto por municípios entre 180 e 205 mil habitantes); e pequenas cirurgias no cluster 2 (municípios entre 45 e 79 mil habitantes). Ressalta-se também, que as menores

médias estão nos procedimentos de colposcopia, consulta oftalmológica, ultrassonografia obstétrica e radiografia periapical, e as melhores médias em laboratório clínico.

Considerando a situação sócio econômica dos municípios agrupados por cluster o quadro a seguir apresenta uma síntese sobre as desigualdades na oferta de serviços e como as condições socioeconômicas desses municípios estão associadas a sua capacidade de oferta em APS-A.

Tabela 27- Situação dos municípios por capacidade de oferta e indicadores socioeconômicos.

Grau de Capacidade de oferta	Nº de municípios	Situação sócio econômica
Muito baixa	367	Grupo de municípios de menor tamanho populacional, entre 3.215 e 45 mil habitantes. A capacidade de oferta em APS-A está associada a sua capacidade socioeconômica, pois apresenta os menores IDH, menor PIB per capita e menor grau de suficiência de recursos. Demonstrando um grupo de municípios com maior vulnerabilidade social em que a população necessita de um maior aporte de recursos para reduzir as iniquidades sociais e de saúde.
Baixa	6	Grupo de municípios que está classificado como de baixa capacidade de oferta e baixo grau de suficiência de recursos, e o PIB e o IDH são mais altos. Vale ressaltar que nesse grupo estão municípios com população entre 140 a 170 mil habitantes.
Média	37	Neste grupo a média populacional é de 45 a 122 mil habitantes, a capacidade de oferta é média, contudo os indicadores socioeconômicos são baixos, exceto o PIB nos municípios de: Candeias, Eunapólis, Pilão Arcado, Santo Antônio de Jesus, Simões Filho e Valença, nesses municípios existem maior desenvolvimento econômico associado a extração de Petróleo, royalties de energia elétrica, polo comercial e turismo.
Alta	3	Neste grupo, estão os municípios de Feira de Santana, onde existe uma associação entre capacidade de oferta e as variáveis socioeconômicas, todas classificadas como alta. O município de Vitória da Conquista tem alta capacidade de oferta e os indicadores socioeconômicos não são bons, já o município de Camaçari tem alta capacidade de oferta e está no quartil com os maiores valores do PIB per capita, do IDH e do grau de suficiência de recursos. Existe uma contradição neste grupo ao mostrar que em alguns municípios a capacidade de oferta em APS-A não está associada aos indicadores socioeconômicos.
Muito Alta	4	Neste grupo, está Salvador, capital do estado, e onde há uma associação entre capacidade de oferta e os indicadores socioeconômicos. Contudo, nos municípios de Ilhéus, Itabuna e Juazeiro, com muito alta capacidade de oferta em APS, os indicadores socioeconômicos ocupam uma posição média e baixa.
Total	417	

Fonte: elaboração própria.

Em relação às regiões de saúde, um grupo de 19 regiões foi classificado como de muita baixa capacidade de oferta em APS-A. O município de Salvador apresentou a melhor situação na oferta regional e municipal, porém vale salientar que a falta de oferta em várias regiões faz com que a população migre para a capital, o que a torna deficiente para atender á sua população de referência.

Analisando o quantitativo de procedimentos ofertados observa-se que a oferta mais baixa é de colonoscopia e teste ergométrico e a mais alta é de consultas especializadas, sendo que dessas consultas não foi possível saber se são ofertadas todas as especialidades. A região com melhor capacidade de oferta esta no cluster 5 composto pela região com sede no município de Salvador e a pior capacidade está no cluster 4 com 19 regiões e uma população total de 7.701.341 milhões de habitantes ou seja 54% da população do estado.

Ao analisar quais regiões conseguiram atender aos parâmetros da portaria 1101/2002, identificou-se que apenas quatro delas -Salvador, Barreiras, Cruz das Almas e Itabuna- conseguiram ofertar entre 60% e 70% dos nove procedimentos.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O Decreto 7.508 / 2011 que regulamenta a lei 8080/90 apresenta o termo Atenção Primária e a descreve como nível de atenção ordenadora do cuidado em saúde e como porta de entrada prioritária do sistema de saúde, sendo que esse nível de atenção deve ser ofertado em todos os municípios brasileiros. A Portaria Ministerial 2488/2011 define as ações de Atenção Básica como sinônimo de Atenção Primária e detalha um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e doenças e de reabilitação, já descritos no capítulo 3 desta tese, como correspondente a uma APS-A. Todavia, quando comparadas essas diretrizes com os resultados encontrados na oferta de serviços no estado da Bahia, no ano de 2012, identificou-se que essa APS abrangente ainda se encontra em fase de construção.

Dentre os procedimentos classificados na tabela SUS como de Atenção Básica, os resultados apresentados demonstraram que a oferta *per capita* de consultas médicas, de outros profissionais de nível superior e os procedimentos de atenção à saúde da mulher, além de apresentarem diferenças no quantitativo ofertado, são pouco ofertados em mais de 50% dos municípios - que têm baixa e muito baixa capacidade de oferta. Considerando ainda que os parâmetros da Portaria 1101 se baseiam em oferta, e não em necessidade, esses dados apontam uma deficiência nas ações mínimas estabelecidas.

A consulta médica em atenção básica, consulta de enfermagem e consulta de outros profissionais de nível superior são realizadas em maior proporção no grupo de municípios de pequeno porte populacional, sendo estes os que cumpriram os parâmetros desse tipo de oferta. Esse fato pode estar associado às maiores coberturas do PSF nos pequenos municípios, situadas acima de 70%, diferentemente dos municípios maiores, que não cumpriram o parâmetro e a cobertura do PSF chega, no máximo, a 50%.

No que concerne à atenção à mulher, meta prioritária do Pacto pela Vida, mais de 50% dos municípios não atingiram os parâmetros da coleta de material para o exame citopatológico. Vale mencionar que todas as enfermeiras do PSF recebem treinamento específico para realizar tais procedimentos e ainda assim a oferta é baixa. Para o exame de colposcopia, que requer apenas o médico ginecologista e um aparelho de baixa densidade tecnológica, só 4% dos municípios atingiram o parâmetro e esses são os de maior porte populacional. Isto sugere a ausência de tais

profissionais e/ou equipamentos nos municípios de menor porte populacional. Esse fato retrata a realidade brasileira de deficiência de médicos que é de 1,8 por mil habitantes e em algumas regiões existem apenas 0,79 médicos por mil habitantes (IBGE, 2009). Esse índice é menor do que em outros países, como a Argentina (3,2), Portugal e Espanha, ambos com 4 por mil. Por outro lado a distribuição desigual de médicos nas diversas regiões onde 22 estados estão abaixo da média nacional (BRASIL, 2014b) é um fator que impede a qualificação da APS.

A atenção odontológica apresentou também uma situação insatisfatória. Embora na realização de procedimentos de dentística 75% dos municípios tenham alcançado o parâmetro, esta afirmação deve ser relativizada, uma vez que os parâmetros estabelecidos na Portaria 1101/2002 se basearam na oferta existente naquele ano e essa oferta era muito baixa. Nesse período, não tinha sido implantado o Programa Brasil Sorridente, que só iniciou em 2003 como uma resposta aos péssimos indicadores de dentes cariados, obturados e perdidos. Assim, os resultados apresentados a esse respeito são preocupantes do ponto de vista da capacidade de oferta de prestar serviços odontológicos no estado da Bahia. Por outro lado, a cobertura populacional de equipes de saúde bucal no estado é de apenas 47%.

Considerando que a Atenção Básica deve ser realizada em todos os municípios, segundo diretrizes estabelecidas no decreto 7508/2011, a implantação da estratégia de saúde da família que tem uma cobertura média de 60% no estado e de 70% nos municípios de pequeno porte não foi suficiente para ampliar a oferta de serviços nos municípios. A realização de mais procedimentos classificados na tabela SUS como de atenção básica nos municípios menores do que nos maiores retrata a baixa capacidade desses municípios de desenvolver serviços de maior complexidade.

Por outro lado deve se considerar que os serviços privados impulsionam a oferta de serviços públicos considerados como de média complexidade na Tabela SUS, pois a disponibilidade permite a compra do serviço pelo setor público. O setor privado só investe aonde tem mercado e a cobertura de planos privados é um indicador de investimento por este setor. Nos municípios menores a baixa cobertura de planos privados é um fator impeditivo de ampliação da oferta pelo setor privado. A média de pessoas cobertas com plano de saúde em dezembro de 2013 (BRASIL.ANS, 2013) no estado da Bahia era de 10,9%, entretanto na distribuição entre os municípios essas médias se diferenciam, com um valor 28,1 na capital e apenas 6,9 no interior, sendo que em alguns municípios a cobertura é igual a zero.

Dados da pesquisa de AMS 2009 (IBGE, 2010) mostraram que os serviços públicos se diferenciam dos estabelecimentos privados por apresentarem como característica predominante o atendimento geral, sem uma definição de especialidades. Assim nos pequenos municípios o atendimento ambulatorial se dá essencialmente nas especialidades consideradas como de AB na tabela SUS.

Esta pesquisa adotou uma lista de procedimentos que devem estar presentes em todos os municípios para garantir uma APS-A, independente da forma de classificação desses procedimentos na Tabela SUS. Contudo, na organização da PPI e nos relatórios do DATASUS, parte desses procedimentos são classificados como de AB e outros como de média complexidade, o que nos faz apresentar análises com essas características. Os resultados apresentados neste estudo demonstraram que a situação dos municípios menores se inverte, quando se trata dos procedimentos de média complexidade que são ofertados em maior proporção nos municípios de maior porte populacional.

Estão nesse grupo de procedimentos os exames de: ultrassonografia, ultrassonografia obstétrica, laboratório clínico, eletrocardiograma, fisioterapia e radiologia, que são essenciais para garantir a integralidade da atenção à saúde. Considerando que as metas do Pacto pela Vida exigem que sejam realizados diagnósticos precoces de doenças e agravos e o acompanhamento de grupos prioritários, como gestantes, crianças, adultos e idosos, os resultados encontrados sugerem que a Atenção Básica desenvolvida nesses municípios (que não têm essa capacidade diagnóstica) se aproxima do que é caracterizado por alguns autores como uma APS seletiva.

A concepção de sistema hierarquizado, organizado por níveis de atenção como apresentado na estruturação da oferta de procedimentos na PPI, fundamenta-se em um conceito descrito por alguns autores como de complexidade equivocada, ao estabelecer que a Atenção Primária à saúde seja menos complexa que a atenção nos níveis secundários, terciários e quaternários (SOLLA; CHIORO, 2008). Prestar serviços de qualidade na Atenção Primária à saúde, tem como finalidade promover a saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais o que envolve um amplo conjunto de conhecimentos interdisciplinares. O enfoque que ainda é dado à realização de procedimentos de maior densidade tecnológica em hospitais acaba por reduzir o espaço de atuação das unidades de saúde para garantir a integralidade da atenção.

Segundo Vianna (2005), a universalidade e a integralidade, na verdade, não são expressões autoaplicáveis, precisam ser traduzidas para a estruturação dos serviços. Os dados apresentados nessa TESE sobre a oferta de procedimentos de APS-A demonstra que nos municípios baianos,

aparece ainda uma estrutura organizativa da rede de Atenção Primária com baixa capacidade tecnológica para garantir a integralidade. Embora o processo de descentralização tenha se fortalecido, enquanto diretriz política, o espaço de cooperação entre os entes federados ainda é incipiente para garantir uma APS-A em todos os municípios.

As ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos e doenças estão previstas como prioridade nas diretrizes do SUS, no pacto pela saúde e na PNAB, o estatuto da criança e do adolescente prevê o acompanhamento da criança em idade escolar, contudo o único procedimento direcionado a esse grupo é a consulta oftalmológica do Projeto Olhar Brasil. Os dados demonstraram que apenas 30% dos municípios realizaram essa consulta. Esse programa tem uma lógica programática por adesão e os municípios têm que apresentar um projeto para o programa Saúde na Escola, o que exige capacidade técnica para sua elaboração. Essa lógica termina por beneficiar os municípios maiores com qualificação técnica para elaborar projetos e consequentemente impede a sua realização nos municípios menores.

Não podemos repetir os erros já descritos por diversos autores, insistindo em uma organização por programas verticais induzidos por recursos do Ministério da Saúde. Essa forma de organização das ações de saúde resultou na conformação de modelos de atenção centrado na doença e no atendimento individual em detrimento das práticas coletivas. A integralidade das práticas de saúde, só pode ser construída com estratégias que avancem no sentido de desconstrução desses modelos integrando as ações de acordo com as necessidades de saúde da população e a capacidade técnica dos municípios (MATTOS, [s.d]; CECILIO, 2001; PAIM, 2003).

A integralidade prevista no Art. 198 da CF prevê um atendimento em rede com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Contudo, alguns procedimentos aqui analisados têm como propósito fundamental prevenir doenças e agravos. Os exames de apoio diagnóstico, para doenças cardiovasculares como o eletrocardiograma, de baixa densidade tecnológica, 72% dos municípios não atingiram os parâmetros da Portaria 1101/2002. Os exames que devem estar disponíveis no nível regional apresentaram situação similar. Para o procedimento/exame MAPA 42,8% das regiões cumpriram os parâmetros, o ecocardiograma apenas 3,6% e o teste ergométrico nenhuma região ofertou o procedimento. Sendo as doenças cardiovasculares a primeira causa de óbitos no país e no estado da Bahia esse resultado reflete o quanto a oferta de serviços está distante das necessidades de saúde da população.

Quanto a alguns procedimentos mais simples que reduzem internações desnecessários como o de pequenas cirurgias, embora se observe que a oferta em 92,1% de municípios bahianos seja satisfatória de acordo com os parâmetros, a média estabelecida na Portaria 1101/2002 é muito baixa para se tirar conclusões de que a quantidade de municípios que se apresentou satisfatória esteja realmente atendendo às necessidades da população. Os parâmetros estabelecidos na referida Portaria se basearam em oferta disponível, e nos municípios do Nordeste e da Bahia existiam poucos serviços cadastrados no CNES até o período de elaboração da referida Portaria. Por outro lado, deve-se mencionar que pesquisa do PROESF (BRASIL, 2004) e dados da pesquisa AMS, 2005 (IBGE, 2005) apontaram que nos municípios de pequeno porte a estrutura física e os equipamentos disponíveis são precários.

A análise regional permitiu avaliar os exames de maior complexidade necessários a uma APS-A. Os resultados apontaram que apenas em exames de tomografia, endoscopia e consultas oftalmológicas 50% a 60% das regiões alcançaram os parâmetros; nos demais, esses percentuais foram cumpridos em um número bem menor de regiões. Chama a atenção o município de Barreiras que é sede de região e na análise municipal teve uma capacidade de oferta baixa e na análise regional apresentou uma alta capacidade de oferta para procedimentos de maior complexidade. Outro fato bastante preocupante é a concentração de serviços em algumas regiões, a capital do estado, Salvador detém a maior capacidade de oferta. A organização em regiões de saúde prevê a desconcentração e a descentralização de serviços para o interior do estado, no entanto não foi o achado nesses estudos.

A APS-A tem como propósito conceber modelos tecnoassistenciais em saúde a partir de uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde (Mendes, 2001); como um círculo, com múltiplas e qualificadas portas de entrada que possam privilegiar o acolhimento e a garantia de acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso, como propõe Cecílio (1997); ou ainda como linhas de produção de cuidado, estruturadas a partir de projetos terapêuticos (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

No entendimento organizacional de uma linha de cuidado em rede, o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde é o usuário, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004). Além da delimitação dos planos terapêuticos, deve-se atender aos anseios, necessidades psicossociais e terapêuticas dos usuários utilizando todas as tecnologias disponíveis, incluindo as relativas à

micropolítica do trabalho em saúde. A relação entre profissionais e usuários deve possibilitar a criação de espaços para encontros, escutas e trocas, favorecendo a criação de vínculos.

Embora a integralidade tenha no seu contexto um caráter político por se associar à garantia de um sistema universal e equitativo, o enfoque da integralidade tem sido discutido e implementado a partir da organização de linhas de cuidado que possam intervir na atenção à saúde da população (MADEIRA; DUARTE, 2006). A produção de cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular e devem ser capazes de garantir acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

A descentralização dos serviços a partir da estruturação de linhas de cuidado permite construir uma rede integrada de pontos de atenção que permita prestar assistência contínua à determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com custo certo, a qualidade certa e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Essas linhas de cuidados podem ser por áreas e grupos prioritários, como saúde materna e infantil, atenção às doenças cardiovasculares, oncologia, entre outras, por serem prioritárias pela sua importância epidemiológica nos indicadores de morbimortalidade. Essas redes, a depender da sua complexidade, buscam escalas econômicas de produção de serviços, tais como rede de oncologia, rede de neurocirurgia, rede cardiovascular e rede de ortopedia.

Todavia, linhas de produção de cuidado de forma mais integral devem permitir tomadas de decisão democráticas, descentralizadas e responsabilizadoras (MADEIRA; DUARTE, 2006) para intervir na organização das práticas de saúde. Em geral, os serviços de Atenção Primária à saúde devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc, tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros.

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos mesmos a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação a eles a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2001 apud CONASS,

2006). Contudo, fatores como distância geográfica e necessidade de intervenção rápida, a depender do perfil epidemiológico, precisam ser associadas a critérios econométricos na definição de escalas.

Os exames de mamografia e as biópsias de mama, por exemplo, devem ser pensadas nessa lógica de diagnóstico rápido para reduzir a incidência de câncer de mama que ocupa o 1º lugar em causa de óbito entre mulheres. Para o Brasil, em 2014, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2014a). Esses são ofertados apenas em duas regiões dificultando o acesso das mulheres a sua realização.

Os procedimentos definidos nesse estudo para serem ofertados em todas as regiões são essenciais para uma APS –A. Considerando o tamanho do estado da Bahia e a distância da capital esses serviços precisam ser reestruturados de modo a serem ofertados em todas as regiões do estado. A maioria das regiões não cumprem os parâmetros da Portaria Ministerial 1101/2002. Em alguns procedimentos, como colonoscopia e teste ergométrico, todas as regiões apresentaram oferta insatisfatória, e em outros procedimentos, como consulta especializada, densitometria e ecocardiografia, menos de 20% dos municípios mostraram-se satisfatórios. Apenas quatro delas - Salvador, Barreiras, Cruz das Almas e Itabuna- conseguiram ofertar entre 60% e 70% dos nove procedimentos.

A colonoscopia é um dos exames de diagnósticos do câncer de reto. A história natural dessa neoplasia propicia condições ideais à sua detecção precoce. A pesquisa de sangue oculto nas fezes e métodos endoscópicos são considerados meios de detecção precoce, pois são capazes de diagnosticar e remover pólipos adenomatosos colorretais (precursores do câncer de cólon e reto), bem como tumores em estágios bem iniciais. Estimam-se, para 2014, no Brasil, 15.070 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 17.530 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 15,44 casos novos a cada 100 mil homens e 17,24 a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2014a).

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (BRASIL, 2014a).

Sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma, estimam-se 395 mil casos novos de câncer, 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para sexo feminino. Em homens, os tipos mais incidentes serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; e, nas mulheres, os de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide. É incontestável que o câncer é hoje, no Brasil, um problema de saúde pública, cujo controle e prevenção deverão ser priorizados em todas as regiões, desde as mais desenvolvidas, social e economicamente até às mais desiguais (BRASIL, 2014a).

Analisando o número de equipamentos por habitantes no estado e associando com a capacidade de oferta, foram percebidos alguns pontos críticos: os aparelhos de mamografia disponíveis ao SUS no estado é de 1,5 mamógrafo por 100 mil habitantes, enquanto a média nacional é de 2,2, e para os de tomografia 1,0 na Bahia e 1,6 no Brasil. Além desse déficit, os dados aqui apresentados demonstraram que existem muitas diferenças entre as regiões, concentrando-se na capital a realização de um maior número desses procedimentos. Embora sua oferta seja satisfatória em apenas 6 procedimentos ou seja 66% do total, o que é pouco se considerarmos que a população das demais regiões também são atendidas na capital.

Os resultados deste estudo mostraram que apesar dos avanços na organização da atenção básica no Brasil, apontados por diversas pesquisas já citadas no capítulo 1 desta tese, a maioria dos municípios e regiões de saúde da Bahia apresentaram baixa capacidade para ofertar os procedimentos definidos como essenciais a uma APS-A.

A classificação dos agrupamentos de municípios e regiões fez uma análise do quantitativo de procedimentos *per capita*; contudo, ao classificar os municípios e as regiões como de alta e muito alta capacidade de oferta não estamos assumindo que esta oferta atende as necessidades da população e sim demonstrando as diferenças entre municípios e regiões. Fato este corroborado pela avaliação dos parâmetros da portaria 1101/2002, que demonstrou que em sua maioria os municípios e regiões não cumprem os parâmetros estabelecidos.

Considerando que a Portaria 1101/2002, na sua elaboração, baseou-se em critérios de oferta, e não de necessidades, é urgente o debate sobre novas estratégias que promovam a integralidade e a equidade no acesso à saúde e que se cumpra de fato o princípio estabelecido no decreto 7508/2011 de que o sistema brasileiro adote a Atenção Primária como ordenadora do cuidado em saúde.

Esta tese não teve a pretensão de avaliar a qualidade da Atenção Primária na Bahia, pois trabalhou a capacidade de oferta voltada para a disponibilidade de estrutura física e de equipamentos na área ambulatorial. É preciso avançar em estudos que avaliem os indicadores de saúde e sua associação com esses resultados para analisar até que ponto a baixa capacidade de oferta em APS-A interfere nos resultados positivos ou negativos da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 263-88, jan.1999.
- ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2007. p 783-836.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M. **Impact of the Family Health, Program on infant mortality in Brazilian municipalities**. American Journal of Public Health, 99(1): 87-93, 2009.
- BAHIA. Serviço Público. Resolução CIB N° 275/2012 Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. Bahia 15 de agosto de 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/bn8p07>> Acesso em: 2013.
- BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde (SESAB). **Manual da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde da Bahia 2009**: versão preliminar. Salvador, BA agosto de 2009.
- BANCO MUNDIAL. **Informe sobre o Desenvolvimento Mundial 1993**: Investindo em Saúde. Washington: Banco Mundial; 1993. 344p.
- BAPTISTA, T.W.F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M.S. Análise da produção Bibliográfica sobre Atenção Primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1007-1028, 2009.
- BASCH, P. **Textbook, of International Health**. Nova York: Oxford University Press, 1990.
- BRAGA NETO, F.C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S.. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lúgia et al (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.665-704.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.
- _____. Congresso Nacional. Da Saúde. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap. 2, seção 2.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/propesq/resolucao19696.htm>>. Acesso em 26 de abril. 2014.
- _____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, p.180055-18059, de set. 1990a.
- _____. Lei 8.142, 28 de dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do**

Brasil, 1990b. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm> Acesso em: jul.2013

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Caderno de informação da Saúde suplementar**. beneficiários, operadoras e planos: tabelas, gráficos e mapas. Junho 2013. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: mar.2014.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora MS, 2006a. Séries Pacto de Saúde 2006. v.1.p. 76.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Editora MS, 2006b. Séries Pacto de Saúde 2006. v.5.p. 146.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para implantação de complexos reguladores**. Brasília: Editora MS, 2006. Séries Pacto de Saúde 2006c. v.6.p. 48

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 4/CIT, de 19 de julho de 2012. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Seção 1, pag.54-64, de 20 de julho de 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.101, de 12 de junho de 2002**. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>>. Acesso em: 15 de fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1654, de 19 de julho de 2011**. Manual instrutivo do programa nacional para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica (PMAQ AB). Brasília, Ministério da Saúde. 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html> Acesso em jul.2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em jul.2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil: sínteses de resultados e comentários**. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. 124p. : il. col., mapas. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>> Acesso em: 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora MS, v.4, p. 60, 2006d. Séries Pacto de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica 001/96, NOB-SUS 001/96.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.224/GM, de 5 de dezembro de 2002**. Estabelece o Sistema de Classificação Hospitalar do SUS. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>>. Acesso em fev.2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, 17 abril 2008. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>. Acesso em 21 set.2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, n. 154, p. 109, 13 ago. 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT98/GM/PRT-3432.pdf>>. Acesso em: 15 de fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.2.807, de 20 de novembro de 2013. Insitutui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) [...]. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2807_20_11_2013.html>. Acesso em: março de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992**. Edita a Norma Operacional Básica do SUS, NOB-SUS 01/92.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 GM/MS**, de 20 de maio de 1993. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1993, NOB-SUS 01/93.

_____. Ministério da Saúde. **Regulamentos dos pactos pela Vida e de gestão**. Brasília: Editora MS, v.2. p. 143, 2006e. Séries Pacto de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Resoluçãoº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, NOB-SUS 1/91. Reeditada com alterações pela resolução do Inamps número 273, de 17 de julho de 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001**: regulamentação da Lei nº 8.080/90 .Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 16 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília: Editora MS, v.3.p. 40, 2006f. Séries Pacto de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Mais médicos**. 2014b. Disponível em; <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>>. Acesso em 28/08/2014.

BRITO-SILVA, K., BEZERRA, A.F.B., TANAKA, O.Y. **Direito à saúde e integralidade**: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.16, n.40, p.249-59, jan./mar. 20

BUSSAB, W.O.; MIAZAKI, E. S.; ANDRADE, D. F. **Introdução a Análise de agrupamentos**. IME USP São Paulo julho de 1990.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (In) Definição de integralidade. In. PINHEIRO,Roseni; MATOS, Ruben Araujo (organizadores) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 35-44

CAMPOS, C.E.A. As origens da rede de serviços de atenção básica: O Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro. v. 4, n3, jul-set,2007 p 877-906.

CAMPOS, F.E. et al. A Formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: GIOVANELLA. L, et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed rev e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.885-910.

CANESQUI, A.M.; OLIVEIRA, A.M.F. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, B. ; VIANA, A.L.D. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime, 2002, p241-270.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei8. 8080/90 e 8.142/90), 2. ed. Atual. São Paulo: Hucitec. 1995.

CARVALHO, Sergio Resende, CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza et al (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.837-868.

CASTRO, A.L.B; FAUSTO, M.C.R. A Política Brasileira de Atenção Primária. In. MACHADO, C.V.BAPTISTA T.W.F. LIMA, L.D. políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2012. p.173-196.

CECILIO, Luis Carlos Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.3, p.469-478, jul./set. 1997.

CECILIO, Luis Carlos Oliveira.; MERHY,Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO,R.; MATOS, R.A (Org) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 197-210

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Oficina sobre redes de atenção a saúde**: Guia do facilitador. Brasília: CONASS, 2006.

CONNIL, E.M; FAUSTO, M.C.R; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela Atenção Primária na América Latina. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant**, v. 10, Supl 1, p. 15-27, 2010.

CONNIL E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p.7-27, 2008.

CUETO, M. **The origins of primary health care and selective primary health care**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. Disponível em: <<http://www.globalhealthtrust.org/doc/Word%20Marcos%20Cueto.pdf>>. Acesso em: maio 2011.

CUNHA E.M. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária**: avaliando os modelos assistenciais do SUS. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ /ENSP, 2009.

DAWSON, B. E. (Lord). Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, **Publicacion Científica**, n. 93, 1964. Apud LAGO, E. R.; CRUZ, R.B. Atención, Primária de Salud y Medicina general integral. In SINTES, R.A. **Temas de medicina general integral**, v. I, Salud y medicina. Havana: Ciências Médicas, p 7-28. 2001.

DAWSON, B.E. (Lord). **Interim report on the future provisions of medical and allied services**: united kingdom ministry of health. consultative council on medical allied services. London: Her Majesty's Stationerys offices, 1920.

DONABEDIAN A. The definition of quality: a conceptual exploration. In:_____. The definition of quality and approaches to Its assessment Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 3-31. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring , v. 1).

ELIAS P.E, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**,v.11, n.3, p.633-641, 2006.

ESCOREL, S. et al. O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. Pan American. **Journal of Public Health**, v.21, n.(2/3), p. 614-176, 2007.

FACCHINI L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, p.669-681, 2008.

FACCHINI L.A, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**,v.11, n.3, 2006.

FAUSTO, M.C.R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da Atenção Primária na política de saúde brasileira. 2005. 261p Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.d'A.(Orgs.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FERREIRA JÚNIOR, S.; PORTO, S. M.; UGÁ, M. A. D. A Distribuição das Necessidades de Saúde e da Oferta na Atenção Primária no Estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para a identificação de prioridades de investimento. In: UGÁ, M.A.D.et al (Org.). **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual**: O caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2010. p 351-377.

FLEURY, S.M. Assistência Médica Previdenciária: evolução e crise de uma Política Social. In: FLEURY, S.M. et al.(Orgs.). **Saúde em Debate**. reimp. Rio de Janeiro: CEBES, 2008. p.87-102.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF**: contradição se novos desafios. Campinas, 1999. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos/17.pdf> acesso em: março de 2012.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 15(2): 345-353, abr-jun, 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acessado em: 18 nov. 2013.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-133.

GIL, C.R.R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1171-1181. jun. 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.3, p.783-794, 2009.

GIOVANELLA L. A Atenção Primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.5, p. 951-963. 2006.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n.65, p.278-89, 2003.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L, et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 1110 p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA. L, et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 Ed rev e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.493-545.

GOMES. F.P. **Curso de estatística experimental**. Universidade de São Paulo Piracicaba. São Paulo: USP, 1973. p.41.

GOMES, G. M. ; MACDOWELL, M. C. **Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios**: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Brasília: IPEA, 2000. (Texto para discussão; 706).

GOULART, F.A.A. **Saúde da Família**: boas práticas e círculos virtuosos. Uberlândia: EDUFU, 2007. 238p.

GRUBER, F. J. Prestacion de atencion medica primaria por equipos de personal de salud: principios basicos, estrategia y metodos. **Bol Of Sanit Pana**, v.90, n.4, p.304-310, 1981.

HAIR , Joseph F. et. al. **Multivariate Data Analysis**. 4th Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1995.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, ALMA-ATA. 6-12 September 1979, USSR. **Declaration of alma-ata**. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1>. Acesso em jan.2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária 2002. Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária 2005**. Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatística da saúde: assistência médico-sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 165p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em: fev.2014.

JULIANI, Carmen Maria Casquei Monti; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

KAPRIO, L. **Primary Health Care in Europe**. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization, 1979. Apud STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

KEPPEL, G. **Design and analysis**. New York: Prentice-Hall, 1973.

KHATTREE, R.; DAYANAND. N. N. **Multivariate data Reduction and Discrimination With SAS® Software**, Cary, NC: SAS Institute Inc., 2000.

LAGO, E. R.; CRUZ, R.B. Atención, Primária de Salud y Medicina general integral. In SINTES, R.A. **Temas de medicina general integral**, v. I, Salud y medicina. Havana: Ciências Médicas, p 7-28. 2001.

LEAVEL, H. CLARKE, E.G. Medicina Preventiva. São Paulo, McGraw – Hill, 1976.

LIMA, L.D., QUEIROZ, L. F.N. O Processo de Regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In. MACHADO, C.V.; BAPTISTAT, W.F.; LIMA, L.D. **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2012. p 229- 251.

LOBATO, L.V.C; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA L, et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.89-120.

LOBATO, L. V.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.107-140.

MACINKO, J. G. et al. La renovación de la atención primaria de salud em las Américas. **Rev Panam Salud Publica**, v.21, n.2/3, p.73–84, 2007. Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

MACINKO, J. G. et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the family health program (Project ICSAP-Brazil) **Medical Care**, v. 49, n. 6, p 577-584, June 2011.

MACINKO, J. G.; GUANAIS, F. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. **Journal of Ambulatory Care Management**, april/june, v.32, n.2. p.115–122, 2009.

MACINKO, J. G.; GUANAIS, F.; SOUZA, F. An evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.60, p.13-9, 2006.

MADEIRA, L. M.; DUARTE, E.D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A (Orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006.

MARSHALL, M. et al. A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. **Br J Gen Pract.**, v.52, n.481, p.641-5, Aug 2002.

MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.6, p.377-89, 2001.

MATTOS, R.A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: MATTOS, R.; PINHEIRO, R.(Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Disponível em <http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf>. Acessado em 15 nov 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, Minas Gerais, 2009. 848 p.

_____. As redes de Atenção à Saúde: Revisão Bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 75-118.

_____. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Ed. Hucitec, 3ª ed., 1995.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Apud CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Oficina sobre redes de atenção a saúde: Guia do facilitador**. Brasília: CONASS, 2006.

_____. **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

_____. **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186p.

_____. **Reflexões sobre a NOAS SUS 01/2002** (mimeo) 2002c

_____. **O cuidado das condições Crônicas na Atenção Primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, Emerson Elias. et al. Em busca do tempo perdido: uma micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MILLER P, Craig N. et al. Measuring progress towards a primary care-led NHS. **Br J Gen Pract**, v.49, n.444, p.541–545,1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NETO, Gonzalo. Vecina. MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. In: **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO. Vol. 12, n. 4. Julho/Agosto 2007. ISSN 1413-8123.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan–Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, © 2007. ISBN 92 75 72698 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan–Americana da Saúde. **OPAS - Redes integradas de servicios de salud:** conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C: OPAS, 2010. (Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas; n° 4).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados de saúde primários:** agora mais que nunca. Relatório mundial de saúde 2008. Geneva: OMS; 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567- 586.

_____. **Modelos assistenciais:** reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Disponível em <http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_a_nexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf> Acessado em 16 nov. 2013.

_____. Modelos de Saúde e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia ;ALMEIDA FILHO, Naomar **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.cap.19, p.567-586.

_____. Modelos de Atenção á Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA. L, et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 Ed rev e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p459-492.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Programação Pactuada e Integrada – PPI**. Recife, 2005.

PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antonio, MATTOS, Ruben Araujo. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS- IMS-UERJ- CEPESQ, 2006. 112p.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade**. Disponível em <http://www.lappis.org.br/media/artigo_madel_roseni.pdf>. Acessado em 11 nov.2013.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Gestão em redes: prática de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484.p.

PINHO LB, KANTORSKI LP, SAEKI T, et al. **A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área**. Rev Eletr Enferm 2007; 9(3):835–846.

PROGRAMA de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO ADESS). -. Relatório 2012. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/Relatorio_Proadess_08-10-2012.pdf>. Acesso em: jul.2013.

RIBEIRO, P. T. **A descentralização da ação governamental em saúde no Brasil: revisitando os anos 90**. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2007. 253p.

RICO, A.; SALTMAN, R.B.; BOERMA, W.G.W. Organizational restructuring in european health systems: the role of primary care. **Social Policy & Administration**, v.37, n.6, p.592-608, 2003.

ROCHA, R.; SOARES, R.R. **Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil’s family health program**. [s.n.: s.l, s.d]. IZA Discussion Paper Series 2009; DP nº 4.119.

ROEMER, M. I. **National strategies for health care organizations: a world overview**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985. p 323.

SANTOS, José Sebastião et al. **Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e humanização**. Disponível em <http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf>. Acessado em 10 nov. 2013.

SANTOS, Lenir. **Fundação estatal: a gestão pública renovada**. Disponível em <<http://www.fundacaoestatal.com.br/020.pdf>>. Acessado em 16 nov. 2013.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luis Odorico Monteiro. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. 165p.

SAS INSTITUTE INC. **SAS/STAT: user’s guide, version 8, Cary**. NC:SAS Institute INC., 1999.3884pp.

SAS INSTITUTE INC. **SAS/STAT**: user's guide, version 8, Cary, NC:SAS Institute INC., 1999. Volume Pp 1121-1192, 1196-1243. (VARIMAX) .

SAS INSTITUTE INC. **SAS/STAT**: User's Guide, version 8, Cary, NC:SAS Institute INC., 1999. Pp v.2, pp 1467 -1631 (GLM).

SHORTELL, S. M. *et al.* **Remaking health care in America**: building organized delivery systems. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia et al (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 627-663.

SOUZA, R. R. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 411-32.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STUCKLER, D. et al. The political economy of universal health coverage. Background paper for the Global Symposium on Health System Research. Montreux, Switzerland, 16-19 nov. 2010. Apud GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L, et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 Ed rev e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.493-545.

SUEDECOR, G.W. COCHRAN, W.G. **Metodos Estadísticos**. IOWA State University Press, AME, IOWA, U.S.A. 1976. Traduzido por J.A. Renosa Fuller, Ph.D. Engenheiro Químico catedrático em La Universidad de Los Andes, Merida, Venezuela.

TEIXEIRA, C. F. et al. **Promoção e vigilância da saúde**. ISC. Salvador, Bahia. 2002. 128p.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J. (Orgs). **Modelo de atenção à saúde**: Promoção, Vigilância Saúde da Família, CEPS-ISC. Salvador, Bahia: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, M.G. O imperativo do financiamento e da gestão: desafios ao Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v.4, n. 85-96, 2003

UGÁ, M.A.D. **As propostas de reforma dos sistemas de saúde no contexto do ajuste macroeconômico** [tese] Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos**: relatório final de pesquisa. Belo Horizonte: UFMG/NESCON, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas Livros e Folhetos. **Normas para apresentação de documentos científicos**. 2 Ed. Curitiba: Ed. UFPR, 2007. v.7.p.86.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H.P. Desenvolvimento e Institucionalidade da Política Social no Brasil. In. MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. **Políticas de Saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2012. p. 31- 60.

VIANNA A.L.D,& DAL POZ M. R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. **Physis (Rio J)**, v.8, p.12-48, 1998.

VIANNA, Solon Magalhães (Coord.). **Atenção de alta complexidade no SUS**: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília, 2005. Projeto Economia da Saúde. v. 1. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ipea_alta_complexidade.pdf> Acessado em 17 nov. 2013.

WHITE, K.L.; WILLIAMS, T.F.; GREENBERG, B.G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, v.265, p.885-893, 1961.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A discussion document on the concept and principles of health promotion**, Copenhagen, 9-13 july, 1984. (Regional Office for Europe, 3). P.29-32. Disponível em:

<http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf> Acesso em: mar.2013.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos.4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.248p.

APÊNDICE I – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA POR CÓDIGO DO IBGE

CODIGO	MUNICIPIO	CODIGO	MUNICIPIO
2900108	ABAÍRA	2902203	ARAMARI
2900207	ABARÉ	2902252	ARATACA
2900306	ACAJUTIBA	2902302	ARATUÍPE
2900355	ADUSTINA	2902401	AURELINO LEAL
2900405	ÁGUA FRIA	2902500	BAIANÓPOLIS
2900603	AIQUARA	2902609	BAIXA GRANDE
2900702	ALAGOINHAS	2902658	BANZAÊ
2900801	ALCOBAÇA	2902708	BARRA
2900900	ALMADINA	2902807	BARRA DA ESTIVA
2901007	AMARGOSA	2902906	BARRA DO CHOÇA
2901106	AMÉLIA RODRIGUES	2903003	BARRA DO MENDES
2901155	AMÉRICA DOURADA	2903102	BARRA DO ROCHA
2901205	ANAGÉ	2903201	BARREIRAS
2901304	ANDARAÍ	2903235	BARRO ALTO
2901353	ANDORINHA	2903300	BARRO PRETO
2901403	ANGICAL	2903276	BARROCAS
2901502	ANGUERA	2903409	BELMONTE
2901601	ANTAS	2903508	BELO CAMPO
2901700	ANTÔNIO CARDOSO	2903607	BIRITINGA
2901809	ANTÔNIO GONÇALVES	2903706	BOA NOVA
2901908	APORÁ	2903805	BOA VISTA DO TUPIM

2901957	APUAREMA	2903904	BOM JESUS DA LAPA
2902054	ARAÇAS	2903953	BOM JESUS DA SERRA
2902005	ARACATU	2904001	BONINAL
2902104	ARACI	2904050	BONITO
2904100	BOQUIRA	2906501	CANDEIAS
2904209	BOTUPORÃ	2906600	CANDIBA
2904308	BREJÕES	2906709	CÂNDIDO SALES
2904407	BREJOLÂNDIA	2906808	CANSANÇÃO
2904506	BROTAS DE MACAÚBAS	2906824	CANUDOS
2904605	BRUMADO	2906857	CAPELA DO ALTO ALEGRE
2904704	BUERAREMA	2906873	CAPIM GROSSO
2904753	BURITIRAMA	2906899	CARAÍBAS
2904803	CAATIBA	2906907	CARAVELAS
2904852	CABACEIRAS DO PARAGUAÇU	2907004	CARDEAL DA SILVA
2904902	CACHOEIRA	2907103	CARINHANHA
2905008	CACULÉ	2907202	CASA NOVA
2905107	CAÉM	2907301	CASTRO ALVES
2905156	CAETANOS	2907400	CATOLÂNDIA
2905206	CAETITÉ	2907509	CATU
2905305	CAFARNAUM	2907558	CATURAMA
2905404	CAIRU	2907608	CENTRAL
2905503	CALDEIRÃO GRANDE	2907707	CHORROCHÓ
2905602	CAMACAN	2907806	CÍCERO DANTAS
2905701	CAMAÇARI	2907905	CIPÓ
2905800	CAMAMU	2908002	COARACI
2905909	CAMPO ALEGRE DE LOURDES	2908101	COCOS
2906006	CAMPO FORMOSO	2908200	CONCEIÇÃO DA FEIRA

2906105	CANÁPOLIS	2908309	CONCEIÇÃO DO ALMEIDA
2906204	CANARANA	2908408	CONCEIÇÃO DO COITÉ
2906303	CANAVIEIRAS	2908507	CONCEIÇÃO DO JACUÍPE
2906402	CANDEAL	2908606	CONDE
2908705	CONDEÚBA	2910859	FILADÉLFIA
2908804	CONTENDAS DO SINCORÁ	2910909	FIRMINO ALVES
2908903	CORAÇÃO DE MARIA	2911006	FLORESTA AZUL
2909000	CORDEIROS	2911105	FORMOSA DO RIO PRETO
2909109	CORIBE	2911204	GANDU
2909208	CORONEL JOÃO SÁ	2911253	GAVIÃO
2909307	CORRENTINA	2911303	GENTIO DO OURO
2909406	COTEGIPE	2911402	GLÓRIA
2909505	CRAVOLÂNDIA	2911501	GONGOGI
2909604	CRISÓPOLIS	2911600	GOVERNADOR MANGABEIRA
2909703	CRISTÓPOLIS	2911659	GUAJERU
2909802	CRUZ DAS ALMAS	2911709	GUANAMBI
2909901	CURAÇÁ	2911808	GUARATINGA
2910008	DÁRIO MEIRA	2911857	HELIÓPOLIS
2910057	DIAS D'ÁVILA	2911907	IAÇU
2910107	DOM BASÍLIO	2912004	IBIASSUCÊ
2910206	DOM MACEDO COSTA	2912103	IBICARAÍ
2910305	ELÍSIO MEDRADO	2912202	IBICOARA
2910404	ENCRUZILHADA	2912301	IBICUÍ
2910503	ENTRE RIOS	2912400	IBIPEBA
2900504	ÉRICO CARDOSO	2912509	IBIPITANGA
2910602	ESPLANADA	2912608	IBIQUERA
2910701	EUCLIDES DA CUNHA	2912707	IBIRAPITANGA

2910727	EUNÁPOLIS	2912806	IBIRAPUÃ
2910750	FÁTIMA	2912905	IBIRATAIA
2910776	FEIRA DA MATA	2913002	IBITIARA
2910800	FEIRA DE SANTANA	2913101	IBITITÁ
2913200	IBOTIRAMA	2915601	ITAMARAJU
2913309	ICHU	2915700	ITAMARI
2913408	IGAPORÃ	2915809	ITAMBÉ
2913457	IGRAPIÚNA	2915908	ITANAGRA
2913507	IGUAÍ	2916005	ITANHÉM
2913606	ILHÉUS	2916104	ITAPARICA
2913705	INHAMBUPE	2916203	ITAPÉ
2913804	IPECAETÁ	2916302	ITAPEBI
2913903	IPIAÚ	2916401	ITAPETINGA
2914000	IPIRÁ	2916500	ITAPICURU
2914109	IPUPIARA	2916609	ITAPITANGA
2914208	IRAJUBA	2916708	ITAQUARA
2914307	IRAMAIA	2916807	ITARANTIM
2914406	IRAQUARA	2916856	ITATIM
2914505	IRARÁ	2916906	ITIRUÇU
2914604	IRECÊ	2917003	ITIÚBA
2914653	ITABELA	2917102	ITORORÓ
2914703	ITABERABA	2917201	ITUAÇU
2914802	ITABUNA	2917300	ITUBERÁ
2914901	ITACARÉ	2917334	IUIÚ
2915007	ITAETÉ	2917359	JABORANDI
2915106	ITAGI	2917409	JACARACI
2915205	ITAGIBÁ	2917508	JACOBINA

2915304	ITAGIMIRIM	2917607	JAGUAQUARA
2915353	ITAGUAÇU DA BAHIA	2917706	JAGUARARI
2915403	ITAJU DO COLÔNIA	2917805	JAGUARIPE
2915502	ITAJUIPE	2917904	JANDAÍRA
2918001	JEQUIÉ	2919926	MADRE DE DEUS
2918100	JEREMOABO	2919959	MAETINGA
2918209	JIQURIÇÁ	2920007	MAIQUINIQUE
2918308	JITAÚNA	2920106	MAIRI
2918357	JOÃO DOURADO	2920205	MALHADA
2918407	JUAZEIRO	2920304	MALHADA DE PEDRAS
2918456	JUCURUÇU	2920403	MANOEL VITORINO
2918506	JUSSARA	2920452	MANSIDÃO
2918555	JUSSARI	2920502	MARACÁS
2918605	JUSSIAPE	2920601	MARAGOGIPE
2918704	LAFAIETE COUTINHO	2920700	MARAÚ
2918753	LAGOA REAL	2920809	MARCIONÍLIO SOUZA
2918803	LAJE	2920908	MASCOTE
2918902	LAJEDÃO	2921005	MATA DE SÃO JOÃO
2919009	LAJEDINHO	2921054	MATINA
2919058	LAJEDO DO TABOCAL	2921104	MEDEIROS NETO
2919108	LAMARÃO	2921203	MIGUEL CALMON
2919157	LAPÃO	2921302	MILAGRES
2919207	LAURO DE FREITAS	2921401	MIRANGABA
2919306	LENÇÓIS	2921450	MIRANTE
2919405	LICÍNIO DE ALMEIDA	2921500	MONTE SANTO
2919504	LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA	2921609	MORPARÁ
2919553	LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	2921708	MORRO DO CHAPÉU

2919603	MACAJUBA	2921807	MORTUGABA
2919702	MACARANI	2921906	MUCUGÊ
2919801	MACAÚBAS	2922003	MUCURI
2919900	MACURURÉ	2922052	MULUNGU DO MORRO
2922102	MUNDO NOVO	2924009	PAULO AFONSO
2922201	MUNIZ FERREIRA	2924058	PÉ DE SERRA
2922250	MUQUÉM DE SÃO FRANCISCO	2924108	PEDRÃO
2922300	MURITIBA	2924207	PEDRO ALEXANDRE
2922409	MUTUÍPE	2924306	PIATÃ
2922508	NAZARÉ	2924405	PILÃO ARCADE
2922607	NILO PEÇANHA	2924504	PINDAÍ
2922656	NORDESTINA	2924603	PINDOBAÇU
2922706	NOVA CANAÃ	2924652	PINTADAS
2922730	NOVA FÁTIMA	2924678	PIRAÍ DO NORTE
2922755	NOVA IBIÁ	2924702	PIRIPÁ
2922805	NOVA ITARANA	2924801	PIRITIBA
2922854	NOVA REDENÇÃO	2924900	PLANALTINO
2922904	NOVA SOURE	2925006	PLANALTO
2923001	NOVA VIÇOSA	2925105	POÇÕES
2923035	NOVO HORIZONTE	2925204	POJUCA
2923050	NOVO TRIUNFO	2925253	PONTO NOVO
2923100	OLINDINA	2925303	PORTO SEGURO
2923209	OLIVEIRA DOS BREJINHOS	2925402	POTIRAGUÁ
2923308	OURIÇANGAS	2925501	PRADO
2923357	OUROLÂNDIA	2925600	PRESIDENTE DUTRA
2923407	PALMAS DE MONTE ALTO	2925709	PRESIDENTE JÂNIO QUADROS
2923506	PALMEIRAS	2925758	PRESIDENTE TANCREDO NEVES

2923605	PARAMIRIM	2925808	QUEIMADAS
2923704	PARATINGA	2925907	QUIJINGUE
2923803	PARIPIRANGA	2925931	QUIXABEIRA
2923902	PAU BRASIL	2925956	RAFAEL JAMBEIRO
2926004	REMANSO	2928307	SANTANÓPOLIS
2926103	RETIROLÂNDIA	2928604	SANTO AMARO
2926202	RIACHÃO DAS NEVES	2928703	SANTO ANTÔNIO DE JESUS
2926301	RIACHÃO DO JACUÍPE	2928802	SANTO ESTÊVÃO
2926400	RIACHO DE SANTANA	2928901	SÃO DESIDÉRIO
2926509	RIBEIRA DO AMPARO	2928950	SÃO DOMINGOS
2926608	RIBEIRA DO POMBAL	2929107	SÃO FELIPE
2926657	RIBEIRÃO DO LARGO	2929008	SÃO FÉLIX
2926707	RIO DE CONTAS	2929057	SÃO FÉLIX DO CORIBE
2926806	RIO DO ANTÔNIO	2929206	SÃO FRANCISCO DO CONDE
2926905	RIO DO PIRES	2929255	SÃO GABRIEL
2927002	RIO REAL	2929305	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS
2927101	RODELAS	2929354	SÃO JOSÉ DA VITÓRIA
2927200	RUY BARBOSA	2929370	SÃO JOSÉ DO JACUÍPE
2927309	SALINAS DA MARGARIDA	2929404	SÃO MIGUEL DAS MATAS
2927408	SALVADOR	2929503	SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ
2927507	SANTA BÁRBARA	2929602	SAPEAÇU
2927606	SANTA BRÍGIDA	2929701	SÁTIRO DIAS
2927705	SANTA CRUZ CABRÁLIA	2929750	SAUBARA
2927804	SANTA CRUZ DA VITÓRIA	2929800	SAÚDE
2927903	SANTA INÊS	2929909	SEABRA
2928059	SANTA LUZIA	2930006	SEBASTIÃO LARANJEIRAS
2928109	SANTA MARIA DA VITÓRIA	2930105	SENHOR DO BONFIM

2928406	SANTA RITA DE CÁSSIA	2930204	SENTO SÉ
2928505	SANTA TERESINHA	2930154	SERRA DO RAMALHO
2928000	SANTALUZ	2930303	SERRA DOURADA
2928208	SANTANA	2930402	SERRA PRETA
2928307	SANTANÓPOLIS	2930501	SERRINHA
2928604	SANTO AMARO	2930600	SERROLÂNDIA
2928703	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	2930709	SIMÕES FILHO
2928802	SANTO ESTÊVÃO	2930758	SÍTIO DO MATO
2928901	SÃO DESIDÉRIO	2930766	SÍTIO DO QUINTO
2928950	SÃO DOMINGOS	2930774	SOBRADINHO
2929107	SÃO FELIPE	2930808	SOUTO SOARES
2929008	SÃO FÉLIX	2930907	TABOCAS DO BREJO VELHO
2929057	SÃO FÉLIX DO CORIBE	2931004	TANHAÇU
2929206	SÃO FRANCISCO DO CONDE	2931053	TANQUE NOVO
2929255	SÃO GABRIEL	2931103	TANQUINHO
2929305	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS	2931202	TAPEROÁ
2929354	SÃO JOSÉ DA VITÓRIA	2931301	TAPIRAMUTÁ
2929370	SÃO JOSÉ DO JACUÍPE	2931350	TEIXEIRA DE FREITAS
2929404	SÃO MIGUEL DAS MATAS	2931400	TEODORO SAMPAIO
2929503	SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	2931509	TEOFILÂNDIA
2929602	SAPEAÇU	2931608	TEOLÂNDIA
2929701	SÁTIRO DIAS	2931707	TERRA NOVA
2929750	SAUBARA	2931806	TREMEDAL
2929800	SAÚDE	2931905	TUCANO
2929909	SEABRA	2932002	UAUÁ
2930006	SEBASTIÃO LARANJEIRAS	2932101	UBAÍRA
2930105	SENHOR DO BONFIM	2932200	UBAITABA

2930204	SENTO SÉ	2932309	UBATÃ
2930154	SERRA DO RAMALHO	2932408	UIBAÍ
2930303	SERRA DOURADA	2932457	UMBURANAS
2930402	SERRA PRETA	2933158	VÁRZEA NOVA
2932507	UMA	2933174	VARZEDO
2932606	URANDI	2933208	VERA CRUZ
2932705	URUÇUCA	2933257	VEREDA
2932804	UTINGA	2933307	VITÓRIA DA CONQUISTA
2932903	VALENÇA	2933406	WAGNER
2933000	VALENTE	2933455	WANDERLEY
2933059	VÁRZEA DA ROÇA	2933505	WENCESLAU GUIMARÃES
2933109	VÁRZEA DO POÇO	2933604	XIQUE-XIQUE

**APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA
MUNICIPAL. BAHIA 2012**

CCITOU

Acajutiba	Camaçari	Floresta_Azul	Itambé	Monte_Santo
Água_Fria	Campo_Formoso	Gavião	Itiúba	Morro_do_Chapéu
Alcobaça	Canápolis	Gongogi	Jacaraci	Mortugaba
Amargosa	Canarana	Guanambi	Jacobina	Mucuri
América_Dourada	Cândido_Sales	Guaratinga	Jaguarari	Mulungu_do_Morro
Andaraí	Cansanção	Iaçu	Jeremoabo	Mundo_Novo
Antônio_Gonçalves	Capela_do_Alto_Alegr e	Ibiassucê	Jitaúna	Nazaré
Araças	Capim_Grosso	Ibicoara	João_Dourado	Nordestina
Aracatu	Caraíbas	Ibicuí	José_do_Jacuípe	Nova_Ibiá
Aramari	Cardeal_da_Silva	Ibipeba	Juazeiro	Nova_Itarana
Aratuípe	Casa_Nova	Ibipitanga	Jussara	Novo_Horizonte
Baianópolis	Castro_Alves	Ibirapuã	Jussiape	Ourolândia
Baixa_Grande	Central	Ibitiara	Lagoa_Real	Palmas_de_Monte_Alto
Barra_da_Estiva	Chorrochó	Ibititá	Lajedão	Palmeiras
Barra_do_Choça	Cícero_Dantas	Ibotirama	Lajedinho	Paramirim
Barra_do_Rocha	Cocos	Igaporã	Lajedo_do_Tabocal	Pau_Brasil
Barreiras	Conceição_do_Almeid a	Igrapiúna	Lamarão	Paulo_Afonso
Barro_Preto	Condeúba	Iguaí	Lapão	Pedraõ
Belo_Campo	Cordeiros	Inhambupe	Lauro_de_Freitas	Pindobaçu
Biritinga	Cruz_das_Almas	Ipecaetá	Lençóis	Pintadas
Bom_Jesus_da_Serra	Dom_Basílio	Ipiaú	Licínio_de_Almeida	Piripá
Bonito	Dom_Macedo_Costa	Ipirá	Livramento_de_Nossa_Se nhora	Piritiba
Boquira	Encruzilhada	Iramaia	Luís_Eduardo_Magalhães	Planaltino
Brejolândia	Entre_Rios	Iraquara	Madre_de_Deus	Planalto
Brotas_de_Macaúbas	Érico_Cardoso	Irará	Maetinga	Poções

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Brumado	Esplanada	Irecê	Mairi	Pojuca
Caém	Euclides_da_Cunha	Itabela	Malhada_de_Pedras	Ponto_Novo
Caetanos	Eunápolis	Itaeté	Mata_de_São_João	Potiraguá
Caetité	Fátima	Itagi	Matina	Presidente_Dutra
Cafarnaum	Feira_de_Santana	Itagimirim	Miguel_Calmon	Presidente_Jânio_Quadros
Cairu	Filadélfia	Itaguaçu_da_Bahia	Mirangaba	Presidente_Tancredo_Neves
Camacan	Firmino_Alves	Itajuípe	Mirante	Quixabeira
Riachão_das_Neves	Varzedo	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Lajedo_do_Tabocal	Uruçuca
Ribeira_do_Pombal	Vera_Cruz	Caém	Lamarão	Vereda
Rio_de_Contas	Vitória_da_Conquista	Cairu	Licínio_de_Almeida	
Rio_do_Antônio	Wagner	Caldeirão_Grande	Livramento_de_Nossa_Se	
Rio_Real	Xique-Xique	Camacan	nhora	
Ruy_Barbosa		Caraibas	Macarani	1CODONT
Santa_Cruz_Cabrália		Castro_Alves	Maetinga	Almadina
Santa_Cruz_da_Vitória	COLPOSCOPIA	Caturama	Malhada_de_Pedras	Antônio_Cardoso
Santa_Maria_da_Vitória	Araças	Conde	Maraú	Barro_Preto
Santa_Rita_de_Cássia	Barra	Condeúba	Mata_de_São_João	Caetité
Santaluz	Canavieiras	Cordeiros	Matina	Catu
Santanópolis	Canudos	Coronel_João_Sá	Milagres	Dom_Macedo_Costa
Santo_Antônio_de_Jesus	Conceição_do_Coité	Curaçá	Nazaré	Feira_de_Santana
São_Desidério	Euclides_da_Cunha	Dom_Macedo_Costa	Nilo_Peçanha	Gentio_do_Ouro
São_Felipe	Feira_de_Santana	Érico_Cardoso	Nova_Fátima	Jaguarari
São_Félix	Itabuna	Filadélfia	Palmas_de_Monte_Alto	Laje
São_Félix_do_Coribe	Piatã	Floresta_Azul	Palmeiras	Licínio_de_Almeida
São_Gabriel	Riachão_do_Jacuípe	Gavião	Pé_de_Serra	Livramento_de_Nossa_Se
			Pedrão	nhora
				Mortugaba

**APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA
MUNICIPAL. BAHIA 2012**

São_Gonçalo_dos_Camp os	Salvador	Gongogi	Piripá	Nazaré
São_José_da_Vitória	Santaluz	Ibicoara	Pojuca	Santa_Teresinha
São_Miguel_das_Matas	São_Félix	Ibipitanga	Ponto_Novo	Saúde
São_Sebastião_do_Passé	Serrinha	Irará	Presidente_Dutra	Tapiramutá
Serrolândia	Tucano	Itagi	Presidente_Jânio_Quadro s	Varzedo
Tapiramutá	Valente	Itaguaçu_da_Bahia	Quixabeira	Vereda
Teixeira_de_Freitas		Itamaraju	São_Gabriel	
Terra_Nova		Itamarí	São_José_da_Vitória	
Ubaíra	COMED	Itapé	Saúde	CONOPNS
Ubatã	Alcobaça	Itapebi	Seabra	Abaíra
Uibaí	Almadina	Jaguarari	Tabocas_do_Brejo_Velho	Abaré
Várzea_da_Roça	Baianópolis	Jandaíra	Tanhaçu	Acajutiba
Várzea_do_Poço	Barra_do_Rocha	Jussari	Tapiramutá	Água_Fria
Várzea_Nova	Barro_Alto	Jussiape	Terra_Nova	Alcobaça
	Brotas_de_Macaúbas	Lajedão	Tremedal	Almadina
Amargosa	Camacan	Floresta_Azul	Itapé	Mairi
Anagé	Campo_Alegre_de_Lo urdes	Formosa_do_Rio_Preto	Itapebi	Malhada
Andaraí	Canarana	Gavião	Itapetinga	Malhada_de_Pedras
Antônio_Cardoso	Canavieiras	Glória	Itapicuru	Maraú
Aporá	Capela_do_Alto_Alegr e	Gongogi	Itapitanga	Marcionílio_Souza
Apuarema	Caraíbas	Governador_Mangabeira	Itaquara	Mascote
Araças	Caravelas	Guajeru	Itiruçu	Mirante
Aracatu	Cardeal_da_Silva	Guaratinga	Itororó	Morro_do_Chapéu
Aramari	Castro_Alves	Iaçu	Ituberá	Mortugaba
Aratuípe	Catu	Ibiassucê	Jaborandi	Mucugê

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Baianópolis	Caturama	Ibicaraí	Jacaraci	Mucuri
Banzaê	Chorrochó	Ibicoara	Jaguarari	Muniz_Ferreira
Barra_da_Estiva	Coaraci	Ibipeba	Jandaíra	Muritiba
Barra_do_Choça	Cocos	Ibipitanga	Jequié	Mutuípe
Barra_do_Rocha	Conceição_da_Feira	Ibirataia	Jeremoabo	Nazaré
	Conceição_do_Almeida			
Barro_Alto		Ibitiara	Jitaúna	Nilo_Peçanha
Barro_Preto	Conde	Ibititá	Juazeiro	Nordestina
Belmonte	Condeúba	Igrapiúna	Jussara	Nova_Canaã
Belo_Campo	Coração_de_Maria	Iguaí	Jussari	Nova_Fátima
Boa_Nova	Cordeiros	Ipecaetá	Jussiape	Nova_Itarana
Boa_Vista_do_Tupim	Coronel_João_Sá	Ipiaú	Lafaiete_Coutinho	Novo_Horizonte
Bom_Jesus_da_Serra	Cristópolis	Ipupiara	Lagoa_Real	Novo_Triunfo
Boninal	Curaçá	Irajuba	Laje	Ouriçangas
Bonito	Dário_Meira	Iramaia	Lajedão	Ourolândia
Brejões	Dom_Basílio	Iraquara	Lajedinho	Palmeiras
Brejolândia	Dom_Macedo_Costa	Itabela	Lajedo_do_Tabocal	Paramirim
Brotas_de_Macaúbas	Encruzilhada	Itaeté	Lamarão	Pau_Brasil
Brumado	Entre_Rios	Itagibá	Licínio_de_Almeida	Paulo_Afonso
			Livramento_de_Nossa_Se	
Buerarema	Érico_Cardoso	Itagimirim	nhora	Pé_de_Serra
Cachoeira	Eunápolis	Itajuípe	Macajuba	Pedro_Alexandre
Caém	Fátima	Itamaraju	Macururé	Piatã
Cairu	Feira_da_Mata	Itamari	Madre_de_Deus	Pindobaçu
Caldeirão_Grande	Filadélfia	Itanagra	Maetinga	Pintadas
Piripá	Saúde	Amargosa	Bom_Jesus_da_Serra	Central
Piritiba	Senhor_do_Bonfim	Amélia_Rodrigues	Boninal	Chorrochó
Planaltino	Serra_Preta	Andaraí	Bonito	Cipó
Planalto	Serrolândia	Antônio_Cardoso	Boquira	Coaraci

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Pojuca	Sobradinho	Aporá	Botuporã	Cocos
Ponto_Novo	Souto_Soares	Apuarema	Brejões	Conceição_da_Feira
Porto_Seguro	Tabocas_do_Brejo_Ve	Araças	Brejolândia	Conceição_do_Almeida
Prado	lho	Aracatu	Brotas_de_Macaúbas	Conceição_do_Coité
Presidente_Dutra	Tanhaçu	Araci	Brumado	Conde
Presidente_Jânio_Quadros	Teodoro_Sampaio	Aramari	Buerarema	Condeúba
Quixabeira	Teolândia	Aratuípe	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Contendas_do_Sincorá
Rafael_Jambeiro	Terra_Nova	Baianópolis	Cachoeira	Coração_de_Maria
Remanso	Ubaíra	Baixa_Grande	Caém	Cordeiros
Ribeira_do_Amparo	Ubaitaba	Banzaê	Caetanos	Coribe
Rio_Real	Uibaí	Barra_da_Estiva	Caetitê	Correntina
Rodelas	Umburanas	Barra_do_Choça	Cairu	Cristópolis
Santa_Cruz_Cabrália	Várzea_da_Roça	Barra_do_Rocha	Camacan	Cruz_das_Almas
Santa_Cruz_da_Vitória	Várzea_do_Poço	Barreiras	Camaçari	Dom_Basílio
Santa_Inês	Varzedo	Barro_Preto	Campo_Alegre_de_Lourdes	Dom_Macedo_Costa
Santa_Luzia	Vera_Cruz	Barrocas	Campo_Formoso	Érico_Cardoso
Santa_Rita_de_Cássia	Wagner	Belmonte	Candeias	Esplanada
Santa_Teresinha	Wenceslau_Guimarães	Belo_Campo	Cândido_Sales	Eunápolis
Santaluz	Xique-Xique	Barra_da_Estiva	Cansanção	Feira_da_Mata
Santana		Barra_do_Choça	Capela_do_Alto_Alegre	Feira_de_Santana
Santanópolis	DENTISTICA	Barra_do_Rocha	Capim_Grosso	Filadélfia
Santo_Antônio_de_Jesus	Abaíra	Barreiras	Caraibas	Floresta_Azul
São_Desidério	Abaré	Barro_Preto	Cardeal_da_Silva	Formosa_do_Rio_Preto
São_Félix	Acajutiba	Barrocas	Carinhanha	Gandu
São_Francisco_do_Conde	Água_Fria	Belmonte	Casa_Nova	Gavião

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

São_Gabriel	Aiquara	Belo_Campo	Castro_Alves	Gentio_do_Ouro
São_José_da_Vitória	Alagoinhas	Boa_Nova	Catolândia	Glória
São_Sebastião_do_Passé	Alcobaça	Boa_Vista_do_Tupim	Catu	Gongogi
Sapeaçu	Almadina	Bom_Jesus_da_Lapa	Caturama	Governador_Mangabeira
Guanambi	Itajuípe	Lapão	Nilo_Peçanha	Ponto_Novo
Guaratinga	Itamaraju	Lauro_de_Freitas	Nordestina	Porto_Seguro
Iaçú	Itamari	Lençóis	Nova_Canaã	Prado
Ibiassucê	Itambé	Licínio_de_Almeida	Nova_Fátima	Presidente_Dutra
Ibicaraí	Itanagra	Livramento_de_Nossa_Se nhora	Nova_Ibiá	Presidente_Jânio_Quadro s
Ibicoara	Itaparica	Luís_Eduardo_Magalhães	Nova_Itarana	Presidente_Tancredo_Ne ves
Ibicuí	Itapé	Macajuba	Nova_Redenção	Queimadas
Ibipitanga	Itapebi	Macarani	Novo_Horizonte	Quixabeira
Ibiquera	Itapetinga	Macaúbas	Olindina	Rafael_Jambeiro
Ibirataia	Itapicuru	Macururé	Oliveira_dos_Brejinhos	Remanso
Ibitiara	Itarantim	Madre_de_Deus	Ouriçangas	Retirolândia
Ibititá	Itatim	Maetinga	Ourolândia	Riachão_das_Neves
Ibotirama	Itiruçu	Maiquinique	Palmas_de_Monte_Alto	Riachão_do_Jacuípe
Ichu	Itororó	Mairi	Palmeiras	Ribeira_do_Amparo
Igaporã	Ituaçu	Malhada	Paramirim	Rio_de_Contas
Igrapiúna	Iuiú	Malhada_de_Pedras	Paratinga	Rio_do_Antônio
Iguaí	Jaborandi	Maracás	Paripiranga	Rio_do_Pires
Ilhéus	Jacaraci	Mascote	Pau_Brasil	Rio_Real
Inhambupe	Jacobina	Mata_de_São_João	Paulo_Afonso	Rodelas
Ipecaetá	Jaguaquara	Matina	Pé_de_Serra	Ruy_Barbosa
Ipiaú	Jaguarari	Medeiros_Neto	Pedrao	Salvador
Ipirá	Jaguaripe	Miguel_Calmon	Piatã	Santa_Brígida
Ipupiara	Jandaíra	Mirante	Pilão_Arcado	Santa_Cruz_Cabrália

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Iraquara	Jeremoabo	Morro_do_Chapéu	Pindaí	Santa_Cruz_da_Vitória
Irará	Jitaúna	Mortugaba	Pindobaçu	Santa_Maria_da_Vitória
Irecê	José_do_Jacuípe	Mucugê	Pintadas	Santa_Rita_de_Cássia
Itabela	Juazeiro	Mulungu_do_Morro	Piraí_do_Norte	Santa_Teresinha
Itaberaba	Jussari	Mundo_Novo	Piripá	Santana
Itacaré	Lafaiete_Coutinho	Muniz_Ferreira	Piritiba	Santanópolis
		Muquém_de_São_Francis		
Itaeté	Lagoa_Real	co	Planaltino	Santo_Amaro
Itagibá	Laje	Muritiba	Planalto	Santo_Antônio_de_Jesus
Itagimirim	Lajedão	Mutuípe	Poções	Santo_Estêvão
Itaguaçu_da_Bahia	Lajedo_do_Tabocal	Nazaré	Pojuca	São_Desidério
São_Domingos	Uibaí	Caraiabas	Itagimirim	Poções
São_Felipe	Umburanas	Cardeal_da_Silva	Itaquara	Pojuca
São_Félix	Uma	Castro_Alves	Itiruçu	Porto_Seguro
São_Félix_do_Coribe	Uruçuca	Catu	Itiúba	Retirolândia
São_Francisco_do_Conde	Utinga	Conceição_do_Almeida	Jaborandi	Riachão_do_Jacuípe
São_Gabriel	Várzea_da_Roça	Conceição_do_Coité	Jacobina	Ribeira_do_Pombal
São_Gonçalo_dos_Camp				
os	Várzea_do_Poço	Conceição_do_Jacuípe	Jaguaquara	Rio_Real
São_José_da_Vitória	Varzedo	Conde	Jequié	Salvador
São_Miguel_das_Matas	Vera_Cruz	Condeúba	Juazeiro	Santa_Maria_da_Vitória
São_Sebastião_do_Passé	Vitória_da_Conquista	Correntina	Laje	Santa_Rita_de_Cássia
Sapeaçu	Wagner	Dias_d'Ávila	Lajedo_do_Tabocal	Santa_Teresinha
Sátiro_Dias	Wenceslau_Guimarães	Encruzilhada	Lapão	Santaluz
Saubara		Entre_Rios	Lauro_de_Freitas	Santana
			Livramento_de_Nossa_Se	
Saúde		Esplanada	nhora	Santo_Amaro
Seabra	ULTRA	Euclides_da_Cunha	Luís_Eduardo_Magalhães	Santo_Antônio_de_Jesus
Senhor_do_Bonfim	Alagoinhas	Eunápolis	Macaúbas	Santo_Estêvão

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Serra_Dourada	Amargosa	Feira_de_Santana	Madre_de_Deus	São_Felipe
Serra_Preta	Amélia_Rodrigues	Filadélfia	Maetinga	São_Félix
Serrolândia	Barra	Guanambi	Mairi	São_Francisco_do_Conde
Simões_Filho	Barra_do_Choça	Guaratinga	Maracás	São_Gabriel
Souto_Soares	Barreiras	Ibiassucê	Mata_de_São_João	São_Gonçalo_dos_Camp os
Tabocas_do_Brejo_Velho	Brumado	Ibicarái	Miguel_Calmon	São_Sebastião_do_Passé
Tanhaçu	Caculé	Ibotirama	Morro_do_Chapéu	Sapeaçu
Tanque_Novo	Caetité	Igororã	Mucugê	Sátiro_Dias
Tanquinho	Caldeirão_Grande	Ilhéus	Muritiba	Serra_Preta
Tapiramutá	Camacan	Inhambuê	Mutuípe	Serrinha
Teixeira_de_Freitas	Camaçari	Ipiaú	Nazaré	Simões_Filho
Teodoro_Sampaio	Campo_Formoso	Ipirá	Ourolândia	Teixeira_de_Freitas
Terra_Nova	Canápolis	Irará	Paramirim	Teofilândia
Tremedal	Canavieiras	Irecê	Paulo_Afonso	Tremedal
Uauá	Candeias	Itabela	Pedrao	Uibaí
Ubaíra	Cândido_Sales	Itabuna	Pindobaçu	Umburanas
Ubaitaba	Capim_Grosso	Itagibá	Planalto	Una
Valença	Cachoeira	Dário_Meira	Irecê	Jussari
Valente	Caculé	Dias_d'Ávila	Itabela	Jussiape
Vera_Cruz	Caém	Dom_Basílio	Itaberaba	Lagoa_Real
Vitória_da_Conquista	Caetité	Elísio_Medrado	Itabuna	Laje
Xique-Xique	Cafarnaum	Encruzilhada	Itacaré	Lajedo_do_Tabocal
	Cairu	Entre_Rios	Itaeté	Lapão
	Caldeirão_Grande	Érico_Cardoso	Itagi	Lauro_de_Freitas
LABCLINICO	Camacan	Euclides_da_Cunha	Itagibá	Licínio_de_Almeida
Acajutiba	Camaçari	Eunápolis	Itagimirim	Livramento_de_Nossa_Se nhora
Água_Fria	Camamu	Feira_de_Santana	Itaguaçu_da_Bahia	Luís_Eduardo_Magalhães

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Alagoinhas	Campo_Formoso	Filadélfia	Itajuípe	Macarani
Amargosa	Canápolis	Formosa_do_Rio_Preto	Itamaraju	Macaúbas
Amélia_Rodrigues	Cândido_Sales	Gandu	Itambé	Madre_de_Deus
Andaraí	Cansanção	Gentio_do_Ouro	Itaparica	Maetinga
Antas	Capim_Grosso	Glória	Itapé	Maiquinique
Antônio_Gonçalves	Caraíbas	Gongogi	Itapetinga	Mairi
Aporá	Caravelas	Guanambi	Itaquara	Maracás
Araças	Castro_Alves	Guaratinga	Itarantim	Maraú
Aracatu	Catu	Iaçú	Itatim	Marcionílio_Souza
Aurelino_Leal	Caturama	Ibiassucê	Itiruçu	Mata_de_São_João
Baixa_Grande	Central	Ibipitanga	Itiúba	Matina
Barra	Cipó	Ibirapitanga	Itororó	Miguel_Calmon
Barreiras	Coaraci	Ibirapuã	Ituberá	Mirangaba
Barro_Preto	Cocos	Ibirataia	Iuiú	Monte_Santo
Barrocas	Conceição_do_Almeida	Ibotirama	Jaborandi	Morro_do_Chapéu
Belo_Campo	Conceição_do_Coité	Ichu	Jacaraci	Mucugê
Boa_Vista_do_Tupim	Conceição_do_Jacuípe	Igaporã	Jacobina	Mulungu_do_Morro
Bom_Jesus_da_Serra	Conde	Iguaí	Jaguaquara	Mundo_Novo
Bonito	Coração_de_Maria	Ilhéus	Jequié	Muritiba
Boquira	Coronel_João_Sá	Inhambupe	Jeremoabo	Mutuípe
Botuporã	Correntina	Ipiaú	Jitaúna	Nazaré
Brumado	Cruz_das_Almas	Ipirá	Juazeiro	Nordestina
Caatiba	Curaçá	Iramaia	Jussara	Nova_Canaã
Oliveira_dos_Brejinhos	Santa_Maria_da_Vitória	Tremedal	Castro_Alves	Juazeiro
Ouriçangas	Santa_Rita_de_Cássia	Tucano	Catu	Lauro_de_Freitas
Ouro_lândia	Santa_Teresinha	Uauá	Conceição_do_Jacuípe	Madre_de_Deus
Palmas_de_Monte_Alto	Santaluz	Ubaíra	Condeúba	Mata_de_São_João

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Paramirim	Santana	Ubatã	Coribe	Miguel_Calmon
Paratinga	Santanópolis	Uibaí	Correntina	Morro_do_Chapéu
Paulo_Afonso	Santo_Amaro	Uma	Encruzilhada	Nazaré
	Santo_Antônio_de_Jesus			
Pedraõ	São_Domingos	Urandi	Entre_Rios	Paramirim
Piatã	São_Felipe	Uruçuca	Euclides_da_Cunha	Paulo_Afonso
Pilão_Arcado	São_Félix	Utinga	Eunápolis	Pintadas
Pindobaçu	São_Félix_do_Coribe	Valença	Feira_de_Santana	Porto_Seguro
Piritiba	São_Gabriel	Valente	Filadélfia	Riachão_do_Jacuípe
Planaltino	São_Gonçalo_dos_Campos	Várzea_do_Poço	Gandu	Riacho_de_Santana
Poções	São_Sebastião_do_Passé	Várzea_Nova	Guanambi	Ribeira_do_Pombal
Pojuca	Sapeaçu	Vitória_da_Conquista	Ibiassucê	Salvador
Ponto_Novo	Sátiro_Dias	Wanderley	Ibirapitanga	Santa_Maria_da_Vitória
Porto_Seguro	Saúde	Wenceslau_Guimarães	Ibotirama	Santa_Rita_de_Cássia
Presidente_Dutra		Xique-Xique	Ilhéus	Santana
Presidente_Jânio_Quadros	Seabra		Ipiaú	Santo_Amaro
Presidente_Tancredo_Neves	Senhor_do_Bonfim		Irecê	Santo_Antônio_de_Jesus
Rafael_Jambeiro	Sento_Sé	RADIO	Itaberaba	São_Félix
Remanso	Serra_do_Ramalho	Alagoinhas	Itabuna	São_Sebastião_do_Passé
Riachão_do_Jacuípe	Serra_Dourada	Amargosa	Itagibá	Senhor_do_Bonfim
Riacho_de_Santana	Serra_Preta	Barra	Itagimirim	Simões_Filho
Ribeira_do_Pombal	Serrinha	Barreiras	Itaparica	Souto_Soares
Ribeirão_do_Largo	Serrolândia	Brumado	Itapé	Tabocas_do_Brejo_Velho
Rio_do_Pires	Simões_Filho	Cachoeira	Itapetinga	Teixeira_de_Freitas
Rio_Real	Souto_Soares	Camacan	Itiruçu	Tremedal

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Ruy_Barbossa	Tanhaçu	Camaçari	Itororó	Valença
Salinas_da_Margarida	Tanque_Novo	Campo_Formoso	Ituberá	Valente
Salvador	Tanquinho	Canápolis	Jaborandi	Vitória_da_Conquista
Santa_Cruz_Cabrália	Teixeira_de_Freitas	Candeias	Jacobina	Wenceslau_Guimarães
Santa_Inês	Teofilândia	Canudos	Jequié	
EXCITOP	Porto_Seguro	Caatiba	Ipirá	Piritiba
Amargosa	Prado	Cachoeira	Irá	Poções
Antas	Remanso	Caém	Irecê	Pojuca
Barreiras	Riachão_das_Neves	Caetanos	Itabela	Porto_Seguro
				Presidente_Jânio_Quadros
Camacan	Salvador	Caetitê	Itaberaba	Presidente_Tancredo_Neves
Camaçari	Santa_Cruz_Cabrália	Camacan	Itabuna	
	Santa_Maria_da_Vitória			
Campo_Formoso	ia	Camaçari	Itaparica	Ribeira_do_Pombal
	Santo_Antônio_de_Jesus			
Cândido_Sales	São_Félix	Canavieiras	Itapetinga	Rio_Real
Castro_Alves	São_Félix_do_Coribe	Candeias	Jacobina	Salvador
Cocos	Seabra	Cansanção	Jaguaquara	Santa_Bárbara
Conceição_do_Almeida	Serrinha	Canudos	Jequié	Santa_Cruz_Cabrália
Conceição_do_Coité	Tucano	Cardeal_da_Silva	Jeremoabo	Santa_Maria_da_Vitória
Condeúba	Ubaíra	Castro_Alves	Juazeiro	Santa_Rita_de_Cássia
Eunápolis	Valença	Catu	Laje	Santa_Teresinha
Feira_de_Santana	Valente	Cocos	Lapão	Santaluz
Gandu	Vitória_da_Conquista	Condeúba	Lauro_de_Freitas	Santana
Guanambi		Correntina	Macaúbas	Santo_Amaro
Ibirataia		Cruz_das_Almas	Madre_de_Deus	Santo_Antônio_de_Jesus
Ibitiara		Dias_d'Ávila	Maetinga	Santo_Estêvão

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Irecê	ECG	Entre_Rios	Mairi	São_Domingos
Itabela	Alagoinhas	Euclides_da_Cunha	Maracás	São_Felipe
Itabuna	Amargosa	Eunápolis	Mata_de_São_João	São_Félix
Jacobina	Amélia_Rodrigues	Feira_de_Santana	Medeiros_Neto	São_Francisco_do_Conde
Jeremoabo	Anagé	Floresta_Azul	Miguel_Calmon	São_Gonçalo_dos_Camp os
Juazeiro	Aporá	Guanambi	Monte_Santo	São_Sebastião_do_Passé
Lauro_de_Freitas	Araci	Guaratinga	Morro_do_Chapéu	Sapeaçu
Livramento_de_Nossa_Se nhora	Aramari	Ibiassucê	Mortugaba	Saubara
Luís_Eduardo_Magalhães	Barra	Ibicarái	Nordestina	Senhor_do_Bonfim
Madre_de_Deus	Barra_do_Choça	Ibotirama	Paramirim	Serra_Preta
Morro_do_Chapéu	Barreiras	Igaporã	Paratinga	Serrinha
Paulo_Afonso	Belo_Campo	Ilhéus	Paulo_Afonso	Simões_Filho
Pindobaçu	Bom_Jesus_da_Lapa	Inhambupe	Pedrao	Souto_Soares
Pojuca	Brumado	Ipiaú	Pindobaçu	Teixeira_de_Freitas
Tremedal	Dias_d'Ávila	Jussara	São_Gabriel	Aporá
Ubaíra	Eunápolis	Lajedo_do_Tabocal	Tanquinho	Apuarema
Uma	Feira_de_Santana	Lauro_de_Freitas	Teodoro_Sampaio	Araças
Utinga	Guanambi	Livramento_de_Nossa_Se nhora	Tremedal	Aracatu
Vera_Cruz	Iaçú	Macarani	Ubaíra	Araci
Vitória_da_Conquista	Ibiassucê	Madre_de_Deus	Ubaitaba	Aramari
Xique-Xique	Ibirapitanga	Maetinga	Urandi	Arataca
	Ibirataia	Mairi	Utinga	Aratuípe
	Ibotirama	Mata_de_São_João	Valença	Aurelino_Leal
FISIO	Igaporã	Miguel_Calmon	Vitória_da_Conquista	Baianópolis
Alagoinhas	Ilhéus	Morro_do_Chapéu	Wenceslau_Guimarães	Baixa_Grande
Amargosa	Ipiaú	Mortugaba	Xique-Xique	Banzaê

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Barra_do_Choça	Ipirá	Mundo_Novo		Barra_da_Estiva
Barra_do_Rocha	Irajuba	Nazaré		Barra_do_Choça
Barreiras	Irará	Nova_Ibiá	PEQCIRC	Barra_do_Mendes
Brumado	Irecê	Paulo_Afonso	Abaíra	Barra_do_Rocha
Cachoeira	Itabela	Pedrao	Abaré	Barreiras
Caculé	Itaberaba	Piatã	Acajutiba	Barro_Alto
Caém	Itabuna	Poções	Adustina	Barro_Preto
Caetité	Itagibá	Pojuca	Água_Fria	Barrocas
Camacan	Itanhém	Porto_Seguro	Alagoinhas	Belmonte
Camaçari	Itaparica	Retirolândia	Alcobaça	Belo_Campo
Candeal	Itapetinga	Riachão_do_Jacuípe	Almadina	Biritinga
Candeias	Itaquara	Ruy_Barbosa	Amargosa	Boa_Nova
Capim_Grosso	Itiruçu	Salinas_da_Margarida	Amélia_Rodrigues	Boa_Vista_do_Tupim
Cardeal_da_Silva	Itiúba	Salvador	América_Dourada	Bom_Jesus_da_Lapa
Castro_Alves	Itororó	Santa_Bárbara	Anagé	Bom_Jesus_da_Serra
Conceição_do_Almeida	Ituberá	Santa_Teresinha	Andaraí	Boninal
Conceição_do_Jacuípe	Jacobina	Santo_Amaro	Andorinha	Bonito
Conde	Jaguaquara	Santo_Antônio_de_Jesus	Angical	Boquira
Correntina	Jequié	Santo_Estêvão	Antas	Botuporã
Crisópolis	Jitaúna	São_Felipe	Antônio_Cardoso	Brejões
Curaçá	Juazeiro	São_Félix	Antônio_Gonçalves	Brejolândia
Brotas_de_Macaúbas	Chorrochó	Fátima	Ilhéus	Itatim
Brumado	Cícero_Dantas	Feira_da_Mata	Inhambupe	Itiruçu
Buerarema	Cipó	Feira_de_Santana	Ipecaetá	Itiúba
Caatiba	Coaraci	Filadélfia	Ipiaú	Itororó
Cabaceiras_do_Paraguaçu	Cocos	Firmino_Alves	Ipirá	Ituaçu
Cachoeira	Conceição_da_Feira	Floresta_Azul	Ipupiara	Ituberá
Caém	Conceição_do_Almeid a	Formosa_do_Rio_Preto	Irajuba	Iuiú

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Caetanos	Conceição_do_Coité	Gandu	Iramaia	Jaborandi
Caetitê	Conceição_do_Jacuípe	Gavião	Iraquara	Jacaraci
Cafarnaum	Conde	Glória	Irará	Jacobina
Cairu	Condeúba	Gongogi	Irecê	Jaguaquara
Caldeirão_Grande	Contendas_do_Sincorá	Governador_Mangabeira	Itabela	Jaguarari
Camacan	Coração_de_Maria	Guajeru	Itaberaba	Jaguaripe
Camaçari	Cordeiros	Guanambi	Itabuna	Jandaíra
Camamu	Coribe	Guaratinga	Itacaré	Jequié
Campo_Formoso	Coronel_João_Sá	Iaçu	Itaeté	Jeremoabo
Canápolis	Correntina	Ibiassucê	Itagi	Jiquiriçá
Canarana	Cotegipe	Ibicaraí	Itagibá	Jitaúna
Canavieiras	Cravolândia	Ibicoara	Itagimirim	João_Dourado
Candeal	Crisópolis	Ibicuí	Itaguaçu_da_Bahia	José_do_Jacuípe
Candeias	Cristópolis	Ibipeba	Itaju_do_Colônia	Juazeiro
Cândido_Sales	Cruz_das_Almas	Ibipitanga	Itajuípe	Jussara
Cansanção	Curaçá	Ibiquera	Itamaraju	Jussari
Capela_do_Alto_Alegre	Dário_Meira	Ibirapitanga	Itamari	Jussiape
Capim_Grosso	Dom_Basílio	Ibirapuã	Itambé	Lafaiete_Coutinho
Caraíbas	Dom_Macedo_Costa	Ibirataia	Itanagra	Lagoa_Real
Caravelas	Elísio_Medrado	Ibitiara	Itaparica	Laje
Cardeal_da_Silva	Encruzilhada	Ibititá	Itapé	Lajedão
Carinhanha	Entre_Rios	Ibotirama	Itapebi	Lajedinho
Casa_Nova	Érico_Cardoso	Ichu	Itapetinga	Lajedo_do_Tabocal
Castro_Alves	Esplanada	Igaporã	Itapicuru	Lapão
Catu	Euclides_da_Cunha	Igrapiúna	Itaquara	Lauro_de_Freitas
Central	Eunápolis	Iguaí	Itarantim	Lençóis
Licínio_de_Almeida	Muritiba	Piritiba	Santa_Inês	Sítio_do_Mato
Livramento_de_Nossa_Se nhora	Mutuípe	Planaltino	Santa_Luzia	Sobradinho

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Luís_Eduardo_Magalhães	Nazaré	Planalto	Santa_Maria_da_Vitória	Souto_Soares
Macajuba	Nilo_Peçanha	Poções	Santa_Rita_de_Cássia	Tabocas_do_Brejo_Velho
Macarani	Nordestina	Pojuca	Santa_Teresinha	Tanhaçu
Macaúbas	Nova_Canaã	Ponto_Novo	Santaluz	Tanque_Novo
Macururé	Nova_Fátima	Porto_Seguro	Santana	Tanquinho
Madre_de_Deus	Nova_Ibiá	Potiraguá	Santanópolis	Taperoá
Maetinga	Nova_Itarana	Prado	Santo_Amaro	Tapiramutá
Maiquinique	Nova_Redenção	Presidente_Dutra	Santo_Antônio_de_Jesus	Teixeira_de_Freitas
Mairi	Nova_Soure	Presidente_Jânio_Quadros	Santo_Estêvão	Teodoro_Sampaio
Malhada	Novo_Horizonte	Presidente_Tancredo_Neves	São_Desidério	Teofilândia
Malhada_de_Pedras	Novo_Triunfo	Queimadas	São_Felipe	Teolândia
Maracás	Olindina	Quijingue	São_Félix	Terra_Nova
Maragogipe	Oliveira_dos_Brejinhos	Rafael_Jambeiro	São_Félix_do_Coribe	Tremedal
Maraú	Ouriçangas	Remanso	São_Francisco_do_Conde	Tucano
Marcionílio_Souza	Ourolândia	Retirolândia	São_Gabriel	Uauá
Mascote	Palmas_de_Monte_Altino	Riachão_das_Neves	São_Gonçalo_dos_Campes	Ubaíra
Mata_de_São_João	Palmeiras	Riachão_do_Jacuípe	São_Miguel_das_Matas	Ubaitaba
Matina	Paramirim	Ribeira_do_Amparo	São_Sebastião_do_Passé	Ubatã
Miguel_Calmon	Paratinga	Ribeira_do_Pombal	Sapeaçu	Uibaí
Milagres	Paripiranga	Rio_de_Contas	Sátiro_Dias	Umburanas
Mirangaba	Pau_Brasil	Rio_do_Antônio	Saubara	Una
Mirante	Paulo_Afonso	Rio_do_Pires	Saúde	Urandi
Monte_Santo	Pé_de_Serra	Rio_Real	Seabra	Uruçuca
Morro_do_Chapéu	Pedraõ	Rodelas	Senhor_do_Bonfim	Utinga
Mortugaba	Pedro_Alexandre	Ruy_Barbosa	Sento_Sé	Várzea_da_Roça

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Mucugê	Piatã	Salinas_da_Margarida	Serra_do_Ramalho	Várzea_Nova
Mucuri	Pindaí	Salvador	Serra_Dourada	Varzedo
Mulungu_do_Morro	Pindobaçu	Santa_Bárbara	Serra_Preta	Vera_Cruz
Mundo_Novo	Pintadas	Santa_Brígida	Serrinha	Vereda
Muniz_Ferreira	Pirai_do_Norte	Santa_Cruz_Cabrália	Serrolândia	Vitória_da_Conquista
Muquém_de_São_Francis co	Piripá	Santa_Cruz_da_Vitória	Simões_Filho	Wagner
Wanderley	Banzaê	Campo_Alegre_de_Lourd es	Érico_Cardoso	Ipecaetá
Wenceslau_Guimarães	Barra_da_Estiva	Campo_Formoso	Eunápolis	Ipiaú
Xique-Xique	Barra_do_Choça	Canavieiras	Fátima	Ipupiara
	Barra_do_Mendes	Cândido_Sales	Feira_da_Mata	Irajuba
	Barra_do_Rocha	Cansanção	Feira_de_Santana	Iramaia
RADIOPERI	Barreiras	Capela_do_Alto_Alegre	Filadélfia	Iraquara
Pintadas	Barro_Alto	Capim_Grosso	Firmino_Alves	Irárá
	Barro_Preto	Caraibas	Floresta_Azul	Irecê
	Barrocas	Caravelas	Formosa_do_Rio_Preto	Itabela
CONENF	Belmonte	Cardeal_da_Silva	Gandu	Itaberaba
Abaíra	Belo_Campo	Carinhanha	Gavião	Itacaré
Abaré	Biritinga	Castro_Alves	Gentio_do_Ouro	Itaeté
Acajutiba	Boa_Nova	Caturama	Glória	Itagi
Adustina	Boa_Vista_do_Tupim	Central	Gongogi	Itagibá
Água_Fria	Bom_Jesus_da_Lapa	Chorrochó	Governador_Mangabeira	Itagimirim
Aiquara	Bom_Jesus_da_Serra	Cipó	Guajeru	Itaju_do_Colônia
Alcobaça	Boninal	Coaraci	Guanambi	Itajuípe
Almadina	Bonito	Conceição_da_Feira	Guaratinga	Itamaraju
Amargosa	Boquirá	Conceição_do_Almeida	Iaçú	Itamari
América_Dourada	Botuporã	Conde	Ibiassucê	Itambé
Anagé	Brejões	Condeúba	Ibicaraí	Itanagra

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Andaraí	Brejolândia	Contendas_do_Sincorá	Ibicoara	Itanhém
Angical	Brotas_de_Macaúbas	Cordeiros	Ibipeba	Itaparica
Antônio_Cardoso	Brumado	Crisópolis	Ibipitanga	Itapé
Aporá	Buerarema	Cristópolis	Ibirapitanga	Itapebi
	Cabaceiras_do_Paragu			
Apuarema	açu	Cruz_das_Almas	Ibirapuã	Itapetinga
Araças	Cachoeira	Curaçá	Ibitiara	Itapicuru
Aracatu	Caculé	Dário_Meira	Ibititá	Itapitanga
Aramari	Caém	Dom_Basílio	Ibotirama	Itaquara
Arataca	Caetanos	Dom_Macedo_Costa	Igaporã	Itatim
Aratuípe	Cairu	Elísio_Medrado	Igrapiúna	Itiruçu
Aurelino_Leal	Caldeirão_Grande	Encruzilhada	Iguaí	Itororó
Baianópolis	Camacan	Entre_Rios	Inhambupe	Ituaçu
Ituberá	Malhada_de_Pedras	Pedraõ	Santa_Rita_de_Cássia	Utinga
Jaborandi	Manoel_Vitorino	Piatã	Santa_Teresinha	Valença
Jacaraci	Maracás	Pindobaçu	Santana	Várzea_da_Roça
Jacobina	Maraú	Pintadas	Santanópolis	Várzea_do_Poço
Jaguaquara	Marcionílio_Souza	Piripá	Santo_Amaro	Varzedo
Jaguarari	Mascote	Piritiba	Santo_Antônio_de_Jesus	Vera_Cruz
Jaguaripe	Mata_de_São_João	Planaltino	São_Domingos	Vereda
Jandaíra	Matina	Planalto	São_Felipe	Wanderley
Jequié	Medeiros_Neto	Poções	São_Félix	Wenceslau_Guimarães
Jeremoabo	Milagres	Pojuca	São_Francisco_do_Conde	Xique-Xique
Jitaúna	Mirante	Ponto_Novo	São_Gabriel	
			São_Gonçalo_dos_Camp	
João_Dourado	Morro_do_Chapéu	Porto_Seguro	os	
Juazeiro	Mucugê	Potiraguá	São_José_da_Vitória	
Jucuruçu	Mucuri	Prado	São_Miguel_das_Matas	
Jussara	Mundo_Novo	Presidente_Dutra	São_Sebastião_do_Passé	

APÊNDICE II – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Jussari	Muniz_Ferreira	Presidente_Jânio_Quadros	Sapeaçu
Jussiape	Mutuípe	Presidente_Tancredo_Neves	Saúde
Lafaiete_Coutinho	Nazaré	Quijingue	Sebastião_Laranjeiras
Lagoa_Real	Nilo_Peçanha	Quixabeira	Serra_Preta
Laje	Nordestina	Rafael_Jambeiro	Serrolândia
Lajedão	Nova_Canaã	Riacho_de_Santana	Sítio_do_Quinto
Lajedinho	Nova_Fátima	Ribeira_do_Amparo	Sobradinho
Lajedo_do_Tabocal	Nova_Ibiá	Rio_do_Antônio	Souto_Soares
Lapão	Nova_Itarana	Rio_do_Pires	Tabocas_do_Brejo_Velho
Lençóis	Novo_Horizonte	Rio_Real	Tanhaçu
Licínio_de_Almeida	Olindina	Rodelas	Tanque_Novo
Livramento_de_Nossa_Senhora	Ouriçangas	Ruy_Barbosa	Tapiramutá
Macaçuba	Ourolândia	Salinas_da_Margarida	Teixeira_de_Freitas
Macururé	Palmeiras	Santa_Brígida	Teodoro_Sampaio
Madre_de_Deus	Paramirim	Santa_Cruz_Cabrália	Teolândia
Maetinga	Pau_Brasil	Santa_Cruz_da_Vitória	Terra_Nova
Mairi	Paulo_Afonso	Santa_Inês	Ubaitaba
Malhada	Pé_de_Serra	Santa_Luzia	Uibaí

**APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA
MUNICIPAL. BAHIA 2012**

CCITOU	Buerarema	Cravolândia	Itanhém	Manoel_Vitorino
Abaíra	Buritirama	Crisópolis	Itaparica	Mansidão
Abaré	Caatiba	Cristópolis	Itapé	Maracás
Adustina	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Curaçá	Itapebi	Maragogipe
Aiquara	Cachoeira	Dário_Meira	Itapetinga	Maraú
Alagoinhas	Caculé	Dias_d'Ávila	Itapicuru	Marcionílio_Souza
Almadina	Caldeirão_Grande	Elísio_Medrado	Itapitanga	Mascote
Amélia_Rodrigues	Camamu	Feira_da_Mata	Itaquara	Medeiros_Neto
Anagé	Campo_Alegre_de_Lourdes	Formosa_do_Rio_Preto	Itarantim	Milagres
Andorinha	Canavieiras	Gandu	Itatim	Morpará
Angical	Candeal	Gentio_do_Ouro	Itiruçu	Mucugê
Anguera	Candeias	Glória	Itororó	Muniz_Ferreira
Antas	Candiba	Governador_Mangabeira	Ituaçu	Muquém_de_São_Francisco
Antônio_Cardoso	Canudos	Guajeru	Ituberá	Muritiba
Aporá	Caravelas	Heliópolis	Iuiú	Mutuípe
Apuarema	Carinhanha	Ibicaraí	Jaborandi	Nilo_Peçanha
Araci	Catolândia	Ibiquera	Jaguaquara	Nova_Canaã
Arataca	Catu	Ibirapitanga	Jaguaripe	Nova_Fátima
Aurelino_Leal	Caturama	Ibirataia	Jandaíra	Nova_Redenção
Banzaê	Cipó	Ichu	Jequié	Nova_Soure
Barra	Coaraci	Ilhéus	Jiquiriçá	Nova_Viçosa
Barra_do_Mendes	Conceição_da_Feira	Ipupiara	Jucuruçu	Novo_Triunfo
Barro_Alto	Conceição_do_Coité	Irajuba	Jussari	Olindina
Barrocas	Conceição_do_Jacuípe	Itaberaba	Lafaiete_Coutinho	Oliveira_dos_Brejinhos
Belmonte	Conde	Itabuna	Laje	Ouriçangas
Boa_Nova	Contendas_do_Sincorá	Itacaré	Macajuba	Paratinga

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Boa_Vista_do_Tupim	Coração_de_Maria	Itagibá	Macarani	Paripiranga
Bom_Jesus_da_Lapa	Coribe	Itaju_do_Colônia	Macaúbas	Pé_de_Serra
Boninal	Coronel_João_Sá	Itamaraju	Macururé	Pedro_Alexandre
Botuporã	Correntina	Itamari	Maiquinique	Piatã
Brejões	Cotegipe	Itanagra	Malhada	Pilão_Arcado
Pindaí	Senhor_do_Bonfim	COLPOSCOPIA	Barra_do_Choça	Caldeirão_Grande
Piraiá_do_Norte	Sento_Sé	Abaira	Barra_do_Mendes	Camacan
Porto_Seguro	Serra_do_Ramalho	Abaré	Barra_do_Rocha	Camaçari
Prado	Serra_Dourada	Acajutiba	Barreiras	Camamu
Queimadas	Serra_Preta	Adustina	Barro_Alto	Campo_Alegre_de_Lourdes
Quijingue	Serrinha	Água_Fria	Barro_Preto	Campo_Formoso
Rafael_Jambeiro	Simões_Filho	Aiquara	Barrocas	Canápolis
Remanso	Sítio_do_Mato	Alagoinhas	Belmonte	Canarana
Retirolândia	Sítio_do_Quinto	Alcobaça	Belo_Campo	Candeal
Riachão_do_Jacuípe	Sobradinho	Almadina	Biritinga	Candeias
Riacho_de_Santana	Souto_Soares	Amargosa	Boa_Nova	Candiba
Ribeira_do_Amparo	Tabocas_do_Brejo_Velho	Amélia_Rodrigues	Boa_Vista_do_Tupim	Cândido_Sales
Ribeirão_do_Largo	Tanhaçu	América_Dourada	Bom_Jesus_da_Lapa	Cansanção
Rio_do_Pires	Tanque_Novo	Anagé	Bom_Jesus_da_Serra	Capela_do_Alto_Alegre
Rodelas	Tanquinho	Andaraí	Boninal	Capim_Grosso
Salinas_da_Margarida	Taperoá	Andorinha	Bonito	Caraibas
Salvador	Teodoro_Sampaio	Angical	Boquira	Caravelas
Santa_Bárbara	Teofilândia	Anguera	Botuporã	Cardeal_da_Silva
Santa_Brígida	Teolândia	Antas	Brejões	Carinhanha
Santa_Inês	Tremedal	Antônio_Cardoso	Brejolândia	Casa_Nova
Santa_Luzia	Tucano	Antônio_Gonçalves	Brotas_de_Macaúbas	Castro_Alves
Santa_Teresinha	Uauá	Aporá	Brumado	Catolândia
Santana	Ubaitaba	Apurema	Buerarema	Catu

**APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA
MUNICIPAL. BAHIA 2012**

Santo_Amaro	Umburanas	Aracatu	Buritirama	Caturama
Santo_Estêvão	Una	Araci	Caatiba	Central
São_Domingos	Urandi	Aramari	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Chorrochó
São_Francisco_do_Cond e	Uruçuca	Arataca	Cachoeira	Cícero_Dantas
Sapeaçu	Utinga	Aratuípe	Caculé	Cipó
Sátiro_Dias	Valença	Aurelino_Leal	Caém	Coaraci
Saubara	Valente	Baianópolis	Caetanos	Cocos
Saúde	Vereda	Baixa_Grande	Caetitê	Conceição_da_Feira
Seabra	Wanderley	Banzaê	Cafarnaum	Conceição_do_Almeida
Sebastião_Laranjeiras	Wenceslau_Guimarães	Barra_da_Estiva	Cairu	Conceição_do_Jacuípe
Conde	Glória	Iraquara	Jaborandi	Macaúbas
Condeúba	Gongogi	Irárá	Jacaraci	Macururé
Contendas_do_Sincorá	Governador_Mangabeira	Irecê	Jacobina	Madre_de_Deus
Coração_de_Maria	Guajeru	Itabela	Jaguaquara	Maetinga
Cordeiros	Guanambi	Itaberaba	Jaguarari	Maiquinique
Coribe	Guaratinga	Itacaré	Jaguaripe	Mairi
Coronel_João_Sá	Heliópolis	Itaeté	Jandaíra	Malhada
Correntina	Iaçu	Itagi	Jequié	Malhada_de_Pedras
Cotegipe	Ibiassucê	Itagibá	Jeremoabo	Manoel_Vitorino
Cravolândia	Ibicaraí	Itagimirim	Jiquiriçá	Mansidão
Crisópolis	Ibicoara	Itaguaçu_da_Bahia	Jitaúna	Maracás
Cristópolis	Ibicuí	Itaju_do_Colônia	João_Dourado	Maragogipe
Cruz_das_Almas	Ibipeba	Itajuípe	José_do_Jacuípe	Maraú
Curaçá	Ibipitanga	Itamaraju	Juazeiro	Marcionílio_Souza
Dário_Meira	Ibiquera	Itamari	Jucuruçu	Mascote
Dias_d'Ávila	Ibirapitanga	Itambé	Jussara	Mata_de_São_João
Dom_Basílio	Ibirapuã	Itanagra	Jussari	Matina

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Dom_Macedo_Costa	Ibirataia	Itanhém	Jussiape	Medeiros_Neto
Elísio_Medrado	Ibitiara	Itaparica	Lafaiete_Coutinho	Miguel_Calmon
Encruzilhada	Ibititá	Itapé	Lagoa_Real	Milagres
Entre_Rios	Ibotirama	Itapebi	Laje	Mirangaba
Érico_Cardoso	Ichu	Itapetinga	Lajedão	Mirante
Esplanada	Igaporã	Itapicuru	Lajedinho	Monte_Santo
Eunápolis	Igrapiúna	Itapitanga	Lajedo_do_Tabocal	Morpará
Fátima	Iguaí	Itaquara	Lamarão	Morro_do_Chapéu
Feira_da_Mata	Ilhéus	Itarantim	Lapão	Mortugaba
Filadélfia	Inhambupe	Itatim	Lauro_de_Freitas	Mucugê
Firmino_Alves	Ipecaetá	Itiruçu	Lençóis	Mucuri
Floresta_Azul	Ipiaú	Itiúba	Licínio_de_Almeida	Mulungu_do_Morro
Formosa_do_Rio_Preto	Ipirá	Itororó	Livramento_de_Nossa_Sen hora	Mundo_Novo
Gandu	Ipupiara	Ituaçu	Luís_Eduardo_Magalhães	Muniz_Ferreira
Gavião	Irajuba	Ituberá	Macajuba	Muquem_de_São_Francisco
Gentio_do_Ouro	Iramaia	Iuiú	Macarani	Muritiba
Mutuípe	Piritiba	Santa_Cruz_da_Vitória	Simões_Filho	Vereda
Nazaré	Planaltino	Santa_Inês	Sítio_do_Mato	Vitória_da_Conquista
Nilo_Peçanha	Planalto	Santa_Luzia	Sítio_do_Quinto	Wagner
Nordestina	Poções	Santa_Maria_da_Vitória	Sobradinho	Wanderley
Nova_Canaã	Pojuca	Santa_Rita_de_Cássia	Souto_Soares	Wenceslau_Guimarães
Nova_Fátima	Ponto_Novo	Santa_Teresinha	Tabocas_do_Brejo_Velho	Xique-Xique
Nova_Ibiá	Porto_Seguro	Santana	Tanhaçu	
Nova_Itarana	Potiraguá	Santanópolis	Tanque_Novo	
Nova_Redenção	Prado	Santo_Amaro	Tanquinho	COMED
Nova_Soure	Presidente_Dutra	Santo_Antônio_de_Jesus	Taperoá	Abaíra
Nova_Viçosa	Presidente_Jânio_Quadros	Santo_Estêvão	Tapiramutá	Abaré

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Novo_Horizonte	Presidente_Tancredo_Neves	São_Desidério	Teixeira_de_Freitas	Acajutiba
Novo_Triunfo	Queimadas	São_Domingos	Teodoro_Sampaio	Adustina
Olindina	Quijingue	São_Felipe	Teofilândia	Água_Fria
Oliveira_dos_Brejinhos	Quixabeira	São_Félix_do_Coribe	Teolândia	Aiquara
Ouriçangas	Rafael_Jambeiro	São_Francisco_do_Conde	Terra_Nova	Alagoinhas
Ouro_lândia	Remanso	São_Gabriel	Tremedal	Amargosa
Palmas_de_Monte_Alto	Retirolândia	São_Gonçalo_dos_Campos	Uauá	Amélia_Rodrigues
Palmeiras	Riachão_das_Neves	São_José_da_Vitória	Ubaíra	América_Dourada
Paramirim	Riacho_de_Santana	São_Miguel_das_Matas	Ubaitaba	Anagé
Paratinga	Ribeira_do_Amparo	São_Sebastião_do_Passé	Ubatã	Andaraí
Paripiranga	Ribeira_do_Pombal	Sapeaçu	Uibaí	Andorinha
Pau_Brasil	Ribeirão_do_Largo	Sátiro_Dias	Umburanas	Angical
Paulo_Afonso	Rio_de_Contas	Saubara	Una	Anguera
Pé_de_Serra	Rio_do_Antônio	Saúde	Urandi	Antas
Pedraõ	Rio_do_Pires	Seabra	Uruçuca	Antônio_Cardoso
Pedro_Alexandre	Rio_Real	Sebastião_Laranjeiras	Utinga	Antônio_Gonçalves
Pilão_Arcado	Rodelas	Senhor_do_Bonfim	Valença	Aporá
Pindaí	Ruy_Barbosa	Sento_Sé	Várzea_da_Roça	Apuarema
Pindobaçu	Salinas_da_Margarida	Serra_do_Ramalho	Várzea_do_Poço	Araças
Pintadas	Santa_Bárbara	Serra_Dourada	Várzea_Nova	Aracatu
Piraí_do_Norte	Santa_Brígida	Serra_Preta	Varzedo	Araci
Piripá	Santa_Cruz_Cabrália	Serrolândia	Vera_Cruz	Aramari
Arataca	Cafarnaum	Coração_de_Maria	Ibicuí	Itanagra
Aratuípe	Camaçari	Coribe	Ibipeba	Itanhém
Aurelino_Leal	Camamu	Correntina	Ibiquera	Itaparica
Baixa_Grande	Campo_Alegre_de_Lourdes	Cotegipe	Ibirapitanga	Itapetinga
Banzaê	Campo_Formoso	Cravolândia	Ibirapuã	Itapicuru
Barra	Canápolis	Crisópolis	Ibirataia	Itapitanga

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Barra_da_Estiva	Canarana	Cristópolis	Ibitiara	Itaquara
Barra_do_Choça	Canavieiras	Cruz_das_Almas	Ibititá	Itarantim
Barra_do_Mendes	Candeal	Dário_Meira	Ibotirama	Itatim
Barreiras	Candeias	Dias_d'Ávila	Ichu	Itiruçu
Barro_Preto	Candiba	Dom_Basílio	Igaporã	Itiúba
Barrocas	Cândido_Sales	Elísio_Medrado	Igrapiúna	Itororó
Belmonte	Cansanção	Encruzilhada	Iguaí	Ituaçu
Belo_Campo	Canudos	Entre_Rios	Ilhéus	Ituberá
Biritinga	Capela_do_Alto_Alegre	Esplanada	Inhambupe	Iuiú
Boa_Nova	Capim_Grosso	Euclides_da_Cunha	Ipecaetá	Jaborandi
Boa_Vista_do_Tupim	Caravelas	Eunápolis	Ipiaú	Jacaraci
Bom_Jesus_da_Lapa	Cardeal_da_Silva	Fátima	Ipirá	Jacobina
Bom_Jesus_da_Serra	Carinhanha	Feira_da_Mata	Ipupiara	Jaguaquara
Boninal	Casa_Nova	Feira_de_Santana	Irajuba	Jaguaripe
Bonito	Catolândia	Firmino_Alves	Iramaia	Jequié
Boquira	Catu	Formosa_do_Rio_Preto	Iraquara	Jeremoabo
Botuporã	Central	Gandu	Irecê	Jiquiriçá
Brejões	Chorrochó	Gentio_do_Ouro	Itabela	Jitaúna
Brejolândia	Cícero_Dantas	Glória	Itaberaba	João_Dourado
Brumado	Cipó	Governador_Mangabeira	Itabuna	José_do_Jacuípe
Buerarema	Coaraci	Guajeru	Itacaré	Juazeiro
Buritirama	Cocos	Guanambi	Itaeté	Jucuruçu
Caatiba	Conceição_da_Feira	Guaratinga	Itagibá	Jussara
Cachoeira	Conceição_do_Almeida	Heliópolis	Itagimirim	Lafaiete_Coutinho
Caculé	Conceição_do_Coité	Iaçu	Itaju_do_Colônia	Lagoa_Real
Caetanós	Conceição_do_Jacuípe	Ibiassucê	Itajuípe	Laje
Caetité	Contendas_do_Sincorá	Ibicaraí	Itambé	Lajedinho
Lapão	Nordestina	Queimadas	Santo_Estêvão	Tucano

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Lauro_de_Freitas	Nova_Canaã	Quijingue	São_Desidério	Uauá
Lençóis	Nova_Ibiá	Rafael_Jambeiro	São_Domingos	Ubaíra
Luís_Eduardo_Magalhães	Nova_Itarana	Remanso	São_Felipe	Ubaitaba
Macajuba	Nova_Redenção	Retirolândia	São_Félix	Ubatã
Macaúbas	Nova_Soure	Riachão_das_Neves	São_Félix_do_Coribe	Uibaí
Macururé	Nova_Viçosa	Riachão_do_Jacuípe	São_Francisco_do_Conde	Umburanas
Madre_de_Deus	Novo_Horizonte	Riacho_de_Santana	São_Gonçalo_dos_Campos	Una
Maiquinique	Novo_Triunfo	Ribeira_do_Amparo	São_Miguel_das_Matas	Urandi
Mairi	Olindina	Ribeira_do_Pombal	São_Sebastião_do_Passé	Utinga
Malhada	Oliveira_dos_Brejinhos	Ribeirão_do_Largo	Sapeaçu	Valença
Manoel_Vitorino	Ouriçangas	Rio_de_Contas	Sátiro_Dias	Valente
Mansidão	Ourolândia	Rio_do_Antônio	Saubara	Várzea_da_Roça
Maracás	Paramirim	Rio_do_Pires	Sebastião_Laranjeiras	Várzea_do_Poço
Maragogipe	Paratinga	Rio_Real	Senhor_do_Bonfim	Várzea_Nova
Marcionílio_Souza	Paripiranga	Rodelas	Sento_Sé	Varzedo
Mascote	Pau_Brasil	Ruy_Barbosa	Serra_do_Ramalho	Vera_Cruz
Medeiros_Neto	Paulo_Afonso	Salinas_da_Margarida	Serra_Dourada	Vitória_da_Conquista
Miguel_Calmon	Pedro_Alexandre	Salvador	Serra_Preta	Wagner
Mirangaba	Piatã	Santa_Bárbara	Serrinha	Wanderley
Mirante	Pilão_Arcado	Santa_Brígida	Serrolândia	Wenceslau_Guimarães
Monte_Santo	Pindaí	Santa_Cruz_Cabrália	Simões_Filho	Xique-Xique
Morpará	Pindobaçu	Santa_Cruz_da_Vitória	Sítio_do_Mato	
Morro_do_Chapéu	Pintadas	Santa_Inês	Sítio_do_Quinto	
Mortugaba	Piraí_do_Norte	Santa_Luzia	Sobradinho	1CODONT
Mucugê	Piritiba	Santa_Maria_da_Vitória	Souto_Soares	Abaíra
Mucuri	Planaltino	Santa_Rita_de_Cássia	Tanque_Novo	Abaré
Mulungu_do_Morro	Planalto	Santa_Teresinha	Tanquinho	Acajutiba

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Mundo_Novo	Poções	Santaluz	Taperoá	Ajustina
Muniz_Ferreira	Porto_Seguro	Santana	Teixeira_de_Freitas	Água_Fria
Muquém_de_São_Francisco	Potiraguá	Santanópolis	Teodoro_Sampaio	Aiquara
Muritiba	Prado	Santo_Amaro	Teofilândia	Alagoinhas
Mutuípe	Presidente_Tancredo_Neves	Santo_Antônio_de_Jesus	Teolândia	Alcobaça
Amargosa	Boa_Nova	Candiba	Cravolândia	Ibicoara
Amélia_Rodrigues	Boa_Vista_do_Tupim	Cândido_Sales	Crisópolis	Ibicuí
América_Dourada	Bom_Jesus_da_Lapa	Cansanção	Cristópolis	Ibipeba
Anagé	Bom_Jesus_da_Serra	Canudos	Cruz_das_Almas	Ibipitanga
Andaraí	Boninal	Capela_do_Alto_Alegre	Curaçá	Ibiquera
Andorinha	Bonito	Capim_Grosso	Dário_Meira	Ibirapitanga
Angical	Boquira	Caraibas	Dias_d'Ávila	Ibirapuã
Anguera	Botuporã	Caravelas	Dom_Basílio	Ibirataia
Antas	Brejões	Cardeal_da_Silva	Elísio_Medrado	Ibitiara
Antônio_Gonçalves	Brejolândia	Carinhanha	Encruzilhada	Ibititá
Aporá	Brotas_de_Macaúbas	Casa_Nova	Entre_Rios	Ibotirama
Apuarema	Brumado	Castro_Alves	Érico_Cardoso	Ichu
Araças	Buerarema	Catolândia	Esplanada	Igaporã
Aracatu	Buritirama	Caturama	Euclides_da_Cunha	Igrapiúna
Araci	Caatiba	Central	Eunápolis	Iguaí
Aramari	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Chorrochó	Fátima	Ilhéus
Arataca	Cachoeira	Cícero_Dantas	Feira_da_Mata	Inhambupe
Aratuípe	Caculé	Cipó	Filadélfia	Ipecaetá
Aurelino_Leal	Caém	Coaraci	Firmino_Alves	Ipiaú
Baianópolis	Caetanos	Cocos	Floresta_Azul	Ipirá
Baixa_Grande	Cafarnaum	Conceição_da_Feira	Formosa_do_Rio_Preto	Ipupiara
Banzaê	Cairu	Conceição_do_Almeida	Gandu	Irajuba

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Barra	Caldeirão_Grande	Conceição_do_Coité	Gavião	Iramaia
Barra_da_Estiva	Camacan	Conceição_do_Jacuípe	Glória	Iraquara
Barra_do_Choça	Camaçari	Conde	Gongogi	Irá
Barra_do_Mendes	Camamu	Condeúba	Governador_Mangabeira	Irecê
Barra_do_Rocha	Campo_Alegre_de_Lourdes	Contendas_do_Sincorá	Guajeru	Itabela
Barreiras	Campo_Formoso	Coração_de_Maria	Guanambi	Itaberaba
Barro_Alto	Canápolis	Cordeiros	Guaratinga	Itabuna
Barrocas	Canarana	Coribe	Heliópolis	Itacaré
Belmonte	Canavieiras	Coronel_João_Sá	Iaçu	Itaeté
Belo_Campo	Candeal	Correntina	Ibiassucê	Itagi
Biritinga	Candeias	Cotegipe	Ibicarai	Itagibá
Itagimirim	Jitaúna	Marcionílio_Souza	Ouriçangas	Quixabeira
Itaguaçu_da_Bahia	João_Dourado	Mascote	Ourolândia	Rafael_Jambeiro
Itaju_do_Colônia	José_do_Jacuípe	Mata_de_São_João	Palmas_de_Monte_Alto	Remanso
Itajuípe	Juazeiro	Matina	Palmeiras	Retirolândia
Itamaraju	Jucuruçu	Medeiros_Neto	Paramirim	Riachão_das_Neves
Itamari	Jussara	Miguel_Calmon	Paratinga	Riachão_do_Jacuípe
Itambé	Jussari	Milagres	Paripiranga	Riacho_de_Santana
Itanagra	Jussiape	Mirangaba	Pau_Brasil	Ribeira_do_Amparo
Itanhém	Lafaiete_Coutinho	Mirante	Paulo_Afonso	Ribeira_do_Pombal
Itaparica	Lagoa_Real	Monte_Santo	Pé_de_Serra	Ribeirão_do_Largo
Itapé	Lajedão	Morpará	Pedrao	Rio_de_Contas
Itapebi	Lajedinho	Morro_do_Chapéu	Pedro_Alexandre	Rio_do_Antônio
Itapetinga	Lajedo_do_Tabocal	Mucugê	Piatã	Rio_do_Pires
Itapicuru	Lamarão	Mucuri	Pilão_Arcado	Rio_Real
Itapitanga	Lapão	Mulungu_do_Morro	Pindaí	Rodelas
Itaquara	Lauro_de_Freitas	Mundo_Novo	Pindobaçu	Ruy_Barbosa
Itarantim	Lençóis	Muniz_Ferreira	Pintadas	Salinas_da_Margarida

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Itatim	Luís_Eduardo_Magalhães	Muquém_de_São_Francisco	Pirai_do_Norte	Salvador
Itiruçu	Macajuba	Muritiba	Piripá	Santa_Bárbara
Itiúba	Macarani	Mutuípe	Piritiba	Santa_Brígida
Itororó	Macaúbas	Nilo_Peçanha	Planaltino	Santa_Cruz_Cabrália
Ituaçu	Macururé	Nordestina	Planalto	Santa_Cruz_da_Vitória
Ituberá	Madre_de_Deus	Nova_Canaã	Poções	Santa_Inês
Iuiú	Maetinga	Nova_Fátima	Pojuca	Santa_Luzia
Jaborandi	Maiquinique	Nova_Ibiá	Ponto_Novo	Santa_Maria_da_Vitória
Jacaraci	Mairi	Nova_Itarana	Porto_Seguro	Santa_Rita_de_Cássia
Jacobina	Malhada	Nova_Redenção	Potiraguá	Santaluz
Jaguaquara	Malhada_de_Pedras	Nova_Soure	Prado	Santana
Jaguaripe	Manoel_Vitorino	Nova_Viçosa	Presidente_Dutra	Santanópolis
Jandaíra	Mansidão	Novo_Horizonte	Presidente_Jânio_Quadros	Santo_Amaro
Jequié	Maracás	Novo_Triunfo	Presidente_Tancredo_Neves	Santo_Antônio_de_Jesus
Jeremoabo	Maragogipe	Olindina	Queimadas	Santo_Estêvão
Jiquiriçá	Maraú	Oliveira_dos_Brejinhos	Quijingue	São_Desidério
São_Domingos	Teodoro_Sampaio	Amélia_Rodrigues	Cândido_Sales	Ibotirama
São_Felipe	Teofilândia	América_Dourada	Cansanção	Ichu
São_Félix	Teolândia	Andorinha	Canudos	Igaporã
São_Félix_do_Coribe	Terra_Nova	Angical	Capim_Grosso	Ilhéus
São_Francisco_do_Cond e	Tremedal	Anguera	Carinhanha	Inhambupe
São_Gabriel	Tucano	Antas	Casa_Nova	Ipirá
São_Gonçalo_dos_Camp os	Uauá	Antônio_Gonçalves	Catolândia	Irará
São_José_da_Vitória	Ubaíra	Araci	Central	Irecê
São_Miguel_das_Matas	Ubaitaba	Arataca	Cícero_Dantas	Itaberaba
São_Sebastião_do_Passé	Ubatã	Aurelino_Leal	Cipó	Itabuna

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Sapeaçu	Uibaí	Baixa_Grande	Conceição_do_Coité	Itacaré
Sátiro_Dias	Umburanas	Barra	Conceição_do_Jacuípe	Itagi
Saubara	Una	Barra_do_Mendes	Contendas_do_Sincorá	Itaguaçu_da_Bahia
Seabra	Urandi	Barreiras	Coribe	Itaju_do_Colônia
Sebastião_Laranjeiras	Uruçuca	Barrocas	Correntina	Itambé
Senhor_do_Bonfim	Utinga	Biritinga	Cotegipe	Itanhém
Sento_Sé	Valença	Bom_Jesus_da_Lapa	Cravolândia	Itaparica
Serra_do_Ramalho	Valente	Boquira	Crisópolis	Itarantim
Serra_Dourada	Várzea_da_Roça	Botuporã	Cruz_das_Almas	Itatim
Serra_Preta	Várzea_do_Poço	Buritirama	Dias_d'Ávila	Itiúba
Serrinha	Várzea_Nova	Caatiba	Elísio_Medrado	Ituaçu
Serrolândia	Vera_Cruz	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Esplanada	Iuiú
Simões_Filho	Vitória_da_Conquista	Caculé	Euclides_da_Cunha	Jacobina
Sítio_do_Mato	Wagner	Caetanos	Feira_de_Santana	Jaguaquara
Sítio_do_Quinto	Wanderley	Caetité	Firmino_Alves	Jaguaripe
Sobradinho	Wenceslau_Guimarães	Cafarnaum	Gandu	Jiquiriçá
Souto_Soares	Xique-Xique	Camaçari	Gentio_do_Ouro	João_Dourado
Tabocas_do_Brejo_Velho		Camamu	Guanambi	José_do_Jacuípe
Tanhaçu		Campo_Formoso	Heliópolis	Jucuruçu
Tanque_Novo	CONOPNS	Canápolis	Ibicuí	Lapão
Tanquinho	Ajustina	Candeal	Ibiquera	Lauro_de_Freitas
Taperoá	Aiquara	Candeias	Ibirapitanga	Lençóis
Teixeira_de_Freitas	Alagoinhas	Candiba	Ibirapuã	Luís_Eduardo_Magalhães
Macarani	Presidente_Tancredo_Neves	Simões_Filho	Antônio_Gonçalves	Fátima
Macaúbas	Queimadas	Sítio_do_Mato	Arataca	Firmino_Alves
Maiquinique	Quijingue	Sítio_do_Quinto	Aurelino_Leal	Guajeru
Manoel_Vitorino	Retirolândia	Tanque_Novo	Barra	Heliópolis

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Mansidão	Riachão_das_Neves	Tanquinho	Barra_do_Mendes	Ibipeba
Maracás	Riachão_do_Jacuípe	Taperoá	Barro_Alto	Ibirapitanga
Maragogipe	Riacho_de_Santana	Tapiramutá	Biritinga	Ibirapuã
Mata_de_São_João	Ribeira_do_Pombal	Teixeira_de_Freitas	Buritirama	Irajuba
Matina	Ribeirão_do_Largo	Teofilândia	Caatiba	Iramaia
Medeiros_Neto	Rio_de_Contas	Tremedal	Caculé	Itabuna
Miguel_Calmon	Rio_do_Antônio	Tucano	Cafarnaum	Itagi
Milagres	Rio_do_Pires	Uauá	Caldeirão_Grande	Itaju_do_Colônia
Mirangaba	Ruy_Barbosa	Ubatã	Camamu	Itanhém
Monte_Santo	Salinas_da_Margarida	Una	Canápolis	Itapitanga
Morpará	Salvador	Urandi	Canarana	Itaquara
Mulungu_do_Morro	Santa_Bárbara	Uruçuca	Canavieiras	Itiúba
Mundo_Novo	Santa_Brígida	Utinga	Candeal	Ituberá
Muquém_de_São_Franci sco	Santa_Maria_da_Vitória	Valença	Candiba	Jequié
Nova_Ibiá	Santo_Amaro	Valente	Canudos	Jiquiriçá
Nova_Redenção	Santo_Estêvão	Várzea_Nova	Caravelas	João_Dourado
Nova_Soure	São_Domingos	Vereda	Cícero_Dantas	Jucuruçu
Nova_Viçosa	São_Felipe	Vitória_da_Conquista	Conceição_do_Jacuípe	Jussara
Olindina	São_Félix_do_Coribe	Wanderley	Coronel_João_Sá	Jussiape
Oliveira_dos_Brejinhos	São_Gonçalo_dos_Campos		Cotegipe	Lajedinho
Palmas_de_Monte_Alto	São_Miguel_das_Matas		Cravolândia	Lamarão
Paratinga	Sátiro_Dias	DENTISTICA	Crisópolis	Manoel_Vitorino
Paripiranga	Saubara	Adustina	Curaçá	Mansidão
Pedrão	Seabra	América_Dourada	Dário_Meira	Maragogipe
Pilão_Arcado	Sebastião_Laranjeiras	Anagé	Dias_d'Ávila	Maraú
Pindaí	Sento_Sé	Andorinha	Elísio_Medrado	Marcionílio_Souza
Piraí_do_Norte	Serra_do_Ramalho	Angical	Encruzilhada	Milagres

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Poções	Serra_Dourada	Anguera	Entre_Rios	Mirangaba
Potiraguá	Serrinha	Antas	Euclides_da_Cunha	Monte_Santo
Morpará	Wanderley	Barra_da_Estiva	Candiba	Feira_da_Mata
Mucuri		Barra_do_Mendes	Cansanção	Firmino_Alves
Nova_Soure		Barra_do_Rocha	Canudos	Floresta_Azul
Nova_Viçosa	ULTRA	Barro_Alto	Capela_do_Alto_Alegre	Formosa_do_Rio_Preto
Novo_Triunfo	Abaíra	Barro_Preto	Caravelas	Gandu
Pedro_Alexandre	Abaré	Barrocas	Carinhanha	Gavião
Potiraguá	Acajutiba	Belmonte	Casa_Nova	Gentio_do_Ouro
Quijingue	Adustina	Belo_Campo	Catolândia	Glória
Riacho_de_Santana	Água_Fria	Biritinga	Caturama	Gongogi
Ribeira_do_Pombal	Aiquara	Boa_Nova	Central	Governador_Mangabeira
Ribeirão_do_Largo	Alcobaça	Boa_Vista_do_Tupim	Chorrochó	Guajeru
Salinas_da_Margarida	Almadina	Bom_Jesus_da_Lapa	Cícero_Dantas	Heliópolis
Santa_Bárbara	América_Dourada	Bom_Jesus_da_Serra	Cipó	Iaçú
Santa_Inês	Anagé	Boninal	Coaraci	Ibicoara
Santa_Luzia	Andaraí	Bonito	Cocos	Ibicuí
Santaluz	Andorinha	Boquira	Conceição_da_Feira	Ibipeba
Sebastião_Laranjeiras	Angical	Botuporã	Contendas_do_Sincorá	Ibipitanga
Sento_Sé	Anguera	Brejões	Coração_de_Maria	Ibiquera
Serra_do_Ramalho	Antas	Brejolândia	Cordeiros	Ibirapitanga
Serrinha	Antônio_Cardoso	Brotas_de_Macaúbas	Coribe	Ibirapuã
Sítio_do_Mato	Antônio_Gonçalves	Buerarema	Coronel_João_Sá	Ibirataia
Sítio_do_Quinto	Aporá	Buritirama	Cotegipe	Ibitiara
Sobradinho	Apuarema	Caatiba	Cravolândia	Ibititá
Taperoá	Araças	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Crisópolis	Ichu
Teofilândia	Aracatu	Cachoeira	Cristópolis	Igrapiúna
Teolândia	Araci	Caém	Cruz_das_Almas	Iguaí

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Tucano	Aramari	Caetanos	Curaçá	Ipecaetá
Ubatã	Arataca	Cafarnaum	Dário_Meira	Ipupiara
Urandi	Aratuípe	Cairu	Dom_Basílio	Irajuba
Valença	Aurelino_Leal	Camamu	Dom_Macedo_Costa	Iramaia
Valente	Baianópolis	Campo_Alegre_de_Lourdes	Elísio_Medrado	Iraquara
Várzea_Nova	Baixa_Grande	Canarana	Érico_Cardoso	Itaberaba
Vereda	Banzaê	Candeal	Fátima	Itacaré
Itaeté	Jussari	Muquém_de_São_Francisco	Presidente_Dutra	Sebastião_Laranjeiras
Itagi	Jussiape	Nilo_Peçanha	Presidente_Jânio_Quadros	Senhor_do_Bonfim
Itaguaçu_da_Bahia	Lafaiete_Coutinho	Nordestina	Presidente_Tancredo_Neves	Sento_Sé
Itaju_do_Colônia	Lagoa_Real	Nova_Canaã	Queimadas	Serra_do_Ramalho
Itajuípe	Lajedão	Nova_Fátima	Quijingue	Serra_Dourada
Itamaraju	Lajedinho	Nova_Ibiá	Quixabeira	Serrolândia
Itamari	Lamarão	Nova_Itarana	Rafael_Jambeiro	Sítio_do_Mato
Itambé	Lençóis	Nova_Redenção	Remanso	Sítio_do_Quinto
Itanagra	Licínio_de_Almeida	Nova_Soure	Riachão_das_Neves	Sobradinho
Itanhém	Macajuba	Nova_Viçosa	Riacho_de_Santana	Souto_Soares
Itaparica	Macarani	Novo_Horizonte	Ribeira_do_Amparo	Tabocas_do_Brejo_Velho
Itapé	Macururé	Novo_Triunfo	Ribeirão_do_Largo	Tanhaçu
Itapebi	Maiquinique	Olindina	Rio_de_Contas	Tanque_Novo
Itapetinga	Malhada	Oliveira_dos_Brejinhos	Rio_do_Antônio	Tanquinho
Itapicuru	Malhada_de_Pedras	Ouriçangas	Rio_do_Pires	Taperoá
Itapitanga	Manoel_Vitorino	Palmas_de_Monte_Alto	Rodelas	Tapiramutá
Itarantim	Mansidão	Palmeiras	Ruy_Barbosa	Teodoro_Sampaio
Itatim	Maragogipe	Paratinga	Salinas_da_Margarida	Teolândia
Itororó	Maraú	Paripiranga	Santa_Bárbara	Terra_Nova
Ituaçu	Marcionílio_Souza	Pau_Brasil	Santa_Brígida	Tucano
Ituberá	Mascote	Pé_de_Serra	Santa_Cruz_Cabralia	Uauá

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Iuiú	Matina	Pedro_Alexandre	Santa_Cruz_da_Vitória	Ubaíra
Jacaraci	Medeiros_Neto	Piatã	Santa_Inês	Ubaitaba
Jaguarari	Milagres	Pilão_Arcado	Santa_Luzia	Ubatã
Jaguaripe	Mirangaba	Pindaí	Santanópolis	Urandi
Jandaíra	Mirante	Pintadas	São_Desidério	Uruçuca
Jeremoabo	Monte_Santo	Piraí_do_Norte	São_Domingos	Utinga
Jiquiriçá	Morpará	Piripá	São_Félix_do_Coribe	Várzea_da_Roça
Jitaúna	Mortugaba	Piritiba	São_José_da_Vitória	Várzea_do_Poço
João_Dourado	Mucuri	Planaltino	São_Miguel_das_Matas	Várzea_Nova
José_do_Jacuípe	Mulungu_do_Morro	Ponto_Novo	Saubara	Varzedo
Jucuruçu	Mundo_Novo	Potiraguá	Saúde	Vereda
Jussara	Muniz_Ferreira	Prado	Seabra	Wagner
Wanderley	Boninal	Fátima	João_Dourado	Olindina
Wenceslau_Guimarães	Brejões	Feira_da_Mata	José_do_Jacuípe	Palmeiras
	Brejolândia	Firmino_Alves	Jucuruçu	Paripiranga
	Brotas_de_Macaúbas	Floresta_Azul	Lafaiete_Coutinho	Pau_Brasil
LABCLINICO	Buerarema	Gavião	Lajedão	Pé_de_Serra
Abaíra	Buritirama	Governador_Mangabeira	Lajedinho	Pedro_Alexandre
Abaré	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Guajeru	Lamarão	Pindaí
Adustina	Caetanos	Heliópolis	Lençóis	Pintadas
Aiquara	Campo_Alegre_de_Lourdes	Ibicaí	Macajuba	Piraí_do_Norte
Alcobaça	Canarana	Ibicoara	Macururé	Piripá
Almadina	Canavieiras	Ibicuí	Malhada	Planalto
América_Dourada	Candeal	Ibipeba	Malhada_de_Pedras	Potiraguá
Anagé	Candeias	Ibiquera	Manoel_Vitorino	Prado
Andorinha	Candiba	Ibitiara	Mansidão	Queimadas
Angical	Canudos	Ibititá	Maragogipe	Quijingue
Anguera	Capela_do_Alto_Alegre	Igrapiúna	Mascote	Quixabeira

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Antônio_Cardoso	Cardeal_da_Silva	Ipecaetá	Medeiros_Neto	Retirolândia
Apuarema	Carinhanha	Ipupiara	Milagres	Riachão_das_Neves
Araci	Casa_Nova	Irajuba	Mirante	Ribeira_do_Amparo
Aramari	Catolândia	Iraquara	Morpará	Rio_de_Contas
Arataca	Chorrochó	Irará	Mortugaba	Rio_do_Antônio
Aratuípe	Cícero_Dantas	Itaju_do_Colônia	Mucuri	Rodelas
Baianópolis	Conceição_da_Feira	Itamari	Muniz_Ferreira	Santa_Bárbara
Banzaê	Condeúba	Itanagra	Muquém_de_São_Francisco	Santa_Brígida
Barra_da_Estiva	Contendas_do_Sincorá	Itanhém	Nilo_Peçanha	Santa_Cruz_da_Vitória
Barra_do_Choça	Cordeiros	Itapebi	Nova_Fátima	Santa_Luzia
Barra_do_Mendes	Coribe	Itapicuru	Nova_Ibiá	Santo_Estêvão
Barra_do_Rocha	Cotegipe	Itapitanga	Nova_Itarana	São_Desidério
Barro_Alto	Cravolândia	Ituaçu	Nova_Redenção	São_Francisco_do_Conde
Belmonte	Crisópolis	Jaguarari	Nova_Soure	São_José_da_Vitória
Biritinga	Cristópolis	Jaguaripe	Nova_Viçosa	São_Miguel_das_Matas
Boa_Nova	Dom_Macedo_Costa	Jandaíra	Novo_Horizonte	Saubara
Bom_Jesus_da_Lapa	Esplanada	Jiquiriçá	Novo_Triunfo	Sebastião_Laranjeiras
Sítio_do_Mato	Anguera	Botuporã	Chorrochó	Glória
Sítio_do_Quinto	Antas	Brejões	Cícero_Dantas	Gongogi
Sobradinho	Antônio_Cardoso	Brejolândia	Cipó	Governador_Mangabeira
Tabocas_do_Brejo_Velho	Antônio_Gonçalves	Brotas_de_Macaúbas	Coaraci	Guajeru
Taperoá	Aporá	Buerarema	Cocos	Guaratinga
Tapiramutá	Apuarema	Buritirama	Conceição_da_Feira	Heliópolis
Teodoro_Sampaio	Araças	Caatiba	Conceição_do_Almeida	Iaçú
Teolândia	Aracatu	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Conceição_do_Coité	Ibicaraí
Terra_Nova	Araci	Caculé	Conde	Ibicoara
Ubaitaba	Aramari	Caém	Contendas_do_Sincorá	Ibicuí

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Umburanas	Arataca	Caetanos	Coração_de_Maria	Ibipeba
Várzea_da_Roça	Aratuípe	Caetitê	Cordeiros	Ibipitanga
Varzedo	Aurelino_Leal	Cafarnaum	Coronel_João_Sá	Ibiquera
Vera_Cruz	Baianópolis	Cairu	Cotegipe	Ibirapuã
Vereda	Baixa_Grande	Caldeirão_Grande	Cravolândia	Ibirataia
Wagner	Banzaê	Camamu	Crisópolis	Ibitiara
	Barra_da_Estiva	Campo_Alegre_de_Lourdes	Cristópolis	Ibititá
	Barra_do_Choça	Canarana	Cruz_das_Almas	Ichu
RADIO	Barra_do_Mendes	Canavieiras	Curaçá	Igaporã
Abáira	Barra_do_Rocha	Candeal	Dário_Meira	Igrapiúna
Abaré	Barro_Alto	Candiba	Dias_d'Ávila	Iguaí
Acajutiba	Barro_Preto	Cândido_Sales	Dom_Basílio	Inhambupe
Adustina	Barrocas	Cansanção	Dom_Macedo_Costa	Ipecaetá
Água_Fria	Belmonte	Capela_do_Alto_Alegre	Elísio_Medrado	Ipirá
Aiquara	Belo_Campo	Capim_Grosso	Érico_Cardoso	Ipupiara
Alcobaça	Biritinga	Caraibas	Esplanada	Irajuba
Almadina	Boa_Nova	Caravelas	Fátima	Iramaia
Amélia_Rodrigues	Boa_Vista_do_Tupim	Cardeal_da_Silva	Feira_da_Mata	Iraquara
América_Dourada	Bom_Jesus_da_Lapa	Carinhanha	Firmino_Alves	Irará
Anagé	Bom_Jesus_da_Serra	Casa_Nova	Floresta_Azul	Itabela
Andaraí	Boninal	Catolândia	Formosa_do_Rio_Preto	Itacaré
Andorinha	Bonito	Caturama	Gavião	Itaeté
Angical	Boquira	Central	Gentio_do_Ouro	Itagi
Itaguaçu_da_Bahia	Laje	Mortugaba	Pilão_Arcado	Santa_Brígida
Itaju_do_Colônia	Lajedão	Mucugê	Pindaí	Santa_Cruz_Cabralia
Itajuípe	Lajedinho	Mucuri	Pindobaçu	Santa_Cruz_da_Vitória
Itamaraju	Lajedo_do_Tabocal	Mulungu_do_Morro	Piraí_do_Norte	Santa_Inês
Itamari	Lamarão	Mundo_Novo	Piripá	Santa_Luzia

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Itambé	Lapão	Muniz_Ferreira	Piritiba	Santa_Teresinha
Itanagra	Lençóis	Muquém_de_São_Francisco	Planaltino	Santaluz
Itanhém	Licínio_de_Almeida	Muritiba	Planalto	Santanópolis
Itapebi	Livramento_de_Nossa_Sen hora	Mutuípe	Poções	Santo_Estêvão
Itapicuru	Luís_Eduardo_Magalhães	Nilo_Peçanha	Pojuca	São_Desidério
Itapitanga	Macajuba	Nordestina	Ponto_Novo	São_Domingos
Itaquara	Macarani	Nova_Canaã	Potiraguá	São_Felipe
Itarantim	Macaúbas	Nova_Fátima	Prado	São_Félix_do_Coribe
Itatim	Macururé	Nova_Ibiá	Presidente_Dutra	São_Francisco_do_Conde
Itiúba	Maetinga	Nova_Itarana	Presidente_Jânio_Quadros	São_Gabriel
Ituaçu	Maiquinique	Nova_Redenção	Presidente_Tancredo_Neves	São_Gonçalo_dos_Campos
Iuiú	Mairi	Nova_Soure	Queimadas	São_José_da_Vitória
Jacaraci	Malhada	Nova_Viçosa	Quijingue	São_Miguel_das_Matas
Jaguaquara	Malhada_de_Pedras	Novo_Horizonte	Quixabeira	Sapeaçu
Jaguarari	Manoel_Vitorino	Novo_Triunfo	Rafael_Jambeiro	Sátiro_Dias
Jaguaripe	Mansidão	Olindina	Remanso	Saubara
Jandaíra	Maracás	Oliveira_dos_Brejinhos	Retirolândia	Saúde
Jeremoabo	Maragogipe	Ouriçangas	Riachão_das_Neves	Seabra
Jiquiriçá	Maraú	Ourolândia	Ribeira_do_Amparo	Sebastião_Laranjeiras
Jitaúna	Marcionílio_Souza	Palmas_de_Monte_Alto	Ribeirão_do_Largo	Sento_Sé
João_Dourado	Mascote	Palmeiras	Rio_de_Contas	Serra_do_Ramalho
José_do_Jacuípe	Matina	Paratinga	Rio_do_Antônio	Serra_Dourada
Jucuruçu	Medeiros_Neto	Paripiranga	Rio_do_Pires	Serra_Preta
Jussara	Milagres	Pau_Brasil	Rio_Real	Serrinha
Jussari	Mirangaba	Pé_de_Serra	Rodelas	Serrolândia
Jussiapé	Mirante	Pedraõ	Ruy_Barbosa	Sítio_do_Mato
Lafaiete_Coutinho	Monte_Santo	Pedro_Alexandre	Salinas_da_Margarida	Sítio_do_Quinto

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Lagoa_Real	Morpará	Piatã	Santa_Bárbara	Sobradinho
Tanhaçu	Abaré	Barra_do_Rocha	Canápolis	Cravolândia
Tanque_Novo	Acajutiba	Barro_Alto	Canarana	Crisópolis
Tanquinho	Adustina	Barro_Preto	Canavieiras	Cristópolis
Taperoá	Água_Fria	Barrocas	Candeal	Cruz_das_Almas
Tapiramutá	Aiquara	Belmonte	Candeias	Curaçá
Teodoro_Sampaio	Alagoinhas	Belo_Campo	Candiba	Dário_Meira
Teofilândia	Alcobaça	Biritinga	Cansanção	Dias_d'Ávila
Teolândia	Almadina	Boa_Nova	Canudos	Dom_Basílio
Terra_Nova	Amélia_Rodrigues	Boa_Vista_do_Tupim	Capela_do_Alto_Alegre	Dom_Macedo_Costa
Tucano	América_Dourada	Bom_Jesus_da_Lapa	Capim_Grosso	Elísio_Medrado
Uauá	Anagé	Bom_Jesus_da_Serra	Caraíbas	Encruzilhada
Ubaira	Andaraí	Boninal	Caravelas	Entre_Rios
Ubaitaba	Andorinha	Bonito	Cardeal_da_Silva	Érico_Cardoso
Ubatã	Angical	Boquira	Carinhanha	Esplanada
Uibaí	Anguera	Botuporã	Casa_Nova	Euclides_da_Cunha
Umburanas	Antônio_Cardoso	Brejões	Catolândia	Fátima
Una	Antônio_Gonçalves	Brejolândia	Catu	Feira_da_Mata
Urundi	Aporá	Brotas_de_Macaúbas	Caturama	Filadélfia
Uruçuca	Apuarema	Brumado	Central	Firmino_Alves
Utinga	Araças	Buerarema	Chorrochó	Floresta_Azul
Várzea_da_Roça	Aracatu	Buritirama	Cícero_Dantas	Formosa_do_Rio_Preto
Várzea_do_Poço	Araci	Caatiba	Cipó	Gavião
Várzea_Nova	Aramari	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Coaraci	Gentio_do_Ouro
Varzedo	Arataca	Cachoeira	Conceição_da_Feira	Glória
Vera_Cruz	Aratuípe	Caiculé	Conceição_do_Jacuípe	Gongogi
Vereda	Aurelino_Leal	Caém	Conde	Governador_Mangabeira
Wagner	Baianópolis	Caetanos	Contendas_do_Sincorá	Guajeru

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Wanderley	Baixa_Grande	Caetité	Coração_de_Maria	Guaratinga
Xique-Xique	Banzaê	Cafarnaum	Cordeiros	Heliópolis
	Barra	Cairu	Coribe	Iaçu
	Barra_da_Estiva	Caldeirão_Grande	Coronel_João_Sá	Ibiassucê
EXCITOP	Barra_do_Choça	Camamu	Correntina	Ibicaí
Abaíra	Barra_do_Mendes	Campo_Alegre_de_Lourdes	Cotegipe	Ibicoara
Ibicuí	Itambé	Lafaiete_Coutinho	Monte_Santo	Pé_de_Serra
Ibipeba	Itanagra	Lagoa_Real	Morpará	Pedrao
Ibipitanga	Itanhém	Laje	Mortugaba	Pedro_Alexandre
Ibiquera	Itaparica	Lajedão	Mucugê	Piatã
Ibirapitanga	Itapé	Lajedinho	Mucuri	Pilão_Arcado
Ibirapuã	Itapebi	Lajedo_do_Tabocal	Mulungu_do_Morro	Pindaí
Ibititá	Itapetinga	Lamarão	Mundo_Novo	Pintadas
Ibotirama	Itapicuru	Lapão	Muniz_Ferreira	Pirai_do_Norte
Ichu	Itapitanga	Lençóis	Muquém_de_São_Francisco	Piripá
Igaporã	Itaquara	Licínio_de_Almeida	Muritiba	Piritiba
Igrapiúna	Itarantim	Macajuba	Mutuípe	Planaltino
Iguaí	Itatim	Macarani	Nazaré	Planalto
Ilhéus	Itiruçu	Macaúbas	Nilo_Peçanha	Poções
Inhambupe	Itiúba	Macururé	Nordestina	Ponto_Novo
Ipecaetá	Itororó	Maetinga	Nova_Canaã	Potiraguá
Ipiaú	Ituaçu	Maiquinique	Nova_Fátima	Presidente_Dutra
Ipirá	Ituberá	Mairi	Nova_Ibiá	Presidente_Jânio_Quadros
Ipupiara	Iuiú	Malhada	Nova_Itarana	Presidente_Tancredo_Neves
Irajuba	Jaborandi	Malhada_de_Pedras	Nova_Redenção	Queimadas
Iramaia	Jacaraci	Manoel_Vitorino	Nova_Soure	Quijingue
Iraquara	Jaguaquara	Mansidão	Nova_Viçosa	Quixabeira
Irará	Jaguarari	Maracás	Novo_Horizonte	Rafael_Jambeiro

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Itaberaba	Jaguaripe	Maragogipe	Novo_Triunfo	Retirolândia
Itacaré	Jandaíra	Maraú	Olindina	Riachão_do_Jacuípe
Itaeté	Jequié	Marcionílio_Souza	Oliveira_dos_Brejinhos	Riacho_de_Santana
Itagi	Jiquiriçá	Mascote	Ouriçangas	Ribeira_do_Amparo
Itagibá	Jitaúna	Mata_de_São_João	Ourolândia	Ribeira_do_Pombal
Itagimirim	João_Dourado	Matina	Palmas_de_Monte_Alto	Ribeirão_do_Largo
Itaguaçu_da_Bahia	José_do_Jacuípe	Medeiros_Neto	Palmeiras	Rio_de_Contas
Itaju_do_Colônia	Jucuruçu	Miguel_Calmon	Paramirim	Rio_do_Antônio
Itajuípe	Jussara	Milagres	Paratinga	Rio_do_Pires
Itamaraju	Jussari	Mirangaba	Paripiranga	Rio_Real
Itamari	Jussiape	Mirante	Pau_Brasil	Rodelas
Ruy_Barbosa	Serrolândia	Wagner	Barra_do_Mendes	Capim_Grosso
Salinas_da_Margarida	Simões_Filho	Wanderley	Barra_do_Rocha	Caraíbas
Santa_Bárbara	Sítio_do_Mato	Wenceslau_Guimarães	Barro_Alto	Caravelas
Santa_Brígida	Sítio_do_Quinto	Xique-Xique	Barro_Preto	Carinhanha
Santa_Cruz_da_Vitória	Sobradinho		Barrocas	Casa_Nova
Santa_Inês	Souto_Soares		Belmonte	Catolândia
Santa_Luzia	Tabocas_do_Brejo_Velho	ECG	Biritinga	Caturama
Santa_Rita_de_Cássia	Tanhaçu	Abaíra	Boa_Nova	Central
Santa_Teresinha	Tanque_Novo	Abaré	Boa_Vista_do_Tupim	Chorrochó
Santaluz	Tanquinho	Acajutiba	Bom_Jesus_da_Serra	Cícero_Dantas
Santana	Taperoá	Adustina	Boninal	Cipó
Santanópolis	Tapiramutá	Água_Fria	Bonito	Coaraci
Santo_Amaro	Teixeira_de_Freitas	Aiquara	Boquira	Conceição_da_Feira
Santo_Estêvão	Teodoro_Sampaio	Alcobaça	Botuporã	Conceição_do_Almeida
São_Desidério	Teofilândia	Almadina	Brejões	Conceição_do_Coité
São_Domingos	Teolândia	América_Dourada	Brejolândia	Conceição_do_Jacuípe
São_Felipe	Terra_Nova	Andaraí	Brotas_de_Macaúbas	Conde

**APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA
MUNICIPAL. BAHIA 2012**

São_Francisco_do_Cond e	Tremedal	Andorinha	Buerarema	Contendas_do_Sincorá
São_Gabriel	Uauá	Angical	Buritirama	Coração_de_Maria
São_Gonçalo_dos_Camp os	Ubaitaba	Anguera	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Cordeiros
São_José_da_Vitória	Ubatã	Antas	Caculé	Coribe
São_Miguel_das_Matas	Uibaí	Antônio_Cardoso	Cafarnaum	Coronel_João_Sá
São_Sebastião_do_Passé	Umburanas	Antônio_Gonçalves	Cairu	Cotegipe
Sapeaçu	Una	Apuarema	Caldeirão_Grande	Cravolândia
Sátiro_Dias	Urandi	Araças	Camamu	Crisópolis
Saubara	Uruçuca	Aracatu	Campo_Alegre_de_Lourdes	Cristópolis
Saúde	Utinga	Arataca	Campo_Formoso	Curaçá
Sebastião_Laranjeiras	Várzea_da_Roça	Aratuípe	Canápolis	Dário_Meira
Senhor_do_Bonfim	Várzea_do_Poço	Aurelino_Leal	Canarana	Dom_Basilio
Sento_Sé	Várzea_Nova	Baianópolis	Candeal	Dom_Macedo_Costa
Serra_do_Ramalho	Varzedo	Baixa_Grande	Candiba	Elísio_Medrado
Serra_Dourada	Vera_Cruz	Banzaê	Cândido_Sales	Encruzilhada
Serra_Preta	Vereda	Barra_da_Estiva	Capela_do_Alto_Alegre	Érico_Cardoso
Esplanada	Itacaré	João_Dourado	Mucugê	Piraí_do_Norte
Fátima	Itaeté	José_do_Jacuípe	Mucuri	Piripá
Feira_da_Mata	Itagi	Jucuruçu	Mulungu_do_Morro	Planaltino
Filadélfia	Itagibá	Jussara	Mundo_Novo	Planalto
Firmino_Alves	Itagimirim	Jussari	Muniz_Ferreira	Ponto_Novo
Formosa_do_Rio_Preto	Itaguaçu_da_Bahia	Jussiape	Muquém_de_São_Francisco	Potiraguá
Gandu	Itaju_do_Colônia	Lafaiete_Coutinho	Muritiba	Prado
Gavião	Itajuípe	Lagoa_Real	Mutuípe	Presidente_Dutra
Gentio_do_Ouro	Itamaraju	Lajedão	Nazaré	Queimadas
Glória	Itamari	Lajedinho	Nilo_Peçanha	Quijingue

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Gongogi	Itambé	Lajedo_do_Tabocal	Nova_Canaã	Quixabeira
Governador_Mangabeira	Itanagra	Lamarão	Nova_Fátima	Rafael_Jambeiro
Guajeru	Itanhém	Lençóis	Nova_Ibiá	Remanso
Heliópolis	Itapé	Licínio_de_Almeida	Nova_Itarana	Retirolândia
Iaçú	Itapebi	Livramento_de_Nossa_Sen hora	Nova_Redenção	Riachão_das_Neves
Ibicoara	Itapicuru	Luís_Eduardo_Magalhães	Nova_Soure	Riachão_do_Jacuípe
Ibicuí	Itapitanga	Macajuba	Nova_Viçosa	Riacho_de_Santana
Ibipeba	Itaquara	Macarani	Novo_Horizonte	Ribeira_do_Amparo
Ibipitanga	Itarantim	Macururé	Novo_Triunfo	Ribeirão_do_Largo
Ibiquera	Itatim	Maiquinique	Olindina	Rio_de_Contas
Ibirapitanga	Itiruçu	Malhada	Oliveira_dos_Brejinhos	Rio_do_Antônio
Ibirapuã	Itiúba	Malhada_de_Pedras	Ouriçangas	Rio_do_Pires
Ibirataia	Itororó	Manoel_Vitorino	Ourolândia	Rodelas
Ibitiara	Ituaçu	Mansidão	Palmas_de_Monte_Alto	Ruy_Barbosa
Ibititá	Ituberá	Maragogipe	Palmeiras	Salinas_da_Margarida
Ichu	Iuiú	Maraú	Paripiranga	Santa_Brígida
Igrapiúna	Jaborandi	Marcionílio_Souza	Pau_Brasil	Santa_Cruz_da_Vitória
Iguaí	Jacaraci	Mascote	Pé_de_Serra	Santa_Inês
Ipecaetá	Jaguarari	Matina	Pedro_Alexandre	Santa_Luzia
Ipupiara	Jaguaripe	Milagres	Piatã	Santanópolis
Irajuba	Jandaíra	Mirangaba	Pilão_Arcado	São_Desidério
Iramaia	Jiquiriçá	Mirante	Pindaí	São_Félix_do_Coribe
Iraquara	Jitaúna	Morpará	Pintadas	São_Gabriel
São_José_da_Vitória	Várzea_da_Roça	Araci	Cafarnaum	Coribe
São_Miguel_das_Matas	Várzea_do_Poço	Aramari	Cairu	Coronel_João_Sá
Sátiro_Dias	Várzea_Nova	Arataca	Caldeirão_Grande	Cotegipe
Saúde	Varzedo	Aratuípe	Camamu	Cravolândia

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Seabra	Vereda	Aurelino_Leal	Campo_Alegre_de_Lourdes	Cristópolis
Sebastião_Laranjeiras	Wagner	Baianópolis	Campo_Formoso	Cruz_das_Almas
Sento_Sé	Wanderley	Baixa_Grande	Canápolis	Dário_Meira
Serra_do_Ramalho	Wenceslau_Guimarães	Banzaê	Canarana	Dom_Basílio
Serra_Dourada		Barra	Canavieiras	Dom_Macedo_Costa
Serrolândia		Barra_da_Estiva	Candiba	Elísio_Medrado
Sítio_do_Mato	FISIO	Barra_do_Mendes	Cândido_Sales	Encruzilhada
Sítio_do_Quinto	Abaíra	Barro_Alto	Cansanção	Entre_Rios
Sobradinho	Abaré	Barro_Preto	Canudos	Érico_Cardoso
Tabocas_do_Brejo_Velho				
	Acajutiba	Barrocas	Capela_do_Alto_Alegre	Esplanada
Tanhaçu	Adustina	Belmonte	Caraíbas	Euclides_da_Cunha
Tanque_Novo	Água_Fria	Belo_Campo	Caravelas	Fátima
Tanquinho	Aiquara	Biritinga	Carinhanha	Feira_da_Mata
Taperoá	Alcobaça	Boa_Nova	Casa_Nova	Filadélfia
Tapiramutá	Almadina	Boa_Vista_do_Tupim	Catolândia	Firmino_Alves
Teodoro_Sampaio	Amélia_Rodrigues	Bom_Jesus_da_Lapa	Catu	Floresta_Azul
Teofilândia	América_Dourada	Bom_Jesus_da_Serra	Caturama	Formosa_do_Rio_Preto
Teolândia	Anagé	Boninal	Central	Gandu
Terra_Nova	Andaraí	Bonito	Chorrochó	Gavião
Tucano	Andorinha	Boquira	Cícero_Dantas	Gentio_do_Ouro
Uauá	Angical	Botuporã	Cipó	Glória
Ubaitaba	Anguera	Brejões	Coaraci	Gongogi
Ubatã	Antas	Brejolândia	Cocos	Governador_Mangabeira
Uibaí	Antônio_Cardoso	Brotas_de_Macaúbas	Conceição_da_Feira	Guajeru
Umburanas	Antônio_Gonçalves	Buerarema	Conceição_do_Coité	Guaratinga
Urandi	Aporá	Buritirama	Condeúba	Heliópolis
Uruçuca	Apuarema	Caatiba	Contendas_do_Sincorá	Ibicaraí

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Valença	Araças	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Coração_de_Maria	Ibicoara
Valente	Aracatu	Caetanos	Cordeiros	Ibicuti
Ibipeba	Jaborandi	Marcionílio_Souza	Paratinga	Rio_Real
Ibipitanga	Jacaraci	Mascote	Paripiranga	Rodelas
Ibiquera	Jaguarari	Matina	Pau_Brasil	Santa_Brígida
Ibirapuã	Jaguaripe	Medeiros_Neto	Pé_de_Serra	Santa_Cruz_Cabrália
Ibitiara	Jandaíra	Milagres	Pedro_Alexandre	Santa_Cruz_da_Vitória
Ibititá	Jeremoabo	Mirangaba	Pilão_Arcado	Santa_Inês
Ichu	Jiquiriçá	Mirante	Pindaí	Santa_Luzia
Igrapiúna	João_Dourado	Monte_Santo	Pindobaçu	Santa_Maria_da_Vitória
Iguaí	José_do_Jacuípe	Morpará	Pintadas	Santa_Rita_de_Cássia
Inhambupe	Jucuruçu	Mucugê	Piraí_do_Norte	Santaluz
Ipecaetá	Jussari	Mucuri	Piripá	Santana
Ipupiara	Jussiape	Mulungu_do_Morro	Piritiba	Santanópolis
Iramaia	Lafaiete_Coutinho	Muniz_Ferreira	Planaltino	São_Desidério
Iraquara	Lagoa_Real	Muquém_de_São_Francisco	Planalto	São_Domingos
Itacaré	Laje	Muritiba	Ponto_Novo	São_Félix_do_Coribe
Itaeté	Lajedão	Mutuípe	Potiraguá	São_Francisco_do_Conde
Itagi	Lajedinho	Nilo_Peçanha	Prado	São_Gonçalo_dos_Campos
Itagimirim	Lamarão	Nordestina	Presidente_Dutra	São_José_da_Vitória
Itaguaçu_da_Bahia	Lapão	Nova_Canaã	Presidente_Jânio_Quadros	São_Miguel_das_Matas
Itaju_do_Colônia	Lençóis	Nova_Fátima	Presidente_Tancredo_Neves	São_Sebastião_do_Passé
Itajuípe	Licínio_de_Almeida	Nova_Itarana	Queimadas	Sapeaçu
Itamaraju	Luís_Eduardo_Magalhães	Nova_Redenção	Quijingue	Sátiro_Dias
Itamari	Macajuba	Nova_Soure	Quixabeira	Saubara
Itambé	Macaúbas	Nova_Viçosa	Rafael_Jambeiro	Saúde
Itanagra	Macururé	Novo_Horizonte	Remanso	Seabra
Itapé	Maiquinique	Novo_Triunfo	Riachão_das_Neves	Sebastião_Laranjeiras

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Itapebi	Malhada	Olindina	Riacho_de_Santana	Senhor_do_Bonfim
Itapicuru	Malhada_de_Pedras	Oliveira_dos_Brejinhos	Ribeira_do_Amparo	Sento_Sé
Itapitanga	Manoel_Vitorino	Ouriçangas	Ribeira_do_Pombal	Serra_do_Ramalho
Itarantim	Mansidão	Ourolândia	Ribeirão_do_Largo	Serra_Dourada
Itatim	Maracás	Palmas_de_Monte_Alto	Rio_de_Contas	Serra_Preta
Ituaçu	Maragogipe	Palmeiras	Rio_do_Antônio	Serrinha
Iuiú	Maraú	Paramirim	Rio_do_Pires	Serrolândia
Simões_Filho	PEQCIRC	Várzea_do_Poço	Baianópolis	Caém
Sítio_do_Mato	Aiquara		Baixa_Grande	Caetanos
Sítio_do_Quinto	Anguera		Banzaê	Caetitê
Sobradinho	Barra	RADIOPERI	Barra	Cafarnaum
Souto_Soares	Buritirama	Abaíra	Barra_da_Estiva	Cairu
Tabocas_do_Brejo_Velho	Caculé	Abaré	Barra_do_Choça	Caldeirão_Grande
Tanhaçu	Campo_Alegre_de_Lourdes	Acajutiba	Barra_do_Mendes	Camacan
Tanque_Novo	Candiba	Adustina	Barra_do_Rocha	Camaçari
Taperoá	Canudos	Água_Fria	Barreiras	Camamu
Tapiramutá	Catolândia	Aiquara	Barro_Alto	Campo_Alegre_de_Lourdes
Teixeira_de_Freitas	Caturama	Alagoinhas	Barro_Preto	Campo_Formoso
Teofilândia	Dias_d'Ávila	Alcobaça	Barrocas	Canápolis
Teolândia	Gentio_do_Ouro	Almadina	Belmonte	Canarana
Terra_Nova	Heliópolis	Amargosa	Belo_Campo	Canavieiras
Tucano	Itanhém	Amélia_Rodrigues	Biritinga	Candeal
Uauá	Itapitanga	América_Dourada	Boa_Nova	Candeias
Ubatã	Jucuruçu	Anagé	Boa_Vista_do_Tupim	Candiba
Uibaí	Lamarão	Andaraí	Bom_Jesus_da_Lapa	Cândido_Sales
Umburanas	Manoel_Vitorino	Andorinha	Bom_Jesus_da_Serra	Cansanção
Una	Mansidão	Angical	Boninal	Canudos

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Uruçuca	Medeiros_Neto	Anguera	Bonito	Capela_do_Alto_Alegre
Valente	Morpará	Antas	Boquira	Capim_Grosso
Várzea_da_Roça	Nova_Viçosa	Antônio_Cardoso	Botuporã	Caraíbas
Várzea_do_Poço	Pilão_Arcado	Antônio_Gonçalves	Brejões	Caravelas
Várzea_Nova	Quixabeira	Aporá	Brejolândia	Cardeal_da_Silva
Varzedo	Riacho_de_Santana	Apuarema	Brotas_de_Macaúbas	Carinhanha
Vera_Cruz	Ribeirão_do_Largo	Araças	Brumado	Casa_Nova
Vereda	São_Domingos	Aracatu	Buerarema	Castro_Alves
Wagner	São_José_da_Vitória	Araci	Buritirama	Catolândia
Wanderley	Sebastião_Laranjeiras	Aramari	Caatiba	Catu
Cícero_Dantas	Sítio_do_Quinto	Arataca	Cabaceiras_do_Paraguaçu	Caturama
Cipó	Valença	Aratuípe	Cachoeira	Central
Coaraci	Valente	Aurelino_Leal	Caculé	Chorrochó
Cocos	Fátima	Igrapiúna	Itapicuru	Lajedinho
Conceição_da_Feira	Feira_da_Mata	Iguaí	Itapitanga	Lajedo_do_Tabocal
Conceição_do_Almeida	Feira_de_Santana	Ilhéus	Itaquara	Lamarão
Conceição_do_Coité	Filadélfia	Inhambupe	Itarantim	Lapão
Conceição_do_Jacuípe	Firmino_Alves	Ipecaetá	Itatim	Lauro_de_Freitas
Conde	Floresta_Azul	Ipiaú	Itiruçu	Lençóis
Condeúba	Formosa_do_Rio_Preto	Ipirá	Itiúba	Licínio_de_Almeida
Contendas_do_Sincorá	Gandu	Ipupiara	Itororó	Livramento_de_Nossa_Sen hora
Coração_de_Maria	Gavião	Irajuba	Ituaçu	Luis_Eduardo_Magalhães
Cordeiros	Gentio_do_Ouro	Iramaia	Ituberá	Macajuba
Coribe	Glória	Iraquara	Iuiú	Macarani
Coronel_João_Sá	Gongogi	Irará	Jaborandi	Macaúbas
Correntina	Governador_Mangabeira	Irecê	Jacaraci	Macururé
Cotegipe	Guajeru	Itabela	Jacobina	Madre_de_Deus

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Cravolândia	Guanambi	Itaberaba	Jaguaquara	Maetinga
Crisópolis	Guaratinga	Itabuna	Jaguarari	Maiquinique
Cristópolis	Heliópolis	Itacaré	Jaguaripe	Mairi
Cruz_das_Almas	Iaçú	Itaeté	Jandaíra	Malhada
Curaçá	Ibiassucê	Itagi	Jequié	Malhada_de_Pedras
Dário_Meira	Ibicaraí	Itagibá	Jeremoabo	Manoel_Vitorino
Dias_d'Ávila	Ibicoara	Itagimirim	Jiquiriçá	Mansidão
Dom_Basilio	Ibicuí	Itaguaçu_da_Bahia	Jitaúna	Maracás
Dom_Macedo_Costa	Ibipeba	Itaju_do_Colônia	João_Dourado	Maragogipe
Elísio_Medrado	Ibipitanga	Itajuípe	José_do_Jacuípe	Maraú
Encruzilhada	Ibiquera	Itamaraju	Juazeiro	Marcionílio_Souza
Entre_Rios	Ibirapitanga	Itamari	Jucuruçu	Mascote
Érico_Cardoso	Ibirapuã	Itambé	Jussara	Mata_de_São_João
Esplanada	Ibirataia	Itanagra	Jussari	Matina
Euclides_da_Cunha	Ibitiara	Itanhém	Jussiape	Medeiros_Neto
Eunápolis	Ibititá	Itaparica	Lafaiete_Coutinho	Miguel_Calmon
Monte_Santo	Ibotirama	Itapé	Lagoa_Real	Milagres
Morpará	Ichu	Itapebi	Laje	Mirangaba
Morro_do_Chapéu	Igaporã	Itapetinga	Lajedão	Mirante
Mortugaba	Pau_Brasil	Ribeira_do_Pombal	São_José_da_Vitória	Tucano
Mucugê	Paulo_Afonso	Ribeirão_do_Largo	São_Miguel_das_Matas	Uauá
Mucuri	Pé_de_Serra	Rio_de_Contas	São_Sebastião_do_Passé	Ubaíra
Mulungu_do_Morro	Pedrão	Rio_do_Antônio	Sapeaçu	Ubaitaba
Mundo_Novo	Pedro_Alexandre	Rio_do_Pires	Sátiro_Dias	Ubatã
Muniz_Ferreira	Piatã	Rio_Real	Saubara	Uibaí
Muquém_de_São_Francisco	Pilão_Arcado	Rodelas	Saúde	Umburanas
Muritiba	Pindaí	Ruy_Barbosa	Seabra	Una

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Mutuípe	Pindobaçu	Salinas_da_Margarida	Sebastião_Laranjeiras	Urandi
Nazaré	Piraí_do_Norte	Salvador	Senhor_do_Bonfim	Uruçuca
Nilo_Peçanha	Piripá	Santa_Bárbara	Sento_Sé	Utinga
Nordestina	Piritiba	Santa_Brígida	Serra_do_Ramalho	Valença
Nova_Canaã	Planaltino	Santa_Cruz_Cabrália	Serra_Dourada	Valente
Nova_Fátima	Planalto	Santa_Cruz_da_Vitória	Serra_Preta	Várzea_da_Roça
Nova_Ibiá	Poções	Santa_Inês	Serrinha	Várzea_do_Poço
Nova_Itarana	Pojuca	Santa_Luzia	Serrolândia	Várzea_Nova
Nova_Redenção	Ponto_Novo	Santa_Maria_da_Vitória	Simões_Filho	Varzedo
Nova_Soure	Porto_Seguro	Santa_Rita_de_Cássia	Sítio_do_Mato	Vera_Cruz
Nova_Viçosa	Potiraguá	Santa_Teresinha	Sítio_do_Quinto	Vereda
Novo_Horizonte	Prado	Santaluz	Sobradinho	Vitória_da_Conquista
Novo_Triunfo	Presidente_Dutra	Santana	Souto_Soares	Wagner
Olindina	Presidente_Jânio_Quadros	Santanópolis	Tabocas_do_Brejo_Velho	Wanderley
Oliveira_dos_Brejinhos	Presidente_Tancredo_Neves	Santo_Amaro	Tanhaçu	Wenceslau_Guimarães
Ouriçangas	Queimadas	Santo_Antônio_de_Jesus	Tanque_Novo	Xique-Xique
Ourolândia	Quijingue	Santo_Estêvão	Tanquinho	
Palmas_de_Monte_Alto	Quixabeira	São_Desidério	Taperoá	
Palmeiras	Rafael_Jambeiro	São_Domingos	Tapiramutá	CONENF
Paramirim	Remanso	São_Felipe	Teixeira_de_Freitas	Alagoinhas
Paratinga	Retirolândia	São_Félix	Teodoro_Sampaio	Amélia_Rodrigues
Paripiranga	Riachão_das_Neves	São_Félix_do_Coribe	Teofilândia	Andorinha
Araci	Riachão_do_Jacuípe	São_Francisco_do_Conde	Teolândia	Anguera
Baixa_Grande	Riacho_de_Santana	São_Gabriel	Terra_Nova	Antas
Barra	Ribeira_do_Amparo	São_Gonçalo_dos_Campos	Tremedal	Antônio_Gonçalves
Buritirama	Ibiquera	Palmas_de_Monte_Alto	Taperoá	
Caatiba	Ibirataia	Paratinga	Teofilândia	
Caetité	Ichu	Paripiranga	Tremedal	

APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA

MUNICIPAL. BAHIA 2012

Cafarnaum	Ilhéus	Pedro_Alexandre	Tucano
Camaçari	Ipirá	Pilão_Arcado	Uauá
Camamu	Itabuna	Pindaí	Ubaíra
Canápolis	Itaguaçu_da_Bahia	Piraí_do_Norte	Ubatã
Canarana	Itarantim	Queimadas	Umburanas
Candeal	Itiúba	Remanso	Una
Candeias	Iuiú	Retirolândia	Urandi
Candiba	Jiquiriçá	Riachão_das_Neves	Uruçuca
Canudos	José_do_Jacuípe	Riachão_do_Jacuípe	Valente
Casa_Nova	Lamarão	Ribeira_do_Pombal	Várzea_Nova
Catolândia	Lauro_de_Freitas	Ribeirão_do_Largo	Vitória_da_Conquista
Catu	Luís_Eduardo_Magalhães	Rio_de_Contas	Wagner
Cícero_Dantas	Macarani	Salvador	
Cocos	Macaúbas	Santa_Bárbara	
Conceição_do_Coité	Maiquinique	Santa_Maria_da_Vitória	
Conceição_do_Jacuípe	Mansidão	Santaluz	
Coração_de_Maria	Maragogipe	Santo_Estêvão	
Coribe	Miguel_Calmon	São_Desidério	
Coronel_João_Sá	Mirangaba	São_Félix_do_Coribe	
Correntina	Monte_Santo	Sátiro_Dias	
Cotegipe	Morpará	Saubara	
Cravolândia	Mortugaba	Seabra	
Dias_d'Ávila	Mulungu_do_Morro	Senhor_do_Bonfim	
Esplanada	Muquém_de_São_Francisco	Sento_Sé	
Euclides_da_Cunha	Muritiba	Serra_do_Ramalho	
Heliópolis	Nova_Redenção	Serra_Dourada	
Ibicuí	Nova_Soure	Serrinha	
	Nova_Viçosa	Simões_Filho	

**APÊNDICE III – RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS DE APSA
MUNICIPAL. BAHIA 2012**

Novo_Triunfo
Oliveira_dos_Brejinhos

Sítio_do_Mato
Tanquinho

APÊNDICE IV - RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS CLASSIFICADOS POR CLUSTER – BAHIA, 2012.

CLUSTER 1

Municípios	População
Candeias	84121
Eunapólis	102628
Pilão Arcado	110193
S Antonio Jesus	93077
Simões Filho	121416
Valença	90319

CLUSTER 3

Municípios	População
Feira de Santana	568099

CLUSTER 2

Municípios	População
Araci	52325
Barra	50134
B Jesus da Lapa	64740
Brumado	64972
Caetitê	47774
Campo Formoso	67305
Casa Nova	66331
Catu	51734
Dias d Àvila	69628
Euclid da Cunha	56962
Concei do Coité	63033
Cruz das Almas	59470
Guanambi	79936
Ipirá	59001
Irecê	67527
Itaberaba	62037
Itamaraju	63037
Itapetinga	69903
Jacobina	79580
Jaguaquara	51635
Luis Eduardo	66371
Macaúbas	47915
Monte Santo	52023
Poções	45903
Ribeir do Pombal	47877
Santo Amaro	57978
Santo Estevão	48897
Senhor do Bonfim	75437
Serrinha	77211
Tucano	52734
Xique Xique	45660

CLUSTER 4

Municípios	População
Alagoinhas	143460
Barreiras	141081
Jequiê	152372
Lauro de Freitas	171042
Porto Seguro	131642
Teixeir de Freitas	143001

CLUSTER 5

Municípios	População
Ilhéus	187315
Itabuna	205885
Juazeiro	201499

CLUSTER 6

Municípios	População
Abaíra	8659
Abaré	17685
Acajutiba	14730
Adustina	15914
Água Fria	15884
Aiquara	4536
Almadina	6130
América Dourada	15962
Anagé	19889
Andaraí	13942
Andorinha	14209
Angical	13992
Anguera	10427
Antas	17526
Antônio Cardoso	11545
Antônio Gonçalves	11229
Aporá	17877
Apuarema	7397
Araças	11642
Aracatu	13542
Aramari	10483
Arataca	10307
Aratuípe	8632
Aurelino Leal	13059
Baianópolis	13420
Baixa Grande	20031
Banzaê	11840
Barra da Estiva	20767
Barra do Mendes	13914
Barra do Rocha	6038
Barro Alto	13914
Barro Preto	6122
Barrocas	14495
Belo Campo	17625
Biritinga	14866
Boa Nova	14620
Boa Vista do Tupim	17898
Bom Jesus da Serra	10120
Boninal	13893
Bonito	15126
Botuporã	10950
Brejões	14123
Brejoândia	11247
Brotas de Macaúbas	10479

CLUSTER 6

Municípios	População
Buerarema	18528
Buritirama	19853
Caatiba	10576
Cabaceiras do Paraguaçu	17582
Caém	10013
Caetanos	14926
Cafarnaum	17398
Cairu	15973
Caldeirão Grande	12658
Canápolis	9395
Candeal	8720
Candiba	13329
Canudos	15941
Capela do Alto Alegre	11485
Caraíbas	9879
Cardeal da Silva	9030
Catolândia	3215
Caturama	8817
Central	17057
Chorrochó	10794
Cipó	15884
Coaraci	19937
Cocos	18235
Conceição da Feira	20826
Conceição do Almeida	17705
Condeúba	17421
Contendas do Sincorá	4613
Cordeiros	8245
Coribe	14210
Coronel João Sá	16650
Cotegipe	13614
Cravolândia	5048
Crisópolis	20199
Cristópolis	13374
Dário Meira	12217
Dom Basílio	11454
Dom Macedo Costa	3894
Elísio Medrado	7961
Érico Cardoso	10746
Fátima	17555
Feira da Mata	6177
Filadélfia	16672
Firmino Alves	5417
Floresta Azul	10657

CLUSTER 6

Municípios	População
Gentio do Ouro	10690
Glória	15114
Gongogi	8031
Governador Mangabeira	19926
Guajeru	9182
Heliópolis	13099
Ibiassucê	9607
Ibicoara	17805
Ibicuí	15650
Ibipeba	17277
Ibipitanga	14285
Ibiquera	4874
Ibirapuã	8086
Ibirataia	17959
Ibitiara	15669
Ibititá	17763
Ichu	5908
Igaporã	15238
Igrapiúna	13028
Ipecaetá	15025
Ipupiara	9398
Irajuba	7046
Iramaia	11150
Itaeté	15063
Itagi	12805
Itagibá	15088
Itagimirim	7013
Itaguaçu da Bahia	13487
Itaju do Colônia	7118
Itamari	7836
Itanagra	7590
Itanhém	20015
Itapé	10436
Itapebi	10398
Itapitanga	10181
Itaquara	7751
Itarantim	18651
Itatim	13841
Itiruçu	12589
Itororó	19942
Ituaçu	18302
Iuiú	10963
Jaborandi	8728
Jacaraci	14500

CLUSTER 6

Municípios	População
Jaguaripe	16927
Jandaíra	10377
Jiquiriçá	14096
Jitaúna	13280
Jucuruçu	9972
Jussara	15004
Jussari	6322
Jussiape	7533
Lafaiete Coutinho	3830
Lagoa Real	14187
Lajedão	3782
Lajedinho	3881
Lajedo do Tabocal	8346
Lamarão	9271
Lençóis	10589
Licínio de Almeida	12268
Macajuba	11201
Macarani	17253
Macururé	7992
Madre de Deus	18183
Maetinga	6048
Maiquinique	9229
Mairi	19163
Malhada	16058
Malhada de Pedras	8389
Manoel Vitorino	13948
Mansidão	12759
Maraú	19212
Marcionílio Souza	10447
Mascote	14257
Matina	11342
Milagres	10994
Mirangaba	16606
Mirante	9902
Morpará	8233
Mortugaba	11729
Mucugê	10145
Mulungu do Morro	11743
Muniz Ferreira	7374
Muquém de São Francisco	10433
Nilo Peçanha	12729
Nordestina	12458
Nova Canaã	16070
Nova Fátima	7630

CLUSTER 6

Municípios	População
Nova Itarana	7563
Nova Redenção	8053
Novo Horizonte	11001
Novo Triunfo	15067
Ouriçangas	8316
Ourolândia	16578
Palmeiras	8545
Pau Brasil	10479
Pé de Serra	13707
Pedrão	6993
Pedro Alexandre	17045
Piatã	17257
Pindaí	15695
Pindobaçu	20009
Pintadas	10250
Piraí do Norte	9833
Piripá	12219
Planaltino	8944
Ponto Novo	15524
Potiraguá	9360
Presidente Dutra	13807
Presidente Jânio Quadros	12854
Quixabeira	9514
Retirolândia	12281
Ribeira do Amparo	14333
Ribeirão do Largo	10432
Rio de Contas	12891
Rio do Antônio	15015
Rio do Pires	11948
Rodelas	8045
Salinas da Margarida	13921
Santa Bárbara	19292
Santa Brígida	14698
Santa Cruz da Vitória	6481
Santa Inês	10312
Santa Luzia	13025
Santa Teresinha	9792
Santanópolis	8835
São Domingos	9266
São Felipe	20329
São Félix	14159
São Félix do Coribe	13243
São Gabriel	18430
São José da Vitória	5609
José do Jacuípe	10293

CLUSTER 6

Municípios	População
Sapeaçu	16619
Sátiro Dias	19054
Saubara	11354
Saúde	11921
Sebastião Laranjeiras	10563
Serra Dourada	17963
Serra Preta	14993
Serrolândia	12464
Sítio do Mato	12161
Sítio do Quinto	11930
Souto Soares	16069
Tabocas do Brejo Velho	11433
Tanhaçu	20001
Tanque Novo	16323
Tanquinho	8035
Taperoá	19174
Tapiramutá	16434
Teodoro Sampaio	7746
Teolândia	14113
Terra Nova	12793
Tremedal	17750
Ubaíra	20714
Ubaítaba	20214
Uibaí	13642
Umburanas	17432
Urandi	16493
Uruçuca	19642
Utinga	18367
Várzea da Roça	13834
Várzea do Poço	8759
Várzea Nova	12910
Varzedo	8987
Vereda	6681
Wagner	8985
Wanderley	12356

CLUSTER 7

Municípios	População
Vitó da Conquista	315884

CLUSTER 8

Municípios	População
Camaçari	255238

CLUSTER 9

Municípios	População
Alcobaça	21328
Amargosa	34845
Amélia Rodrigues	25080
Barra do Choca	35501
Belmonte	22067
Boquira	22025
Cachoeira	32270
Caculé	22577
Camacan	31535
Camamu	35366
C Aleg de Lourdes	28156
Canarana	24430
Canavieiras	31902
Candido Sales	25711
Cansanção	33054
Capim Grosso	27067
Caravelas	21612
Carinhanha	28519
Castro Alves	25555
Cícero Dantas	32470
Conce do Jacuípe	30717
Conde	24103
Coraç de Maria	22149
Correntina	31397
Curaçá	32631
Encruzilhada	22478
Entre Rios	40180
Esplanada	33618
Formo do R Preto	23169
Gandu	30816
Guaratinga	21840
Iaçu	25319
Ibicaraí	23560
Ibirapitanga	22683
Ibotirama	25617
Iguaí	26053
Inhambupe	37321
Ipiaú	44538
Iraquara	23246
Irará	27814
Itabela	28790
Itacaré	25254
Itajuípe	20878
Itambé	22650
Itaparica	20994

CLUSTER 9

Municípios	População
Itapicuru	33008
Itiúba	36200
Ituberá	26930
Jaguarari	30769
Jeremoabo	38163
Joao Dourado	23066
Laje	22679
Lapão	25785
Livramento de Nossa Senhora	43514
Maracás	25024
Maragogipe	43114
Mata de São Joao	41527
Medeiros Neto	21642
Miguel Calmon	26188
Morro do Chapéu	35251
Mucuri	37229
Mundo Novo	24867
Muritiba	28944
Mutuípe	21608
Nilo Peçanha	27454
Nova Soure	24265
Nova Viçosa	39535
Olindina	25100
Oliveira dos Brejinhos	21813
Palmas de Monte Alto	20894
Paramirim	21226
Paratinga	29853
Paripiranga	27958
Pilão Arcado	33176
Piritiba	22907
Planalto	24627
Pojuca	34106
Prado	27693
Presidente Tancredo Neves	24517
Queimadas	24602
Quijingue	27357
Rafael Jambeiro	22916
Remanso	39365
Riachão das Neves	21941
Riachão do jacuípe	33271
Riacho de Santana	31027
Ribeira do Ampara	37754
Ruy Brabosa	30010
Santa Cruz de Cabrália	26623
Santa Maria da Vitória	40165

Santa Rita de Cássia	26653
Santa Luz	34274
Santana	24987
São Desidério	28921
São Francisco do Conde	34226
São Gonçalo dos Campos	34232
São Sebastião do Passé	42485
Seabra	42163
Sento Sé	38174
Serra do Ramalho	31525
Sobradinho	22109
Teofilândia	21581
Uauá	24015
Ubatã	25575
Uma	22992
Valente	25342
Vera Cruz	38748
Wenceslau Guimarães	21910

CLUSTER 10

Municípios	População
Salvador	2710968

**APÊNDICE V - RELAÇÃO DE REGIÕES COM OFERTA SATISFATORIA DE PROCEDIMENTOS
ESPECIALIZADOS. BAHIA 2012**

CONS_ESP	TOMOGR	PortoSeguro
FeiradeSantana	Alagoinhas	Salvador
Itaberaba	Barreiras	SantoAntôniodeJesus
Itabuna	CruzasAlmas	TeixeiradeFreitas
Salvador	FeiradeSantana	VitóriadaConquista
SantoAntôniodeJesus	Guanambi	
DENSIT	Ilhéus	
Barreiras	Itabuna	MAPA
Ilhéus	Jequié	Alagoinhas
Itabuna	Juazeiro	Barreiras
DIAG_O	PauloAfonso	Camaçari
Barreiras	PortoSeguro	Ibotirama
Camaçari	Salvador	Irecê
CruzasAlmas	SantoAntôniodeJesus	Jacobina
FeiradeSantana	TeixeiradeFreitas	PauloAfonso
Ibotirama	VitóriadaConquista	PortoSeguro
Ilhéus	ENDOSC	Salvador
Irecê	Barreiras	SenhordoBonfim
Itabuna	Camaçari	Serrinha
Jacobina	CruzasAlmas	VitóriadaConquista
Jequié	FeiradeSantana	
Juazeiro	Guanambi	
PauloAfonso	Ilhéus	ULTRAS
PortoSeguro	Irecê	Salvador
Salvador	Itabuna	
SantaMariadaVitória	Jacobina	
VitóriadaConquista	Jequié	
	Juazeiro	
	PauloAfonso	

APÊNDICE VI - RELAÇÃO DE REGIÕES COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS.

BAHIA 2012

COLONO	CONS_E	Camaçari	Itaberaba	Brumado	Paulo Afonso
Alagoinhas	Alagoinhas	Cruz das Almas	Itapetinga	Ibotirama	Porto Seguro
Barreiras	Barreiras	Feira de Santana	Ribeira do Pombal	Itaberaba	Ribeira do Pombal
			Santo Antônio de Jesus	Itapetinga	Salvador
Brumado	Brumado	Guanambi			Santa Maria da Vitória
Camaçari	Camaçari	Ibotirama	Seabra	Ribeira do Pombal	Santo Antônio de Jesus
				Santa Maria da Vitória	Seabra
Cruz das Almas	Cruz das Almas	Irecê	Senhor do Bonfim	Seabra	Senhor do Bonfim
Feira de Santana	Guanambi	Itaberaba	Serrinha	Senhor do Bonfim	Serrinha
Guanambi	Ibotirama	Itapetinga	Teixeira de Freitas	Serrinha	Teixeira de Freitas
Ibotirama	Ilhéus	Jacobina	Valença	Valença	Valença
Ilhéus	Irecê	Jequié			Vitória da Conquista
Irecê	Itapetinga	Juazeiro			
Itaberaba	Jacobina	Paulo Afonso	TOMOGR		
Itabuna	Jequié	Porto Seguro	Brumado	BIOPS_	
Itapetinga	Juazeiro	Ribeira do Pombal	Camaçari	Alagoinhas	
Jacobina	Paulo Afonso	Salvador	Ibotirama	Barreiras	MAMOGR
		Santa Maria da Vitória	Irecê	Brumado	Alagoinhas
Jequié	Porto Seguro	Santo Antônio de Jesus	Itaberaba	Camaçari	Barreiras
Juazeiro	Ribeira do Pombal				
	Santa Maria da Vitória	Seabra	Itapetinga	Cruz das Almas	Brumado
Paulo Afonso	Seabra	Senhor do Bonfim	Jacobina	Feira de Santana	Camaçari
Porto Seguro	Senhor do Bonfim	Serrinha	Ribeira do Pombal	Guanambi	Cruz das Almas
Ribeira do Pombal			Santa Maria da Vitória	Ibotirama	Feira de Santana
Salvador	Serrinha	Teixeira de Freitas			

APÊNDICE VI - RELAÇÃO DE REGIÕES COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS.

BAHIA 2012

Santa Maria da Vitória	Teixeira de Freitas	Valença	Seabra	Ilhéus	Guanambi
Santo Antônio de Jesus	Valença	Vitóriada Conquista	Senhor do Bonfim	Irecê	Ibotirama
Seabra	Vitóriada Conquista		Serrinha	Itaberaba	Ilhéus
Senhor do Bonfim			Valença	Itabuna	Irecê
Serrinha		DIAG_O		Itapetinga	Itaberaba
Teixeira de Freitas	DENSIT	Alagoinhas		Jacobina	Itabuna
Valença	Alagoinhas	Brumado	ENDOSC	Jequié	Itapetinga
Vitóriada Conquista	Brumado	Guanambi	Alagoinhas	Juazeiro	Jacobina
					Jequié
Juazeiro	TERGOM	Alagoinhas			
Paulo Afonso	Alagoinhas	Barreiras			
Porto Seguro	Barreiras	Brumado			
Ribeirão Pombal	Brumado	Camaçari			
Salvador	Camaçari	Cruzas Almas			
Santa Maria da Vitória	Cruzas Almas	Feira de Santana			
Santo Antônio de Jesus	Feira de Santana	Guanambi			
Seabra	Guanambi	Ibotirama			
Senhor do Bonfim	Ibotirama	Ilhéus			
Serrinha	Ilhéus	Irecê			
Teixeira de Freitas	Irecê	Itaberaba			
Valença	Itaberaba	Itabuna			
Vitóriada Conquista	Itabuna	Itapetinga			
	Itapetinga	Jacobina			
	Jacobina	Jequié			
MAPA	Jequié	Juazeiro			
Brumado	Juazeiro	Paulo Afonso			
Cruzas Almas	Paulo Afonso	Porto Seguro			
Feira de Santana	Porto Seguro	Ribeirão Pombal			

APÊNDICE VI - RELAÇÃO DE REGIÕES COM OFERTA INSATISFATÓRIA DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS.

BAHIA 2012

Guanambi	RibeiradoPombal	Salvador
Ilhéus	Salvador	SantaMariadaVitória
Itaberaba	SantaMariadaVitória	SantoAntôniodeJesus
Itabuna	SantoAntôniodeJesus	Seabra
Itapetinga	Seabra	SenhordoBonfim
Jequié	SenhordoBonfim	Serrinha
Juazeiro	Serrinha	TeixeiradeFreitas
RibeiradoPombal	TeixeiradeFreitas	Valença
SantaMariadaVitória	Valença	VitóriadaConquista
SantoAntôniodeJesus	VitóriadaConquista	
Seabra		
TeixeiradeFreitas		
Valença		

ULTRAS