

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde

CLÁUDIA SOARES MAGALHÃES RIBEIRO FREITAS

**Avaliação da eficiência das Unidades de Saúde da Família do
município do Recife, antes e após a implantação do Acolhimento,
por meio da análise envoltória de dados - DEA**

Recife
2016

CLÁUDIA SOARES MAGALHÃES RIBEIRO FREITAS

**Avaliação da eficiência das Unidades de Saúde da Família do
município do Recife, antes e após a implantação do Acolhimento,
por meio da análise envoltória de dados - DEA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação de Gestão e
Economia da Saúde - PPGGES, da
Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito para obtenção do Título de
Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz

**Recife
2016**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

F866a Freitas, Cláudia Soares Magalhães Ribeiro

Avaliação da eficiência das Unidades de Saúde da Família do município do Recife, antes e após a implantação do acolhimento, por meio da análise envoltória de dados - DEA / Cláudia Soares Magalhães Ribeiro Freitas. - 2016.

88 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2016.

Inclui referências e anexos.

1. Saúde pública – Avaliação. 2. Eficiência organizacional. 3. Família – saúde e higiene. 4. Centros de saúde. I. Vaz, Paulo Henrique Pereira de Meneses (Orientador). II. Título.

331 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2017 – 247)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: FREITAS, Cláudia Soares Magalhães Ribeiro.

Título: Avaliação da eficiência das unidades de Saúde da Família do município do Recife, antes e após a implantação do Acolhimento, por meio da análise envoltória de dados - DEA.

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 30/11/2016

Banca examinadora

Prof(a). Dra. Roberta de Moraes Rocha

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Assinatura: _____

Prof. Dr. Breno Ramos Sampaio

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Assinatura: _____

Prof (a). Dra. Ana Beatriz Vasconcelos Lima Araújo

Instituição: Prefeitura da Cidade do Recife - Secretaria Executiva de Atenção a Saúde -
Gerencia de Atenção Básica

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu poderoso e amado Deus, aos meus amados filhos, Beatriz e Caio, e ao meu marido, Bruno, que a cada dia fazem minha vida mais feliz. Aos meus queridos pais, Bernardo e Adeilda, e minha irmã Cinthia. Vocês são tudo para mim!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua infinita bondade e misericórdia, e por tudo que tem feito por nós.

Aos meus filhos, Beatriz e Caio, minha princesa e meu príncipe, meus grandes amores.

Ao meu marido, Bruno, por toda a ajuda e paciência. E por sempre acreditar em mim.

Aos meus pais, Bernardo e Adeilda, e minha irmã Cinthia, que sempre me apoiaram nos momentos difíceis e felizes da minha vida.

Aos meus sogros por todo apoio e ajuda.

Aos demais familiares, amigos, colegas que contribuíram para a concretização deste sonho.

À Paulo, meu especial orientador, pelo interesse, disponibilidade e dedicação com que orientou este estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde pela capacidade com que transmitiram o conhecimento durante o curso.

Aos monitores do curso, em especial a Rodrigo Arruda, que muito contribuíram para o nosso desempenho.

À coordenação e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde pela cooperação para que tudo decorresse bem, em especial a Tunísia, por sua eficiência e disponibilidade durante todo o curso.

Aos colegas do mestrado, por todas as experiências vividas durante esses dois anos, em especial à Natália, Ivana e Flávio que estiveram sempre presentes.

Ao doutorando, Lucas Emanuel, que participou de forma relevante neste trabalho.

À Claudenilson, pela cooperação na disponibilidade dos dados, e principalmente pelo apoio durante todo o processo de elaboração da dissertação.

À Arturo Jordan, pela compreensão e apoio desde o processo seletivo do mestrado.

À Lélia, Fabio e Flávio pela generosidade com que compartilharam seus conhecimentos e pela disponibilidade em colaborar com o estudo.

À Ana Beatriz, por compreender a minha ausência e por me apoiar em meu projeto pessoal.

A Gerência de Atenção Básica do Município do Recife, pelo incentivo e compreensão e aos meus colegas de trabalho, principalmente ao Grupo de Apoios Institucionais da Atenção Básica. Aprendo muito cada dia com vocês.

RESUMO

A avaliação do desempenho da assistência à saúde na Atenção Básica, e o aperfeiçoamento da eficiência técnica das ações, com a finalidade de subsidiar a gestão no planejamento e melhorar a qualidade da assistência prestada à população, é imperativa. Nesse contexto, objetivou-se avaliar a eficiência no atendimento das Unidades de Saúde da Família (USF) do município do Recife e qual o impacto do Acolhimento sobre a mesma. Utilizou-se a metodologia *Data Envelopment Analysis* (DEA), modelo BCC, com orientação para o produto. Foram utilizadas informações disponíveis na base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no período de 2005 a 2014, as variáveis selecionadas como *inputs* foram o número de médicos, número de enfermeiros e número de pessoas cadastradas por USF, e como *outputs* o número de consultas realizadas pelos médicos e enfermeiros das unidades. O trabalho conseguiu mapear a eficiência das USF da cidade do Recife, baseadas nos seus indicadores de produtividade quantitativos. Os resultados demonstraram que entre as 105 unidades estudadas na amostra, para todos os anos, o índice global ficou com média em torno de 0,54. Não havendo grande evolução dos índices de eficiência relativa após o início do Acolhimento. Contudo, quando a avaliação é feita em nível de Distrito Sanitário a distribuição fica mais próxima de 1. Dessa forma, os resultados exibidos podem servir para futuras investigações na Atenção Básica, assim como auxiliar no processo de tomada de decisões e como instrumento gerencial.

Palavras-chave: análise de eficiência. DEA. Atenção Básica. Acolhimento.

ABSTRACT

The evaluation of the health care performance in Primary Care and the improvement of the technical efficiency of the actions, in order to subsidize the management in the planning and to improve the quality of the assistance provided to the population, is imperative. In this context, the objective was to evaluate the efficiency of the Family Health Units (FHU) in the city of Recife and the impact of the Reception on it. The data-oriented Data Envelopment Analysis (DEA) methodology, was used for product orientation. Information available in the Basic Care Information System (SIAB) database was used, from 2005 to 2014, the variables selected as inputs were the number of physicians, number of nurses and number of persons enrolled by FHU, and how outputs the number of consultations performed by the doctors and nurses of the units. The work was able to map the efficiency of the USF of the city of Recife, based on its quantitative productivity indicators. The results showed that among the 105 units studied in the sample, for all years, the overall index averaged around 0.54. There was no major evolution of the relative efficiency indexes after the start of the Reception. However, when the evaluation is done at the Sanitary District level, the distribution is closer to 1. Thus, the results displayed may serve for future investigations in Primary Care, as well as assist in the decision-making process and as a management tool.

Key-words: efficiency analysis. DEA. Basic Attention. Reception.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa do Recife com a divisão por Distrito Sanitário, e localização das Unidades de Saúde da Família e Upinhas.....	23
Figura 2	Visão organizacional de uma Unidade de análise	33
Figura 3	Distribuição dos <i>scores</i> de eficiência relativa anual das Unidades de Saúde da Família, 2005-2014.....	37
Figura 4	Distribuição dos <i>scores</i> de eficiência relativa global das Unidades de Saúde da Família, 2005-2014.....	37
Figura 5	Distribuição dos <i>scores</i> de eficiência relativa por Distrito Sanitário das Unidades de Saúde da Família, 2005-2014	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tipos de Eficiência relativa das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, por Distrito Sanitário e por ano.....	58
Quadro 2	Unidades de Saúde da Família com alta eficiência técnica relativa em 2011, por Distrito Sanitário e tipo de eficiência	84
Quadro 3	Unidades de Saúde da Família com alta eficiência técnica relativa em 2012, por Distrito Sanitário e tipo de eficiência	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição das variáveis de Insumos/ <i>Inputs</i> e suas fontes	30
Tabela 2	Descrição das variáveis de Produtos/ <i>Outputs</i> e suas fontes.....	31
Tabela 3	Percentual das Unidades de Saúde da Família do município do Recife por faixa de eficiência técnica relativa, por ano e tipo de eficiência	39
Tabela 4	Média por Distrito Sanitário da eficiência técnica relativa das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, por ano e tipo de eficiência.....	40
Tabela 5	Número de Unidades de Saúde da Família com Acolhimento do Município do Recife, por ano e Distrito Sanitário.	42
Tabela 6	Diferença da Média entre os anos de 2011 e 2012 da eficiência técnica relativa das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, por Distrito Sanitário, ano e tipo de eficiência	43
Tabela 7	Comparativo da Média entre os anos de 2009 a 2011 com os anos de 2012 a 2014 da eficiência técnica relativa das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, por anos e tipos de eficiência	43
Tabela 8	Resultado das eficiências técnicas relativas dos anos de 2010, 2011 e 2012, das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, que iniciaram Acolhimento no ano de 2011, por DS, anos e tipos de eficiência	46
Tabela 9	Resultado das eficiências técnicas relativas dos anos de 2011, 2012 e 2013, das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, que iniciaram Acolhimento no ano de 2012, por DS, anos e tipos de eficiência	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
DEA	Análise Envoltória de Dados
DS	Distrito Sanitário
DUM	Unidade Tomadora de Decisão
EF	Eficiência
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPA	Regiões Político-Administrativas
SECG	Secretaria Executiva de Coordenação Geral
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivos.....	16
1.1.1 Objetivo Geral	16
1.1.2 Objetivos Específicos	16
1.2 Justificativa	16
2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA	18
2.1 Atenção Básica a Saúde	18
2.2 Estratégia Saúde da Família	20
2.3 Acolhimento à demanda espontânea	24
3 METODOLOGIA	28
3.1 Descrição da unidade de análise	28
3.2 Coleta e análise dos dados	29
3.3 Determinação da metodologia	29
3.4 Modelo empírico	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
ANEXO A RANKING POR TIPO DE EFICIÊNCIA TÉCNICA RELATIVA DAS USFs	58
ANEXO B AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS	82
ANEXO C CARTA DE ANUÊNCIA	83
ANEXO D QUADROS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ALTA EFICIÊNCIA TÉCNICA RELATIVA EM 2011 E 2012	84

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica a Saúde (ABS) tem recebido muito destaque no Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por vários programas. Tem como objetivo ofertar acesso universal e serviços mais abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (p. ex., assistência especializada e hospitalar), assim como implementar ações inter setoriais de prevenção de doenças e promoção de saúde, tanto na esfera individual como na coletiva (PAIM, 2011).

Nesse sentido, a saúde é um fator determinante para a população, por isso é preciso ofertar um serviço eficiente; otimizando o uso dos recursos destinados para esse fim. Essa eficiência é um tema de grande importância, principalmente no setor público, contudo os recursos são escassos e definir onde os mesmos serão alocados não é uma tarefa fácil. Por essa razão, a capacidade dos gastos originarem indicadores positivos é primordial no momento da tomada de decisão, pois os indicadores na saúde não dependem exclusivamente das decisões adotadas, fatores externos também interferem nos mesmos (MATTA, 2014).

Como estratégia de qualificação, expansão e consolidação da ABS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), vem favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica (AB), ampliando a resolutividade e impacto no estado de saúde das pessoas e coletividades, além de favorecer uma importante relação custo-efetividade. Para isso as equipes de Saúde da Família (eSF) têm buscado formas que garantam ampliação do acesso e maior utilização da ABS como porta principal de entrada no sistema (BRASIL, 2012a).

A utilização do Acolhimento como diretriz e dispositivo de intervenção nos processos de trabalho, é um exemplo de esforços nesse sentido. Ele é uma forma de organizar o trabalho das equipes, a fim de atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acesso universal. Ele deve ser entendido como uma postura ética, e não apenas um espaço ou local, não implica profissional específico ou hora para fazê-lo, e se estabelece numa ação de inclusão, diferenciando-se da triagem, pois ele não se finda na recepção e tem continuidade em todos os momentos do atendimento (FRANCO et al., 1999; BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

O município do Recife, capital pernambucana, era composto, no momento do estudo, por oito Distritos Sanitários, e contava com uma Rede de Atenção Básica extensa e complexa, com cobertura aproximadamente de 51,3% na Estratégia Saúde da Família. Possuía 127

Unidades de Saúde da Família; com 275 Equipes de Saúde da Família e 166 Equipes de Saúde Bucal (eSB).

As discussões sobre Acolhimento no município iniciaram em 2009. Contudo, ele começou a ser avaliado sistematicamente por sua equipe gestora em 2012, alcançando, neste ano, cerca de 95% das suas Unidades de Saúde da Família realizando o mesmo. Ainda 2012, concomitantemente a avaliação municipal, as equipes foram avaliadas pelo Ministério da Saúde (MS) através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tinha como objetivo principal induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente.

Apesar de o Acolhimento ter sido avaliado no município sistematicamente, até o momento da realização dessa pesquisa, não foi identificado nenhum estudo sobre o impacto do Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família. O objetivo deste trabalho foi iniciar o preenchimento dessa lacuna. Visou-se levantar os índices de eficiência de cada Unidade de Saúde da Família (USF) para, então, responder o seguinte questionamento: Uma vez calculado os índices de eficiência, será que as unidades que fizeram acolhimento têm a eficiência aumentada?

Descobrir técnicas que comportem analisar simultaneamente todos os aspectos envolvidos na avaliação da gestão em saúde de natureza determinística ao invés de probabilística é um grande desafio. Em se tratando de desempenho, uma metodologia que apresenta crescente emprego na avaliação de diversos setores produtivos é a Análise Envoltória de Dados (DEA, do inglês *data envelopment analysis*) que é uma metodologia de programação linear, não paramétrica, amplamente empregada no estudo de produtividade e eficiência técnica de organizações a partir da comparação de um conjunto de unidades similares, conhecida por DMU (abreviação do inglês *Decision Making Units*), que empregam múltiplos insumos para gerar múltiplos produtos (SCARATTI e CALVO, 2012; MICLOS et al. 2015).

A DEA tem sido bastante utilizada em publicações internacionais (ver KIRIGIA et al., 2004; KOOREMAN, 1994; REZAEE et al., 2012) e nacionais para avaliação em saúde. Miclos et al. (2015), realizaram um estudo onde avaliaram o desempenho da Atenção Primária em Saúde utilizando a ferramenta Análise Envoltória de Dados em 27 artigos, nacionais e internacionais, no período de 2003 a 2014. Scaratti e Calvo (2012) também utilizaram a DEA na avaliação de qualidade da gestão municipal da Atenção Básica em 36 municípios catarinenses e Marinho e Façanha (2000), em uma avaliação comparativa de

eficiência de 43 hospitais universitários federais brasileiros, onde outras referências também são apresentadas e discutidas.

A pesquisa está disposta nos seguintes tópicos: após esta introdução serão apresentados o objetivo geral e os específicos do estudo, a justificativa, a revisão bibliográfica - onde será abordada a Atenção Básica a Saúde, a Estratégia Saúde da Família e o Acolhimento à demanda espontânea; na sequência será explanada a metodologia, os resultados e discussão e as considerações finais.

1.1 Objetivos

O objetivo geral e os específicos desta pesquisa são os seguintes:

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a eficiência das Unidades de Saúde da Família do município do Recife antes e após a implantação do Acolhimento, utilizando a análise envoltória de dados – DEA

1.1.2 Objetivos Específicos

- Construir um rank de eficiência utilizando a análise envoltória de dados – DEA;
- Identificar os índices de eficiência das Unidades de Saúde da Família antes e após o acolhimento;
- Verificar se a implantação do Acolhimento teve impacto sobre a eficiência no atendimento das Unidades de Saúde da Família do município.

1.2 Justificativa da Pesquisa

No intuito de ampliar o acesso da população as unidades de saúde e utilizar a ABS como porta principal de entrada no sistema, o município do Recife veio expandindo, qualificando e consolidando ao longo dos últimos anos a Estratégia de Saúde da Família.

As equipes de Saúde da Família, a fim de estabelecer seu processo de trabalho e atender a demanda da população de sua área adscrita, por meio dos atendimentos ambulatoriais, grupos, atendimentos domiciliares e atendimento das urgências específicas da Atenção Básica, devem organizar sua agenda semanal a partir da realidade de seu território. Assim atenderem as demandas em relação à Saúde da Mulher (pré-natal, planejamento familiar, prevenção CA colo do útero e mama, etc.), Saúde da Criança (puericultura e consulta médica), Saúde do Homem, Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, etc. Esses atendimentos, na sua grande maioria, devem ser realizados de forma programada/agendada, porém à grande demanda espontânea nas Unidades de Saúde da Família ainda é uma realidade. Sendo importante ressaltar que a quantidade e complexidade dos atendimentos, fazem com que as unidades tenham grande necessidade de investimentos nos espaços físicos, em tecnologia e equipamentos.

O município do Recife iniciou em 2009, a partir do grupo de Apoios Institucionais da Gerência de Atenção Básica, o processo de discussão, implantação e avaliação do Acolhimento e sua utilização enquanto diretriz e dispositivo. Tratava-se de uma forma de organizar o trabalho da equipe, a fim de atender a todos que procuravam as unidades de saúde, garantindo acessibilidade universal. Contudo, ele só começou a ser avaliado sistematicamente pelo município a partir de 2012, e até o período de realização da pesquisa, não foi identificado nenhum estudo sobre o impacto do Acolhimento em relação à eficiência das Unidades de Saúde da Família.

Diante desse contexto, o presente estudo justificou-se pela importância de mensurar o impacto do Acolhimento em relação aos atendimentos nas Unidades de Saúde da Família, e pode contribuir no planejamento e organização do processo de trabalho das equipes, melhor utilização dos recursos, bem como maior qualidade do serviço prestado e consequente satisfação dos usuários do serviço.

2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

2.1 Atenção Básica a Saúde

Resultado do movimento de Reforma Sanitária que ocorreu na segunda metade da década de 1970, o Brasil em 1988 institucionalizou o direito à saúde a toda população brasileira com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), provocando importantes mudanças no cenário da saúde brasileira, iniciativa que pode ser considerada uma das maiores conquistas sociais da constituição neste ano. O SUS organiza-se em redes regionalizadas e hierarquizadas, possui um conjunto de ações e de serviços de saúde com gestão pública e atua em todo território nacional (JUNQUEIRA et al., 2009; BRASIL, 2011, p. 24). Ao longo de duas décadas, o SUS foi se consolidando e tornou-se a maior política de Estado do País. São seus princípios básicos: a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde e princípios organizacionais: a descentralização, regionalização, hierarquização da rede e a participação social (BRASIL, 2000a).

A Atenção Primária em Saúde (APS) estabelece um fundamento essencial aos sistemas de saúde, através dela obtêm-se uma diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços, melhores indicadores de saúde, maior utilização de práticas preventivas, maior eficiência do cuidado e no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamentos mais efetivos de condições crônicas e com isso maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002). O governo Brasileiro adotou o termo Atenção Básica, como uma proposta diferenciada da percepção político-ideológica de Atenção Primária, utilizada em vários países, que tem o entendimento que a Atenção Primária se vincula a ações de baixa complexidade direcionadas a populações carentes, com o fim de combater a exclusão social e econômica. Desta forma, por meio do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica engloba a Atenção Primária em uma perspectiva mais ampla, redirecionando o modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção a saúde, envolvendo os setores públicos e privados, com e sem fins lucrativos (FONTINELE-JÚNIOR, 2008).

A Atenção Básica (AB) constitui um conjunto de ações que fundamentam o conceito de vigilância em saúde, no âmbito individual e coletivo, que incorporam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a manutenção da saúde e a redução dos danos, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado que

impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e dos condicionantes e determinantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a; STARFIELD, 2002). Esse enfoque está em consonância com o que recomenda o SUS e tem como valores a procura por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, e a responsabilidade compartilhada entre a população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (BRASIL, 2007).

Em sua forma mais desenvolvida, a AB é a principal porta de acesso ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população. E vem ao longo dos anos, apresentando-se com alto grau de descentralização e capilaridade, ela está próxima à vida das pessoas. Avalia o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, com a finalidade de produzir uma atenção integral. Deve ser o contato de preferência dos usuários, e centro de diálogo da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Baseia-se pelos princípios da universalidade, da equidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, e da participação social (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012a).

A Atenção Básica precisa se constituir numa “porta aberta” com a capacidade de dar respostas “positivas” aos usuários. Não pode tornar-se simplesmente um lugar burocrático e de passagem obrigatória para outros tipos de serviços (BRASIL, 2014). Deve ter capacidade ampliada de escuta e análise, quanto um repertório e um escopo ampliado de ofertas para ser resolutiva e saber lidar com a complexidade de demandas, sofrimentos, adoecimentos e necessidades de saúde, que constantemente as equipes estão expostas (BRASIL, 2013). Necessita ter o cuidado de observar critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência, e para isso, aplica tecnologias de cuidado complexas e variadas com o objetivo de auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde que aparecem com maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2012a).

Num processo histórico para o desenvolvimento e consolidação do SUS; usuários, movimentos sociais, trabalhadores e gestores das três esferas governamentais; participaram da construção da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é o produto do acúmulo das experiências desses atores (BRASIL, 2012a). A partir disso, é possível perceber um foco na AB na tentativa de mudar a prática sanitária da atenção curativa para uma prática focalizada na promoção da saúde (COTTA et al., 2013). Desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, dirigidas a populações de uma determinada área, assumindo a responsabilidade sanitária e atendendo a dinamicidade existente na região em que vivem essas populações (BRASIL, 2012a). Entretanto, a saúde pública enfrenta várias dificuldades para garantir o acesso de toda a

população, as quais se justificam por fatores diversos “de ordem política, econômica, financeira, geográfica, tecnológica, humana e assistencial” (COTTA et al., 2013, p.165).

2.2 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visa à reorganização da Atenção Básica (AB) no país, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde (MS) e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como estratégia de qualificação, expansão e consolidação da Atenção Básica, por patrocinar uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de penetrar nos princípios, diretrizes e fundamentos da AB, além de aumentar a resolutividade e impacto na condição de saúde das pessoas e coletividades, favorecendo uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

Inicialmente, em 1991, o Ministério da Saúde lança o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), a partir dele foram introduzidas concepções de integração com a comunidade e, também, uma visão frente às intervenções em saúde, atuando de forma preventiva sobre a demanda e não meramente aguardando sua chegada para atuar, o enfoque deixou de ser o indivíduo, para ser a família. Porém apesar de todo êxito obtido, em 1993, nasceu à discussão de que o PACS, não conseguiria consolidar o SUS, pois ainda não era um instrumento suficiente para gerar mudanças significativas na Atenção Básica (BRASIL, 2002a; VIANA e DAL POZ, 2005).

A partir disso, em 1994, o MS lança o Programa de Saúde da Família (PSF), que vem como alternativa para reorganizar a AB, um programa pautado na vigilância da saúde, com foco nas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes, e atenção curativa, em campo individual e coletivo (MENDES, 1999a). No primeiro momento a implantação do PSF aconteceu, em áreas de risco, foi utilizado o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), para selecionar as áreas (VIANA e DAL POZ, 2005). O programa, desta forma, teve início ferindo um dos princípios do SUS, a universalidade, com caráter focalizador e seletivo, pois fica clara a intenção de voltar o atendimento primário a populações mais carentes (FRANCO e MERHY, 1999; MENDES, 1999b).

Contudo, em 2006, o PSF passa a ser reconhecido como estratégia prioritária de Atenção Primária à Saúde, deixa de ser visto como atenção de baixo custo simplificada, ou que recorta a atenção em níveis e a população em fatias, como mulher e criança, e se configura como a principal estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, buscando romper com paradigmas e incorporando um novo pensar e agir na expectativa de substituição ao modelo tradicional de assistência. Baseado nos eixos da integralidade, universalidade e equidade, e em uma conjuntura de descentralização da gestão e controle social (SOUZA et al., 2008; BRASIL, 2002b; FRANCO e MERHY, 1999).

A partir de 2011, o PSF passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornar-se visível como estratégia descentralizadora das políticas públicas em saúde, sendo estruturado, gradualmente, em todo território nacional. Trabalha com demarcação de território de abrangência, adscrição de clientela e cadastramento da população residente na área. Centra sua atenção na família, alcançada em seu ambiente físico e social, o que permite a concepção ampliada do processo saúde-doença e a precisão de práticas assistenciais que vão além das ações curativas. A territorialização e a adscrição de clientela permite a Equipe de Saúde da Família (eSF) constituir vínculo com a população, admitindo o compromisso e a corresponsabilidade, assim como, incentivando a organização da comunidade para exercer o controle social (BRASIL, 2002b; MERHY, MALTA e SANTOS, 2004).

A Equipe de Saúde da Família, de acordo com o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, deve ter caráter multiprofissional, funcionar 40 horas semanais, ser composta por no mínimo: um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um técnico ou auxiliar de enfermagem e alguns agentes comunitários de saúde (ACS). Podendo ainda ser acrescentados a esse arranjo um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e um auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, que ofereçam assistência integral na Unidade Saúde da Família (USF) e na comunidade. O número de ACS, ainda segundo a PNAB, necessita ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada por eSF, sendo no máximo de 750 pessoas por ACS, contudo não excedendo o limite máximo preconizado de 4.000 pessoas/usuários por equipe, ficando a média recomendada de 3.000 pessoas/usuários, acatando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se ainda que o número de usuários por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quão maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas/usuários por equipe (BRASIL, 2012a).

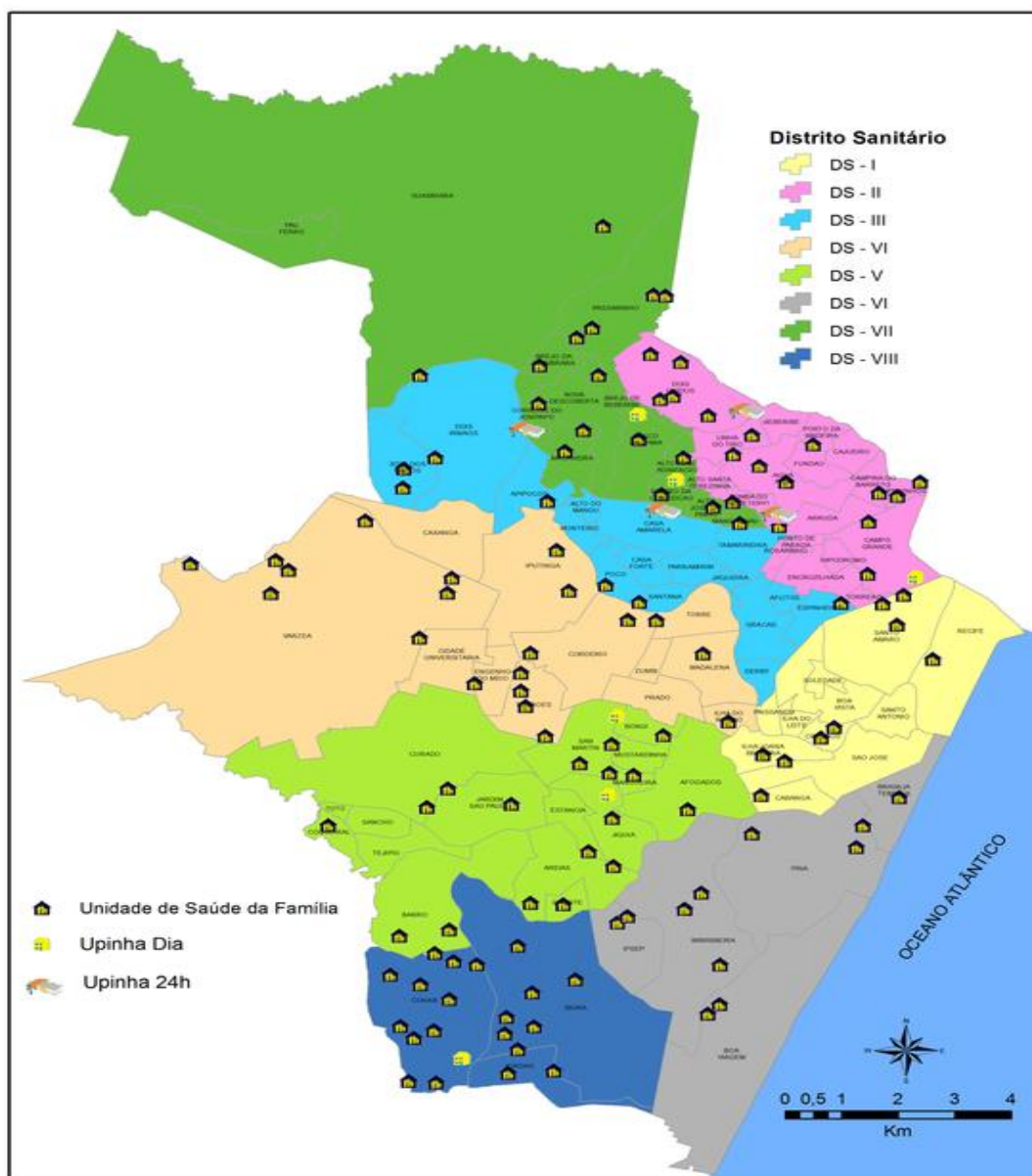
Para tanto, a equipe de Saúde da Família deve estar habilitada para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que objetem as reais necessidades da comunidade através de constante interação no sentido de mobilizá-la e envolvê-la no processo de trabalho da equipe. O MS destaca que o processo de trabalho em equipe deve ser realizado mediante desempenho de profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, operando com criatividade e senso crítico, através de uma prática competente e resolutiva. Isso leva à análise de alguns aspectos como as práticas e organização do trabalho em saúde bem como o funcionamento dos serviços de saúde, tornando-se uma das preocupações centrais do ministério, à necessidade da humanização dos serviços prestados e das ações realizadas no âmbito do SUS para consecução do princípio da integralidade (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b; BRASIL, 2012a).

Assim, a Estratégia de Saúde da Família e os profissionais que nela atuam, precisam desenvolver processos de trabalho que instituem uma relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, e se manifestem a partir do desenvolvimento de ações humanizadas, adequadas tecnicamente, articuladas intersetorialmente e apropriadas socialmente. É essencial que o trabalho das Equipes de Saúde da Família seja em parceria com as comunidades, a fim de diminuir as barreiras de acesso e melhorar a utilização dos serviços de ABS pela população, originando novas práticas setoriais e declarando a indissociabilidade entre as atividades clínicas e a promoção da saúde. Para isso, a boa resolutividade das equipes, o acolhimento, a capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e um método baseado na pessoa (e não na doença), na família e na comunidade, se faz necessário. E para garantir essa ampliação do acesso e maior utilização da Atenção Básica como primeiro contato com o sistema de saúde (porta de entrada), as Equipes de Saúde da Família têm buscado inovações. E um exemplo de esforços nesse sentido, é a utilização do acolhimento (BRASIL, 2007; FRACOLLI et al., 2004).

A cidade do Recife, capital pernambucana, situa-se no litoral nordestino, possui uma superfície territorial de 218,4 km², ao norte limita-se com os municípios de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico. Está repartida em 94 bairros aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor saúde, cada RPA correspondia a um Distrito Sanitário (DS), contudo em 2014 no intuito de garantir a presença da gestão no território, ampliando a capacidade de escuta da população, dos trabalhadores e da gestão, e para melhor alcance dos interesses coletivos, foi repensada a divisão político administrativa da saúde a partir da divisão dos dois distritos mais populosos da cidade, foram criados dois

novos, resultando em oito Distritos Sanitários. Respeitando os princípios da regionalização e hierarquização cada DS possui um Gerente, ligados diretamente a Secretaria Executiva de Coordenação Geral (SECG), que por sua vez está diretamente ligada ao Secretário Municipal de Saúde, contudo os distritos possuem um ambiente institucional semelhante e em cada um deles existe uma rede de saúde, no intuito de facilitar o acesso da população local e onde as Unidades de Saúde da Família (USF) e Upinhas - que são USF com estrutura requalificada - estão inseridas, conforme se pode observar na figura 1 (RECIFE, 2014; ALBUQUERQUE et al., 2015).

Figura 1: Mapa do Recife com a divisão por Distrito Sanitário, e localização das Unidades de Saúde da Família e Upinhas.



Fonte: Secretária Municipal de Saúde do Recife

2.3 Acolhimento à demanda espontânea

Como descrito anteriormente, a Atenção Básica lida com problemas e situações de saúde de grande variabilidade, o que exige tipos de esforços diferentes de suas equipes. Tal complexidade caracteriza-se pela necessidade de se considerar, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado sejam efetivas. Nesse sentido, a habilidade de escuta e acolhida das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários nas unidades de saúde, no domicílio e nos espaços comunitários e é um elemento-chave (BRASIL, 2013).

Com a finalidade de fortalecer o Sistema Público de Saúde está a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) – Humaniza SUS, criada em 2003, que busca contribuir para a melhoria da qualidade da gestão e atenção à saúde no Brasil, tendo como norteadora a humanização (BRASIL, 2008). Apesar dos benefícios alcançados desde a sua implantação observa-se que o aumento da demanda e a sobrecarga de trabalho dos profissionais que atuam dentro das equipes em Unidades Básicas de Saúde, têm dificultado o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção e promoção em saúde. A discrepância entre a capacidade de respostas dos profissionais e a quantidade de usuários que procuram os serviços de saúde aponta para a necessidade de implementação de estratégias que tornem o atendimento mais qualificado e humanizado (LITWINSKI, 2011).

Dessa forma, um dos desafios do PNH é oferecer um padrão de acolhida aos usuários e trabalhadores da saúde nos serviços, por isso apresenta o Acolhimento como eixo principal nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, favorecendo a construção de um elo de confiança e compromisso entre usuários e equipe, além da humanização do atendimento e das relações entre esses atores (BRASIL, 2006; CARVALHO, 2008). Para prestar assistência de qualidade, a equipe de saúde deve utilizar de todo seu conhecimento, a fim de ampliar suas intervenções, tendo a promoção da saúde de forma rápida, resolutiva e humanizada (MALTA et al., 2000).

Na saúde o Acolhimento deve ser percebido, ao mesmo tempo, como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como instrumento de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. Enquanto diretriz é um processo de afetabilidade, edificado a cada encontro. Também é um dispositivo de intervenção, pois dá a possibilidade de analisar o processo de trabalho em saúde, focando nas mudanças das relações entre profissionais,

usuários, rede social e profissional, a partir de parâmetros éticos, técnicos, humanitários e de solidariedade, onde o usuário é visto como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

O Acolhimento é uma forma de organizar o trabalho das equipes, a fim de atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Ele não é um espaço ou um local, e sim uma postura ética; não implica hora ou profissional específico para fazê-lo. Pois ele não se limita apenas no ato de receber, e sim a uma sequência de modos e ações os quais compõem o processo de trabalho em saúde. Através dele espera-se desempenhar o exercício dos princípios do SUS de universalidade e equidade na relação entre serviços de saúde e usuários (MAMUMOTO, 1998; CAMPOS et al., 2010; BRASIL, 2010).

Assim, o serviço assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e sua rede social. Partindo do princípio de receber todas as pessoas que buscam os serviços de saúde e reorganizar o processo de trabalho da equipe. Pois enquanto diretriz operacional, ele propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço, o qual deve ser organizado de forma que o usuário seja o centro, afastando-se do modelo médico-centrico, para equipe multiprofissional - equipe de Acolhimento - que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Desse modo, ele se constitui numa ação de inclusão, diferenciando-se da triagem, pois não se esgota na recepção, e deve acontecer durante todas as etapas do atendimento no serviço de saúde (FRANCO et al., 1999; MERHY et al., 2003; BRASIL, 2010).

Neste contexto, o “Acolhimento” é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade, pois aparece, como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são elemento privilegiado do trabalho das equipes, mas igualmente as pessoas que exibem necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, aproximar-se cada uma dessas circunstâncias segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos (BRASIL, 2013).

Constituir formas de Acolhimento e inclusão do usuário que promovam à otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema, está pautado como uma das diretrizes da Atenção Básica, pela PNH (BRASIL, 2004). E é apresentada na PNAB como atribuição comum a todos os profissionais das equipes da ESF, que aborda a participação no Acolhimento dos usuários através da escuta qualificada das

necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2012a).

Organizar-se a partir do Acolhimento dos usuários, demanda que a equipe cogite sobre o conjunto de ofertas que ela tem exibido para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar disponíveis para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes debatam e definam (mesmo que temporariamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do Acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; como encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que distintas ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias, etc. Percebe-se que é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (BRASIL, 2013).

Assumir efetivamente o Acolhimento como diretriz é uma ação que requer mudanças intensas no modo de funcionar a Atenção Básica. Isso demanda um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do Acolhimento dificilmente se dá apenas a partir do anseio de um ator isolado (BRASIL, 2013). O Acolhimento tem aparecido como uma ferramenta potente na organização do serviço, na Estratégia Saúde da Família, quando articulado a diferentes práticas que busquem o reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (CAMPOS, 1997 apud FRACOLLI, 2003).

Nesse âmbito, a estratégia do Acolhimento já era uma ação implantada em alguns municípios, visando o alcance do objetivo de proporcionar serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanísticos. Acolher, no contexto desses serviços, significa “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Deve ser realizada por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde-pessoa em cuidado” (PAIDÉIA, 2001).

Na cidade do Recife a discussão em relação à adoção do Acolhimento junto às equipes das Unidades de Saúde da Família, começou a ser trabalhada pela Gerência de Atenção Básica do município, pelo grupo de Apoios Institucionais em parceria com a equipe dos Distritos Sanitários, em 2009, quando as unidades começaram a ser avaliadas em relação a se possuíam ou não ações voltadas ao Acolhimento.

Em 2011 o MS lança o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o objetivo de estimular os gestores e as equipes a aprimorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população do território. Para isso, sugere um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde e aumenta o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que alcançarem melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2012b). Em paralelo, o município do Recife institui o recebimento de incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família que obtivessem alguns padrões, e entre eles estavam a adesão ao PMAQ e a realização do Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família.

A partir de 2012, o município começou a avaliar sistematicamente as equipes de Saúde da Família, em relação ao Acolhimento, a partir de uma matriz de avaliação, construída pela equipe gestora do município, que definia o grau de implantação da diretriz/dispositivo Acolhimento a partir de um sistema de escores definidos por meio de quartis, no qual foi considerado implantado a USF que alcançou maior ou igual a 75% das ações preconizadas; parcialmente implantado se alcançou de 50 a 74%, incipientemente implantado de 25 a 49% e não implantado menor que 25%.

3 METODOLOGIA

A metodologia foi dividida em subitens, a fim de tornar mais didática e compreensiva a sua explanação.

3.1 Descrição da unidade de análise

O presente estudo visou associar a evolução da eficiência técnica das Unidades de Saúde da Família com a expansão do Acolhimento nas mesmas, ao longo do período de 2005 a 2014. Para tanto, empregou-se a técnica de Análise Envoltória de Dados (DEA), sendo, desse modo, uma avaliação, fundamentalmente, quantitativa e relativa. Com esta finalidade, o universo pesquisado considerou, inicialmente, todas as Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, no período estudado, totalizando 124 Unidades de Saúde da Família e 257 Equipes de Saúde da Família. Foi solicitada carta de anuência e autorização do uso dos dados secundários ao gestor municipal (em anexo).

Foram excluídas do estudo, as Unidades de Saúde da Família que estavam com ausência de informações em algum dos anos para todos os insumos e produtos ou somente para todos os produtos avaliados, impossibilitando a criação do índice de eficiência para estas unidades. Desta forma, foram analisadas 105 Unidades de Saúde da Família, do universo de 124. As Unidades de Saúde da Família excluídas foram: Borborema; Bruno Maia; Upinha Dr. Hélio Mendonça; Alto da Jaqueira; Cidade Operária; Córrego do Eucalipto; Djalma de Holanda; Jardim Teresópolis; Jiquiá; Parque dos Milagres; Paz e Amor; União das Vilas; Água Viva; Casarão do Cordeiro; Jardim São Paulo/Guarulhos; Luís Wilson; Sítio Wanderley; UR-3 e Vila do Sesi.

Observou-se ainda que algumas unidades apresentaram valor zero para algumas poucas variáveis do banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do resultado do Acolhimento, fazendo com que fossem gerados “*missings*”, ausência de dados. Para corrigir tal efeito problema, de modo a incorporar todas as USF nas estimações, foi somada uma unidade para todas as variáveis em que isto ocorreu, sendo este um procedimento padrão.

3.2 Coleta e análise dos dados

Os dados utilizados sobre as Unidades de Saúde da Família foram coletados na Gerência de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, nos bancos de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Apesar das limitações do referido sistema de informação, no período estudado, ele era a fonte de informação oficial do Ministério da Saúde (MS).

3.3 Determinação da metodologia

O modelo empregado é denominado de Análise Envoltória de Dados (*data envelopment analysis* - DEA) (CHARNES et al., 1978), a qual pode ser considerada uma ferramenta importante para pesquisadores e gestores no estudo de eficiência e na formulação de políticas de saúde (LOBO e LINS, 2011; BOUERI et al., 2015). Este método empírico é amplamente utilizado para avaliações no setor saúde, como por exemplo, em Sousa e Dias (2015) que avaliou o desempenho dos sistemas de Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros. Marinho (2003) que realizou uma avaliação da eficiência técnica dos serviços de Atenção Básica a Saúde nos municípios do estado do Rio de Janeiro e Varela (2008), que utilizou os escores de eficiência para avaliar a Atenção Básica nos municípios de São Paulo.

Foram selecionadas algumas variáveis para compor os Inputs (insumos) e Outputs (produtos) das Unidades de Saúde da Família necessárias para o cálculo dos índices de eficiência da DEA. O critério para selecionar os *Inputs* e *Outputs* para o modelo da DEA está relacionado à prestação dos serviços básicos de saúde destinados aos usuários das unidades de Saúde da Família do município. A escolha adequada desses insumos e produtos tem constituído uma procura de vários autores no emprego da DEA, em virtude da grande possibilidade de variáveis a serem utilizadas, impossibilitando uma comparação mais direta das DMUs e generalização dos resultados (BENJAMIN e OBENG, 1990 apud SAMPAIO e GUIMARÃES, 2009). Contudo, Sousa e Dias (2015), alegam que mesmo não existindo consenso a respeito de quais insumos e produtos estão relacionados à Atenção Básica, a maioria dos estudos inclui o uso de profissionais da atenção primária (em quantitativo ou

horas trabalhadas), gastos/ custos, medicamentos e exames laboratoriais como insumos; visitas e consultas dos profissionais da atenção primária e procedimentos, como produtos.

As informações relativas à base de dados das variáveis de entrada utilizadas no estudo estão resumidas na Tabela 1.

Tabela 1: Descrição das variáveis de Insumos/*Inputs* e suas fontes.

Variáveis Insumos/ Inputs	Descrição	Fonte	Período
Médicos	Número de médicos por USF.	SIAB	2005 a 2014
Enfermeiros	Número de enfermeiros por USF.	SIAB	2005 a 2014
Usuários	Número de pessoas cadastradas por USF	SIAB	2005 a 2014

Fonte: Elaboração própria, 2016.

O nível de eficiência das Unidades de Saúde da Família do município será construído considerando a intensidade de atuação dos profissionais da estratégia no município, ao longo de cada ano, por meio do número de médicos, enfermeiros e cobertura de usuários. O quantitativo dessas três variáveis se diferencia dentro de cada unidade do município em virtude do número de equipes de Saúde da Família variar entre essas unidades, visto que conforme a Portaria do MS N° 2.488 de 21 de Outubro de 2011, são itens necessários a Estratégia de Saúde da Família a existência de equipe multiprofissional, a eSF, composta no mínimo por 01 médico, 01 enfermeiro e 01 técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que devem ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com o máximo de 750 pessoas por ACS, e não ultrapassando o número máximo de pessoas por eSF, que deve ser de 4.000, recomendando uma média de 3.000 pessoas por equipe de Saúde da Família. As equipes estão localizadas em uma área geográfica delimitada, onde esses profissionais ficam responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas e priorizam as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua.

As variáveis que representam as informações relativas aos produtos da base de dados

trabalhada estão resumidas na Tabela 2.

Tabela 2: Descrição das variáveis de Produtos/*Outputs* e suas fontes.

Variáveis Produtos/ Outputs	Descrição	Fonte	Período
Consultas Médicas	Número de consultas médicas	SIAB	2005 a 2014
Consultas de Enfermagem	Número de consultas de enfermagem	SIAB	2005 a 2014
Consultas de puericultura	Número de consultas de puericultura	SIAB	2005 a 2014
Consulta de pré-natal	Número de consulta de pré-natal	SIAB	2005 a 2014

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A escolha das variáveis de produto, expostas na tabela 2 foi decorrente da produção de saúde das unidades, a partir das consultas dos profissionais da atenção primária conforme abordado em Sousa e Dias (2015). Foi considerado enquanto *outputs* os números de consultas gerais realizadas pelos médicos e enfermeiros das unidades de saúde, além do número de consultas de puericultura, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a dois anos de idade, e pré-natal, acompanhamento das gestantes. Trata-se de indicadores de efetividade no cumprimento das atividades das equipes de saúde, retratando a possível heterogeneidade quanto ao nível de desempenho dessas equipes em relação ao que cada uma delas conseguiu produzir, ao longo de cada ano do estudo.

A ausência de um bom indicador de qualidade, ao nível da Unidade de Saúde da Família, ainda é uma realidade. Cita-se, como exemplo, a impossibilidade de captar as internações por causa sensíveis a Atenção Básica, das pessoas cobertas por uma determinada Unidade de Saúde da Família.

3.4 Modelo empírico

A medida de eficiência relativa é calculada a partir da comparação de um conjunto de unidades similares, nomeadas unidades tomadoras de decisão (*Decision Making Units-DMUs*), as quais consomem os mesmos recursos (*inputs*) para produzir os mesmos produtos (*outputs*), diferenciando-se unicamente nas quantidades consumidas e produzidas (COOPER et al., 2004). O conceito básico da Análise Envoltória de Dados - DEA surgiu com o estudo de Farrell (1957), sendo depois estendido por Charnes et al. (1978). A ideia básica deste método baseia-se no modelo de uma função de produção (fronteira tecnológica), ou seja, $y = f(x)$, onde y representa o produto gerado e $f(x)$, a função que combina os insumos para gerar referido produto. Assim, a DEA, por meio de programação linear, busca calcular uma fronteira de eficiência com base nas combinações de insumos e produtos de cada DMU, sendo o resultado desta combinação eficiente (sob a fronteira) ou ineficiente, (abaixo da fronteira) (SAMPAIO e GUIMARÃES, 2009).

As DMUs, no presente estudo foram as Unidades de Saúde da Família. Ao definir as DMUs com as melhores práticas, a DEA constrói uma fronteira de produção empírica (COOPER et al., 2004). Porém as comparações não são tão simples. Recai-se, nesses casos, em um problema de programação matemática de solução não trivial. Como resultado dessa programação matemática, a DEA atribui a cada DMU um valor (escore), representativo de seu desempenho relativo. Usualmente, esses escores variam entre 0 e 1(um), ou entre 0 e 100%, e as unidades eficientes recebem valor igual a 1(um) ou 100%. A DEA também permite destacar, em cada unidade, quais os níveis de consumo e de produção que tornariam as unidades eficientes.

É importante enfatizar que a eficiência gerada por este método é relativa, sendo as DMUs que exibem melhor desempenho, adotado como referência para as demais, de modo que todas as outras unidades sejam relativizadas a elas. É com esta ressalva em mente que se deve compreender os coeficientes de eficiência obtidos na seção de resultados. Em outras palavras, o indicativo de eficiência relativa não garante a ausência de problemas na unidade tida como eficiente, apenas um melhor desempenho comparado às demais unidades.

Nesse contexto, basicamente, cada Unidade de Saúde da Família representou uma DMU distinta e a eficiência relativa refere-se ao desempenho obtido como função de características dos insumos e dos produtos de saúde avaliados.

Figura 2: Visão organizacional de uma Unidade de análise.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

O conceito de eficiência (EF) baseia-se na definição de Pareto (LINS, et. al., 2007), onde:

$$\text{Índice de Eficiência} = \frac{\sum_j u_j Y_{jk}}{\sum_i v_i X_{ik}} = \frac{uY_k}{uX_k}$$

Onde, Y_{jk} significa a saída j da unidade k ; X_{ik} é a entrada i da unidade k ; u_j e v_i significam os pesos de cada saída j e de cada entrada i , respectivamente. Esses pesos precisam ser determinados. Utiliza-se para esse fim a programação linear, permitindo para cada DMU que todas as combinações possíveis de peso sejam testadas, acatando a condição de que nenhuma outra DMU terá índice de eficiência acima de 1 usando os mesmos pesos. Para tal, o índice de eficiência relativa descoberto pela DEA reflete a melhor opção de pesos possível para cada DMU.

A metodologia da DEA pode ser definida pela abordagem com orientação-insumo ou orientação-produto. Na orientação insumo, procura-se a eficiência da DMU minimizando a utilização dos recursos, enquanto que na orientação produto, os níveis de insumos continuam constantes e os produtos são maximizados para se atingir a fronteira de produção. Além disso, a DEA admite que a fronteira seja construída com base em retornos constantes de escala ou em retornos variáveis. Esse modelo para medir a eficiência foi introduzido por Charnes et al. (1978), quando iniciou o uso do termo DEA, e de onde aplicam Retornos Constantes de Escala, denominado de abordagem CCR devido as iniciais dos autores, ou CRS (*Constant Returnsto Scale*). Em 1984, Banker, Charnes e Cooper, aprimoraram esse modelo com uma abordagem de Retornos Variáveis de Escala, o qual ficou conhecido por BCC, também devido

as iniciais dos autores, ou por VRS (*Variable Returnsto Scale*). No modelo BCC não existe a proporcionalidade entre as variáveis, o que faz esse tipo de modelo mais indicado para *rankings* em competições ou ordem de preferência, como esse estudo.

Na abordagem CCR acontece um aumento proporcional nos *outputs* em cada aumento de *inputs*; já na abordagem BCC, as variações advindas nos *outputs* são não proporcionais e não são necessariamente de aumento. O modelo de DEA aplicado ao presente estudo foi o BCC, que tem como vantagem não assumir linearidade. Ele assume uma fronteira côncava, onde um aumento isolado no uso dos insumos, mesmo gerando um aumento da produção, não acontece de forma linear, e sim com retornos decrescentes. Dessa forma, a não utilização do modelo CCR motivou-se por não acreditar que ao dobrar o quantitativo de insumos, os produtos iriam cair pela metade e inferir numa melhor eficiência produtiva a USF (LINS e MEZA, 2000).

As vantagens do uso da DEA, para Lins e Mezza (2000), e que facilitam à disseminação da metodologia as áreas de saúde não acadêmicas, são: não exigir a escolha anterior de função de produção e o entendimento das distribuições de probabilidade, por ser um método não paramétrico; aceitar vários *inputs* e *outputs*, e simultaneamente estender a análise dos indicadores de saúde para além das razões simples; trabalhar com um vetor de *inputs* e outro de *outputs*, permitindo dessa forma a inclusão de variáveis com unidades de medida distintas, monetárias ou não; fundamenta-se nas melhores práticas, ou modelos a serem alcançados pela implementação das políticas de saúde; mostrar os *benchmarks* e a melhor forma para atingi-los.

Na área da saúde existem vários trabalhos que utilizam essa metodologia nas pesquisas sobre políticas públicas e atenção primária à saúde, como Scaratti e Calvo (2012), que abordaram a qualidade da gestão municipal da Atenção Básica à Saúde em Santa Catarina, Matta (2014) que fez uma avaliação da estratégia saúde da família em Minas Gerais, Marinho (2003) que avaliou os serviços de saúde no Rio de Janeiro e Lopes e Toyoshima (2008) que avaliaram a gestão dos gastos com Saúde e Educação em Minas Gerais.

A aplicação da metodologia da DEA foi realizada de três modos diferentes. A primeira análise, mais geral, levantou a eficiência relativa das unidades de saúde em todos os anos e para todos os Distritos Sanitários. Os índices de eficiência foram obtidos por meio de um único modelo, considerando todas as Unidades de Saúde da Família em todos os anos, obtendo, assim, um índice de eficiência global, permitindo comparar as DMUs entre elas, entre os anos e entre os Distritos Sanitários. A segunda análise considera as Unidades de Saúde da Família para cada ano separadamente, obtendo assim um índice de eficiência anual,

permitindo comparar as DMUs no mesmo ano, independente do Distrito Sanitário (DS). Ou seja, foram realizados 10 levantamentos anuais. Por fim, a terceira análise considerou as especificidades de cada Distrito Sanitário ao longo de todos os anos, levantando rankings específicos de cada distrito. Para isso, foram construídos oito rankings de eficiência relativa, permitindo a comparação entre as unidades de cada distrito, ao longo do período estudado. Para todas as estimações efetuadas utilizaram-se todas as variáveis de insumos e produtos descritas na tabela 1 e 2, respectivamente.

Nesse contexto, de forma complementar, foram originados três histogramas que apresentam todas as DMUs nos dez anos de observação, gerados após a estimação de cada uma das DEAs descritas acima. Seguido de duas tabelas, onde uma apresenta o percentual de Unidades de Saúde da Família em cada intervalo por tipo de eficiência, ao longo dos dez anos e uma que apresenta o valor médio por tipo de eficiência também nos dez anos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo obteve um mapa da eficiência das Unidades de Saúde da Família da cidade do Recife, baseado nos indicadores de produtividade quantitativos. Foram estimados três tipos de eficiência relativa. Foi utilizado o modelo DEA com orientação ao *output*, onde se procura a máxima produtividade aumentando os produtos possíveis para uma quantidade fixa de insumos utilizados (MICLOS et al, 2015).

Conforme explanado anteriormente, a ideia básica da DEA é permitir montar um ranking do nível de eficiência baseado no *score* gerado, sendo que os escores iguais a 1 sinalizam que a unidade está sob a curva da fronteira de produção, isto é, operam no máximo de eficiência relativa.

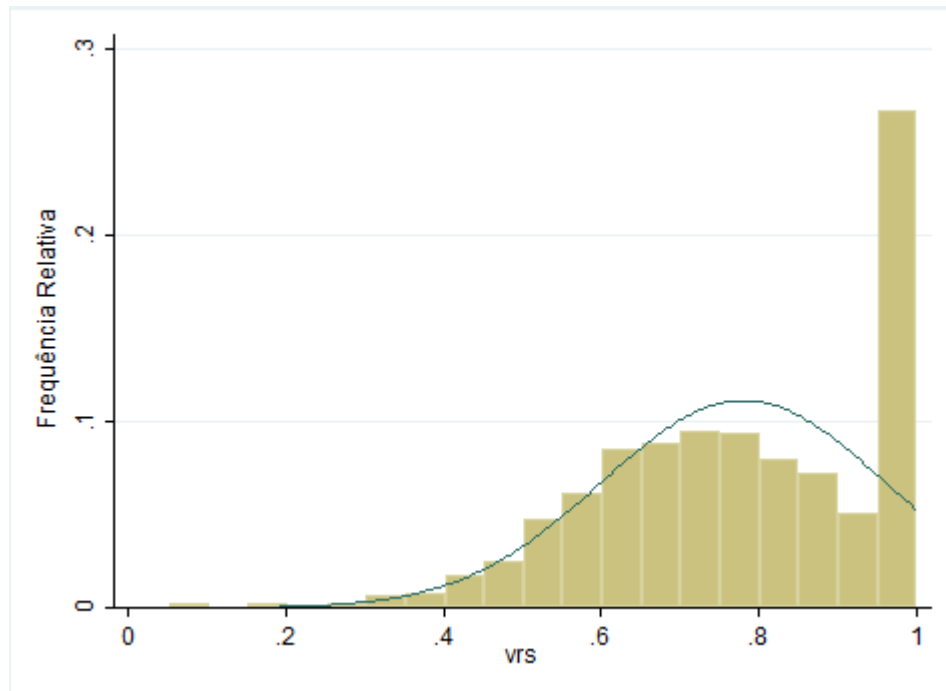
A distribuição dos scores de eficiência técnica relativa das Unidades de Saúde da Família do Recife pode ser observada nas Figuras 3, 4 e 5, onde as mesmas estão representando a eficiência relativa das USF por ano, global e por Distrito Sanitário, respectivamente, conforme descrito na seção de metodologia. Portanto, cada um dos histogramas apresenta todas as DMUs nos dez anos de observação, gerados após a estimação de cada um das DEAs. Em todos eles, o eixo vertical apresenta o percentual da distribuição e o eixo horizontal, o intervalo de cada tipo de *theta*.

Pode-se observar na figura 3 que aproximadamente 30% das DMUs, quando estimadas por ano, podem ser consideradas com a máxima eficiência técnica, pois obtiveram um *score* de eficiência no intervalo entre 0,95 a 1. Contudo, é importante ressaltar que cerca de 50% das DMUs obtiveram índice anual acima de 0,80, o que se pode considerar uma alta eficiência técnica. A vantagem desse índice é a possibilidade de comparar as DMUs exclusivamente no mesmo ano.

Ao analisar a figura 4, percebe-se que o nível de eficiência das unidades, quando avaliadas em relação há todos os anos e em todos os Distritos Sanitários - eficiência relativa global - se apresenta mais baixa quando comparada a distribuição por ano, com uma concentração de aproximadamente 50% das DMUs no intervalo entre 0,4 e 0,6. Contudo, permite comparar as DMUs entre os anos e entre os distritos.

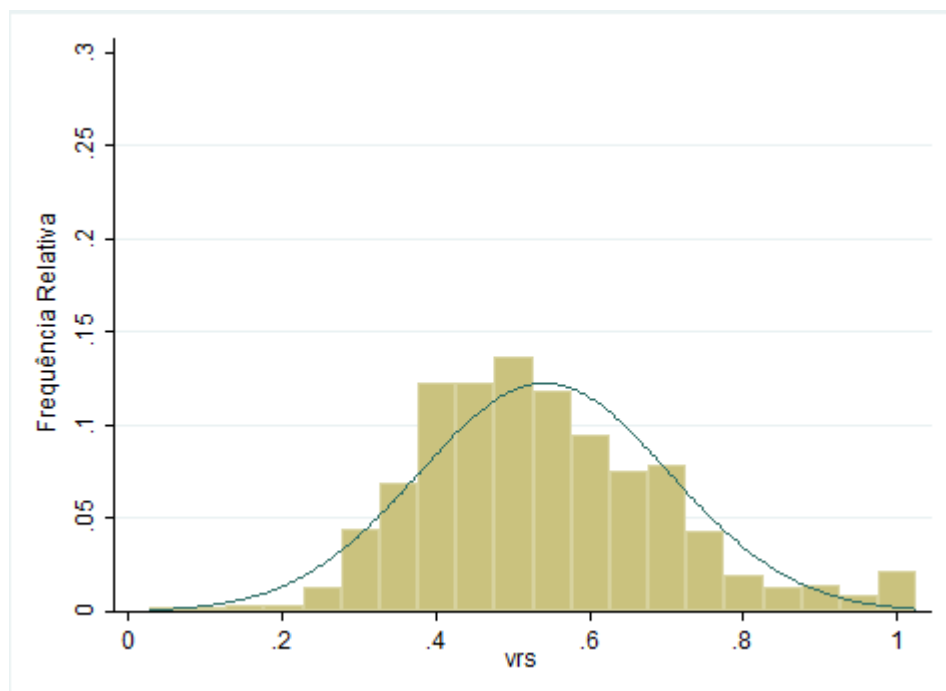
Por fim, em relação à figura 5, observa-se que o nível de eficiência por DS apresentou uma eficiência média superior às demais, sendo mais constante ao longo da curva entre 0,60 e 0,80, atingindo cerca de 40% das unidades nesse intervalo. Exibindo como vantagem a possibilidade de comparar todas as DMUs do mesmo DS, em todos os anos.

Figura 3: Distribuição dos *scores* de eficiência relativa anual das Unidades de Saúde da Família, 2005-2014.



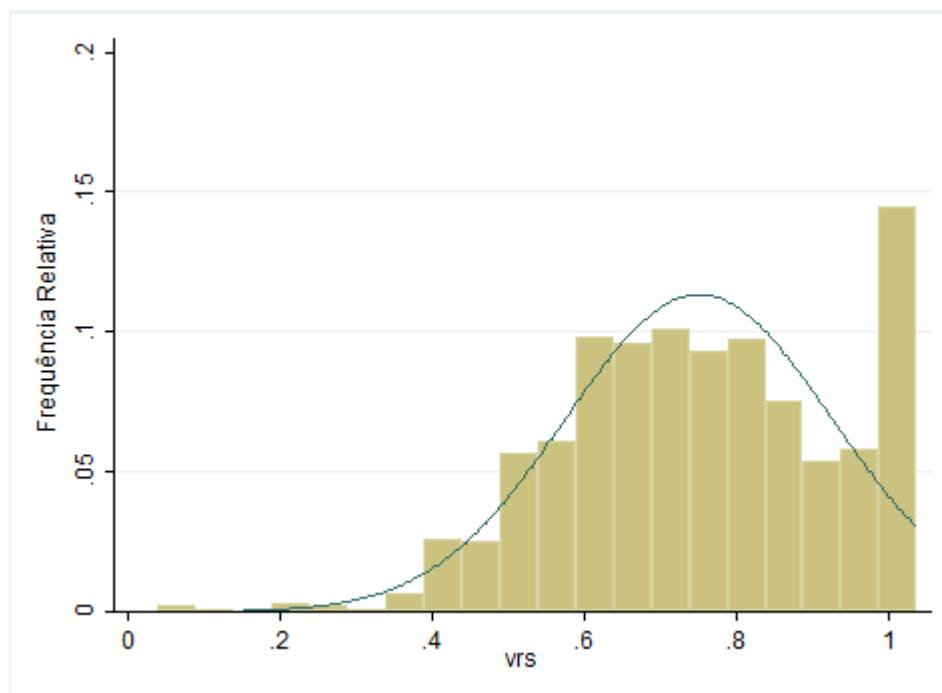
Fonte: Elaboração própria, 2016.

Figura 4: Distribuição dos *scores* de eficiência relativa global das Unidades de Saúde da Família, 2005-2014.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

Figura 5: Distribuição dos scores de eficiência relativa por Distrito Sanitário das Unidades de Saúde da Família, 2005-2014.



Fonte: Elaboração própria, 2016.

A Tabela 3 mostra o percentual de distribuição das Unidades de Saúde da Família do Recife para cada um dos tipos de eficiência técnica trabalhados, por intervalo de eficiência e ano. No geral, observa-se em todos os anos uma maior concentração das Unidades de Saúde da Família no nível de eficiência relativa média (entre 0,6 e 0,8) e eficiência relativa máxima (entre 0,9 e 1), exceto na eficiência técnica global, onde a maior concentração está no intervalo entre 0,4 e 0,6.

O ano em que as unidades de saúde apresentaram os melhores resultados, no índice anual, foram 2007, onde 44% foram consideradas com eficiência máxima tecnicamente. O ano de 2012 obteve o segundo melhor resultado com 42% das unidades, salientando que foi nesse ano que o Acolhimento começou a ser avaliado sistematicamente pelo município e os profissionais das Unidades de Saúde da Família passaram a ter retorno financeiro dependendo do resultado do mesmo. O ano que apresentou o pior resultado foi 2008, em que 83% das unidades ficaram abaixo de 0,9, seguidos pelo ano de 2010 com 76% e pelos anos de 2006, 2013 e 2014 com 70% cada.

Analisando a distribuição do índice global, percebe-se que a eficiência técnica das Unidades de Saúde da Família se apresentou mais baixa, quando comparados com o índice

anual e o índice por DS, ficando a maior parte das DMUs no intervalo com eficiência relativa mais baixa, entre 0,4 e 0,6.

Em relação ao índice por Distrito Sanitário, o ano que apresentou o melhor resultado foi 2010 com 43% das DMUs com eficiência relativa máxima. Observa-se uma maior concentração no intervalo de eficiência relativa entre 0,6 e 0,8. O ano que apresentou o pior resultado também foi o ano de 2008, igualmente ao índice anual, com 87% das DMUs abaixo de 0,9. Porém, no contexto geral, a grande maioria das DMUs apresenta-se no intervalo com eficiência relativa acima de 0,6.

Tabela 3: Percentual das Unidades de Saúde da Família do município do Recife por faixa de eficiência técnica relativa, por ano e tipo de eficiência.

Theta por Ano					
Ano	0 →0,4	0,4 →0,6	0,6→0,8	0,8→0,9	0,9→1
2005	0,050	0,080	0,400	0,110	0,360
2006	0,010	0,060	0,430	0,210	0,300
2007	0,000	0,090	0,300	0,170	0,440
2008	0,040	0,200	0,440	0,150	0,170
2009	0,010	0,080	0,330	0,210	0,370
2010	0,040	0,280	0,350	0,100	0,240
2011	0,020	0,180	0,350	0,110	0,330
2012	0,010	0,100	0,340	0,130	0,420
2013	0,020	0,210	0,330	0,130	0,300
2014	0,010	0,210	0,340	0,140	0,300
Theta global (para todos os anos)					
Ano	0 →0,4	0,4 →0,6	0,6→0,8	0,8→0,9	0,9→1
2005	0,170	0,480	0,270	0,040	0,050
2006	0,150	0,570	0,240	0,030	0,010
2007	0,200	0,590	0,190	0,020	0,000
2008	0,280	0,510	0,170	0,000	0,040
2009	0,190	0,540	0,230	0,030	0,010
2010	0,180	0,330	0,310	0,050	0,120
2011	0,230	0,460	0,230	0,040	0,050
2012	0,160	0,400	0,370	0,040	0,030
2013	0,140	0,470	0,340	0,020	0,030
2014	0,210	0,510	0,220	0,020	0,040
Theta por DS					
Ano	0 →0,4	0,4 →0,6	0,6→0,8	0,8→0,9	0,9→1
2005	0,050	0,100	0,340	0,200	0,310
2006	0,020	0,120	0,440	0,240	0,180
2007	0,010	0,170	0,520	0,100	0,200
2008	0,010	0,200	0,420	0,240	0,130

2009	0,020	0,200	0,400	0,160	0,220
2010	0,030	0,140	0,260	0,140	0,430
2011	0,040	0,260	0,350	0,100	0,250
2012	0,010	0,190	0,360	0,180	0,260
2013	0,010	0,170	0,500	0,100	0,230
2014	0,040	0,270	0,350	0,120	0,220

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Na tabela 4, os resultados demonstram que entre as 105 unidades estudadas para todos os 10 anos observados, o índice global ficou com média em torno de 0,54, ao fazer um recorte dos anos, percebe-se que antes de 2010, a média fica em torno de 0,52 e nos cinco anos seguintes chega a 0,56. Ressalta-se que esse resultado mais baixo, está contaminado pelas peculiaridades dos Distritos Sanitários e dos anos.

Percebe-se ainda, ao avaliar o resultado em relação aos três índices trabalhados (anual, global e por DS), que a média após o ano de 2010, nos três casos, não tem uma melhora significativa.

Apesar de ter ocorrido um aumento no percentual, observa-se que não houve grande evolução dos índices de eficiência relativa após o início do Acolhimento, pois essa diferença não é estatisticamente significativa. Contudo, ao estimar a DEA para todos os anos, permitindo comparações anuais, porém separadas por distrito ou estimando a DEA para todos os distritos, no entanto separando por anos de atuação, percebe-se um aumento da eficiência técnica relativa das Unidades de Saúde da Família, pois a distribuição fica mais concentrada a direita, próxima aos índices de eficiência máxima, apresentando uma média em torno de 0,76 e 0,78, respectivamente. Esse resultado pode ser consequência das especificidades de cada Distrito Sanitário ou especificidades de alguns dos anos estudados.

Entretanto ainda existem dúvidas a respeito do que explicaria um número expressivo de unidades funcionando abaixo de 70% de eficiência. Um dos motivos poderia ser a ausência de algum indicador de qualidade.

Tabela 4: Média por Distrito Sanitário da eficiência técnica relativa das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, por ano e tipo de eficiência.

Ano	DEA por ano							
	DS-1	DS-2	DS-3	DS-4	DS-5	DS-6	DS-7	DS-8
2005	0,755	0,792	0,917	0,791	0,675	0,746	0,852	0,796
2006	0,812	0,820	0,897	0,819	0,659	0,795	0,806	0,842

2007	0,892	0,787	0,928	0,892	0,740	0,833	0,831	0,852
2008	0,827	0,752	0,769	0,768	0,548	0,699	0,753	0,657
2009	0,863	0,837	0,810	0,861	0,757	0,836	0,818	0,841
2010	0,620	0,700	0,792	0,911	0,553	0,803	0,613	0,754
2011	0,740	0,799	0,860	0,794	0,768	0,814	0,723	0,723
2012	0,822	0,852	0,861	0,856	0,653	0,823	0,821	0,845
2013	0,758	0,762	0,741	0,813	0,632	0,788	0,736	0,831
2014	0,812	0,741	0,768	0,749	0,713	0,821	0,769	0,777
DEA global								
	DS-1	DS-2	DS-3	DS-4	DS-5	DS-6	DS-7	DS-8
2005	0,552	0,580	0,547	0,516	0,479	0,473	0,569	0,588
2006	0,509	0,559	0,542	0,556	0,432	0,535	0,519	0,581
2007	0,574	0,525	0,467	0,542	0,403	0,504	0,486	0,535
2008	0,505	0,563	0,479	0,563	0,380	0,517	0,479	0,476
2009	0,571	0,555	0,436	0,551	0,478	0,508	0,491	0,564
2010	0,511	0,571	0,522	0,852	0,423	0,719	0,455	0,679
2011	0,525	0,534	0,629	0,534	0,615	0,564	0,433	0,531
2012	0,576	0,564	0,561	0,608	0,428	0,605	0,564	0,632
2013	0,531	0,566	0,567	0,576	0,454	0,615	0,520	0,642
2014	0,548	0,509	0,549	0,486	0,480	0,629	0,504	0,579
DEA por DS								
	DS-1	DS-2	DS-3	DS-4	DS-5	DS-6	DS-7	DS-8
2005	0,852	0,760	0,707	0,693	0,830	0,794	0,813	0,801
2006	0,857	0,733	0,703	0,709	0,748	0,780	0,745	0,822
2007	0,905	0,668	0,607	0,685	0,753	0,805	0,700	0,749
2008	0,833	0,701	0,631	0,722	0,728	0,898	0,744	0,691
2009	0,876	0,700	0,578	0,659	0,830	0,845	0,735	0,751
2010	0,824	0,694	0,737	0,924	0,794	0,979	0,678	0,879
2011	0,822	0,656	0,799	0,654	0,819	0,832	0,668	0,690
2012	0,876	0,717	0,726	0,739	0,717	0,770	0,803	0,769
2013	0,801	0,741	0,719	0,693	0,735	0,796	0,758	0,761
2014	0,858	0,655	0,722	0,592	0,754	0,834	0,737	0,718

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A tabela 5 apresenta a quantidade de unidades por ano e por Distrito Sanitário que realizavam Acolhimento. Observou-se que apesar do processo de implantação do Acolhimento ter iniciado em 2009, a grande expansão se deu apenas em 2012, ano em que iniciou a avaliação por parte do município e também pelo MS através do PMAQ. Além disso, foi neste ano que os trabalhadores passaram a receber incentivos financeiros caso realizassem o Acolhimento, entre outras atividades. Percebe-se que apesar da amostra ter sido de 105

Unidades de Saúde da Família, o total de unidades com Acolhimento foi de 102, pois até o ano estudado, três USF não apresentavam Acolhimento, sendo duas do DS 4 (USF Campo do Banco e USF Roda de Fogo/Macaé) e uma do DS 5 (USF Mustardinha).

Tabela 5: Número de Unidades de Saúde da Família com Acolhimento no Município do Recife, por ano e Distrito Sanitário.

Ano	Unidades com Acolhimento por DS								Total
	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4	DS 5	DS 6	DS 7	DS 8	
2005	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2006	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2008	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2009	0	1	0	1	0	0	0	0	2
2010	0	1	2	1	0	0	5	2	11
2011	7	10	2	8	6	4	6	10	53
2012	9	19	6	14	12	9	13	16	98
2013	9	19	6	14	12	10	15	16	101
2014	9	19	6	15	12	10	15	16	102

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Foram verificadas evidências, como mostra a tabela 6, de que haja relações entre a expansão das unidades com Acolhimento (de 2011 - 2012) e os resultados da DEA observados na tabela 4. Pois se verifica um aumento dos índices, para todos os tipos de eficiências trabalhadas, principalmente nos distritos 7 e 8, onde os índices aumentaram em cerca de 0,10, seguidos pelos distritos 1, 2 e 4 onde houve um aumento em média de 0,06. Contudo chama atenção os índices do DS 5, que ficaram em média 0,13 negativos, apesar de ter apresentado um aumento significativo no número de unidades realizando Acolhimento. Esse resultado sugere mais uma vez que a inclusão de indicadores qualitativos poderia captar melhor os possíveis efeitos do Acolhimento e expandir o horizonte da avaliação do mesmo. Pois em termos de números de atendimentos, mesmo com o aumento dos índices, o estudo revelou que o Acolhimento não foi tão efetivo sobre o nível de eficiência técnica relativa.

Contudo, comparando a evolução dos Distritos Sanitários em relação aos dois anos finais do estudo, 2013 e 2014, observou-se na grande maioria, uma leve queda em todos os índices. O que leva a crer que as unidades que realizaram Acolhimento em 2012, devido a todos os incentivos atrelados há esse ano, diminuíram seu índice de eficiência relativa, devido à diminuição no investimento em relação ao Acolhimento.

Tabela 6: Diferença da Média entre os anos de 2011 e 2012 da eficiência técnica relativa das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, por Distrito Sanitário, ano e tipo de eficiência.

	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4	DS 5	DS 6	DS 7	DS 8
DEA Anual	0,08	0,06	0,001	0,06	- 0,11	0,01	0,10	0,12
DEA Global	0,05	0,03	-0,06	0,07	- 0,19	0,04	0,13	0,10
DEA DS	0,05	0,06	- 0,07	0,08	- 0,10	- 0,06	0,14	0,07

Fonte: Elaboração própria, 2016.

Na tabela 7, observasse o comparativo das médias dos três anos iniciais (2009 a 2011) a avaliação sistemática do Acolhimento pelo município, com os três anos posteriores a essa avaliação (2012 a 2014). Os resultados demonstraram que das 105 unidades avaliadas, 102 realizavam acolhimento e apenas três não realizavam (duas unidades no DS 4 e uma unidade no DS 5). Destas 102 unidades, em média 67% delas tiveram aumento ou pequena alteração dos índices nos três tipos de eficiência técnica relativa. Contudo, cerca de 33% das unidades apresentaram queda nos índices dos três tipos de eficiência, mesmo realizando Acolhimento, principalmente no DS 4 que apresentou oito de suas quinze unidades, seguido do DS 5 com seis das suas doze unidades com Acolhimento. O que mais uma vez sugere a importância da inclusão de indicadores qualitativos a fim de apreender melhor os efeitos do Acolhimento.

Tabela 7: Comparativo da Média entre os anos de 2009 a 2011 com os anos de 2012 a 2014 da eficiência técnica relativa das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, por anos e tipos de eficiência.

	Média de theta anual	Média de theta global	Média de theta DS
--	-------------------------	--------------------------	----------------------

DS	USF	2009- 2011	2012- 2014	2009- 2011	2012- 2014	2009- 2011	2012- 2014
1	USF Cabanga	0,461	0,533	0,326	0,343	0,538	0,642
1	USF Coelho I	0,587	0,635	0,429	0,447	0,791	0,745
1	USF Coelho II	0,714	0,947	0,527	0,618	0,94	0,989
1	USF Coque	0,898	1	0,771	0,666	1	1
1	USF Ilha Santa Terezinha	0,813	0,955	0,636	0,754	0,909	0,966
1	USF Pilar	1	0,867	0,410	0,529	0,982	1
1	USF Santo Amaro I	0,882	0,991	0,710	0,710	0,997	0,988
1	USF Santo Amaro II	0,723	0,597	0,585	0,453	0,795	0,596
1	USF São José do Coque	0,592	0,649	0,424	0,446	0,616	0,676
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	0,595	0,796	0,43	0,487	0,518	0,628
2	USF Alto do Capitão	0,987	0,899	0,629	0,690	0,852	0,861
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	0,831	0,727	0,576	0,462	0,770	0,686
2	USF Alto do Maracanã	1	0,963	0,939	0,743	0,991	0,791
2	USF Alto do Pascoal	0,924	1	0,791	0,722	0,983	0,903
2	USF Alto dos Coqueiros	0,58	0,550	0,330	0,41	0,403	0,504
2	USF Bianor Teodósio	0,865	0,578	0,493	0,355	0,549	0,455
2	USF Byron Sarinho	0,652	0,755	0,494	0,504	0,589	0,613
2	USF Chão de Estrelas	0,719	0,742	0,553	0,521	0,728	0,740
2	USF Clube dos Delegados	0,886	0,907	0,615	0,687	0,823	0,885
2	USF Córrego do Curió	0,864	0,804	0,459	0,44	0,706	0,646
2	USF Ilha de Joaneiro	0,807	0,902	0,613	0,651	0,736	0,806
2	USF Irmã Terezinha	0,902	0,901	0,647	0,619	0,748	0,745
2	USF José Severiano da Silva	0,615	0,705	0,436	0,514	0,579	0,688
2	USF Ponto de Parada	0,710	0,593	0,490	0,429	0,564	0,495
2	USF Prof. Antonio Francisco Areias	0,721	0,891	0,563	0,621	0,623	0,801
2	USF Tasso Bezerra I	0,752	0,819	0,494	0,549	0,658	0,797
2	USF Tasso Bezerra II	0,664	0,625	0,366	0,382	0,468	0,605
2	USF Tia Regina	0,718	0,754	0,589	0,599	0,692	0,736
3	USF Apipucos/São João	1	1	0,647	0,687	0,905	0,919
3	USF Córrego da Fortuna	0,609	0,682	0,387	0,489	0,543	0,637
3	USF Poço da Panela	1	1	0,517	0,445	0,798	0,828
3	USF Santana	0,661	0,511	0,373	0,381	0,499	0,468
3	USF Sítio dos Pintos	0,892	1	0,629	0,981	0,783	0,996
3	USF Sítio São Braz	0,762	0,546	0,623	0,371	0,703	0,488
4	USF Barreiras	0,816	0,944	0,554	0,625	0,724	0,829
4	USF Brasilit	0,948	0,644	0,706	0,374	0,788	0,555
4	USF Campo do Banco*	1	0,992	0,798	0,716	0,871	0,767
4	USF Caranguejo	0,781	0,713	0,610	0,549	0,754	0,669
4	USF Cosme e Damião	0,743	0,806	0,573	0,493	0,7	0,641
4	USF Emocy Krause	0,820	0,725	0,680	0,574	0,721	0,643
4	USF Engenho do Meio	1	0,675	0,561	0,294	0,796	0,596
4	USF Roda de Fogo Cosirof	0,728	0,900	0,569	0,593	0,624	0,706
4	USF Roda de Fogo Macae*	0,943	0,834	0,521	0,484	0,697	0,603

4	USF Roda de Fogo Sinos	0,967	0,908	0,732	0,681	0,825	0,752
4	USF Rosa Selvagem	1	0,925	0,791	0,764	0,956	0,961
4	USF Sítio Cardoso	0,824	0,751	0,683	0,565	0,754	0,650
4	USF Sítio das Palmeiras	0,648	0,723	0,535	0,533	0,566	0,588
4	USF Skaylab	0,923	0,891	0,758	0,691	0,845	0,789
4	USF UR7/Várzea	0,857	0,94	0,657	0,622	0,724	0,713
4	USF Vietnã	0,543	0,328	0,448	0,235	0,475	0,273
4	USF Vila União	1	1	0,799	0,671	0,851	0,735
5	USF Boa Ideia	0,507	0,739	0,364	0,477	0,809	0,9
5	USF Chico Mendes	0,772	0,813	0,631	0,600	0,936	0,849
5	USF Coqueiral	0,716	0,614	0,52	0,462	0,871	0,649
5	USF Geraldo Barreto Campelo	0,66	0,657	0,455	0,421	0,840	0,908
5	USF Iraque	0,871	0,661	0,719	0,475	0,97	0,711
5	USF Jardim Uchoa	0,495	0,609	0,381	0,467	0,587	0,703
5	USF Mangueira I	0,648	0,565	0,427	0,366	0,832	0,702
5	USF Mangueira II	0,515	0,477	0,356	0,298	0,615	0,574
5	USF Mustardinha*	0,805	0,682	0,603	0,453	0,932	0,672
5	USF Planeta dos Macacos I	1	0,669	0,778	0,458	0,995	0,676
5	USF Planeta dos Macacos II	0,694	0,773	0,386	0,416	0,661	0,590
5	USF Vila São Miguel	0,554	0,690	0,356	0,483	0,681	0,855
5	USF Vila Tamandaré	0,766	0,711	0,595	0,530	0,862	0,773
6	USF Boa Viagem Beira Rio	0,792	0,712	0,481	0,450	0,924	0,828
6	USF Brasília/Van Lee	0,953	1	0,862	0,856	0,911	0,903
6	USF Cafesópolis	0,996	0,858	0,763	0,649	0,974	0,834
6	USF Coqueiral Imbiribeira	0,62	0,619	0,478	0,406	0,752	0,759
6	USF Dancing Days	0,806	0,808	0,619	0,560	0,778	0,684
6	USF Ilha de Deus	0,949	0,956	0,641	0,687	0,965	0,791
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	0,759	0,699	0,514	0,489	0,911	0,747
6	USF Pina	0,753	0,826	0,566	0,628	0,811	0,748
6	USF Sítio Grande	0,885	1	0,705	0,94	0,973	0,974
6	USF Vila do Ipsep	0,664	0,629	0,339	0,497	0,855	0,732
7	USF Alto da Brasileira	0,743	0,790	0,446	0,509	0,66	0,737
7	USF Alto do Eucalipto	0,589	0,711	0,358	0,497	0,455	0,656
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	0,770	1	0,537	0,673	0,762	0,968
7	USF Córrego da Bica	0,843	1	0,623	0,653	0,893	0,906
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	0,798	0,8	0,581	0,56	0,832	0,803
7	USF Guabiraba	0,679	0,840	0,411	0,522	0,659	0,844
7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	0,533	0,708	0,349	0,443	0,484	0,630
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	0,720	0,590	0,434	0,458	0,69	0,677
7	USF Macaxeira	0,646	0,619	0,372	0,336	0,593	0,477
7	USF Mangabeira	0,365	0,552	0,258	0,376	0,383	0,655
7	USF Passarinho Alto	0,764	0,955	0,422	0,684	0,746	0,981
7	USF Passarinho Baixo	0,764	0,378	0,412	0,241	0,769	0,427
7	USF Santa Tereza	0,814	0,958	0,529	0,695	0,829	0,954

7	USF Sítio dos Macacos	0,853	0,825	0,593	0,596	0,853	0,869
7	USF Vila da Boa Vista	0,890	0,903	0,573	0,698	0,801	0,907
8	USF Alto da Bela Vista	0,825	0,978	0,506	0,681	0,940	0,980
8	USF Jane Magalhães- UR2	0,892	0,899	0,805	0,630	0,859	0,720
8	USF Jordão Alto	0,925	0,843	0,756	0,601	0,868	0,742
8	USF Jordão Baixo	0,679	0,703	0,544	0,479	0,764	0,668
8	USF Josué de Castro	0,805	0,958	0,563	0,770	0,865	0,945
8	USF Lagoa Encantada	0,613	0,642	0,487	0,471	0,658	0,617
8	USF Monte Verde	0,810	0,773	0,664	0,567	0,896	0,723
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	0,816	0,740	0,646	0,564	0,725	0,643
8	USF Rio da Prata	0,603	0,688	0,422	0,490	0,618	0,678
8	USF Três Carneiros	0,696	0,972	0,522	0,786	0,676	0,881
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	0,827	0,921	0,640	0,774	0,824	0,843
8	USF UR-10	0,825	0,807	0,628	0,571	0,813	0,708
8	USF UR-12/5	0,818	0,970	0,648	0,813	0,721	0,833
8	USF UR-4/5	0,666	0,633	0,516	0,454	0,735	0,618
8	USF Vila das Aeromoças	0,778	0,878	0,591	0,721	0,805	0,806
8	USF Vila dos Milagres	0,783	0,677	0,523	0,509	0,607	0,586

Fonte: Elaboração própria, 2016.

* Unidades que não realizavam Acolhimento.

A tabela 8 apresenta o resultado dos três tipos de eficiência técnica relativa das quarenta e duas (42) Unidades de Saúde da Família que iniciaram Acolhimento em 2011, por Distrito Sanitário e ano anterior, posterior e de início do Acolhimento. No geral, os resultados sugerem que houve um aumento dos índices nos três tipos de eficiência nos anos de 2011 e 2012, quando comparado com o ano anterior, 2010, principalmente no DS 1. Contudo, dez unidades apresentaram queda dos índices nos três tipos de eficiência, sendo quatro no DS 4, duas nos DS 6 e DS 8 e uma nos DS 2 e DS 5. Uma das unidades no DS 8 (Josué de Castro) apresentou queda no ano de início do Acolhimento, entretanto no ano posterior apresentou aumento significativo dos seus índices, considerando que foi no ano em que a avaliação do Acolhimento passou a ser de forma sistemática.

Tabela 8: Resultado das eficiências técnicas relativas dos anos de 2010, 2011 e 2012, das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, que iniciaram Acolhimento no ano de 2011, por DS, anos e tipos de eficiência.

		Theta anual			Theta global			Theta DS		
DS	USF	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012

1	USF Coelhos I	0,541	0,59	0,856	0,467	0,443	0,602	0,816	0,782	1
1	USF Coelhos II	0,59	0,733	1	0,532	0,539	0,606	1	0,993	1
1	USF Coque	0,693	1	1	0,692	0,686	0,689	1	1	1
1	USF Pilar	1	1	0,6	0,397	0,468	0,518	0,945	1	1
1	USF Santo Amaro I	0,743	0,902	1	0,708	0,718	0,711	0,997	1	1
1	USF Santo Amaro II	0,566	0,602	0,641	0,528	0,472	0,485	0,727	0,658	0,614
1	USF São José do Coque	0,484	0,622	0,788	0,409	0,437	0,518	0,546	0,656	0,786
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	0,517	0,592	0,919	0,442	0,413	0,455	0,53	0,502	0,544
2	USF Alto do Capitão	1	0,962	1	0,658	0,602	0,741	0,849	0,805	0,914
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	0,628	0,864	0,806	0,597	0,452	0,521	0,807	0,638	0,727
2	USF Alto do Pascoal	0,772	1	1	0,75	0,738	0,65	1	0,979	0,858
2	USF Alto dos Coqueiros	0,5	0,596	0,619	0,33	0,339	0,432	0,374	0,412	0,518
2	USF Clube dos Delegados	0,842	0,944	1	0,611	0,666	0,76	0,797	0,886	1
2	USF Córrego do Curió	0,854	0,738	0,793	0,495	0,302	0,374	0,721	0,398	0,501
2	USF Irmã Terezinha	0,759	0,991	1	0,644	0,691	0,703	0,757	0,785	0,862
2	USF Prof. Antonio Francisco Areias	0,582	0,798	0,982	0,559	0,597	0,702	0,589	0,622	0,817
4	USF Brasilit	1	0,954	0,809	0,962	0,566	0,314	0,991	0,708	0,653
4	USF Caranguejo	0,791	1	0,879	0,725	0,789	0,684	0,906	0,962	0,834
4	USF Emocy Krause	1	0,68	0,744	1	0,519	0,568	1	0,579	0,636
4	USF Roda de Fogo Cosirof	0,778	0,585	0,834	0,776	0,412	0,548	0,798	0,483	0,693
4	USF UR7/Várzea	0,869	0,915	0,936	0,852	0,576	0,644	0,869	0,696	0,751
4	USF Vietnã	0,703	0,271	0,339	0,7	0,194	0,248	0,703	0,224	0,271
4	USF Vila União	1	1	1	1	0,679	0,774	1	0,75	0,815
5	USF Chico Mendes	0,517	1	0,972	0,447	0,899	0,677	0,941	1	0,993
5	USF Coqueiral	0,794	0,629	0,614	0,556	0,501	0,461	1	0,718	0,651
5	USF Geraldo Barreto Campelo	0,343	1	0,619	0,281	0,655	0,379	0,628	1	0,856
5	USF Mangueira I	0,492	0,853	0,548	0,355	0,58	0,384	0,807	1	0,675
5	USF Planeta dos Macacos I	1	1	0,721	0,714	0,892	0,505	1	1	0,746
5	USF Planeta dos Macacos II	0,532	0,549	0,795	0,326	0,339	0,418	0,596	0,536	0,628
6	USF Brasilia/Van Lee	0,972	1	1	0,972	0,968	0,84	1	1	0,918
6	USF Cafesópolis	1	0,987	0,752	1	0,648	0,472	1	0,966	0,563
6	USF Coqueiral Imbiribeira	0,598	0,512	0,571	0,547	0,406	0,386	0,919	0,54	0,643
6	USF Sítio Grande	0,705	0,959	1	0,656	0,681	0,897	1	1	0,968
7	USF Santa Tereza	0,691	0,865	1	0,512	0,561	0,777	0,783	0,974	1
8	USF Alto da Bela Vista	0,964	0,725	0,933	0,677	0,458	0,671	1	1	1
8	USF Jane Magalhães-UR2	0,873	1	1	0,858	1	0,669	0,932	1	0,805
8	USF Jordão Alto	1	0,803	0,839	1	0,577	0,612	1	0,726	0,742
8	USF Jordão Baixo	0,687	0,541	0,658	0,641	0,419	0,507	0,997	0,542	0,674
8	USF Josué de Castro	0,736	0,682	1	0,7	0,445	0,792	1	0,68	0,978
8	USF Monte Verde	0,746	0,685	0,809	0,724	0,498	0,553	1	0,707	0,704

8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	0,622	0,827	0,963	0,605	0,616	0,767	0,693	0,623	0,798
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	0,764	0,888	0,958	0,684	0,638	0,77	0,939	0,804	0,908

Fonte: Elaboração própria, 2016.

A tabela 9 apresenta o resultado dos três tipos de eficiência técnica relativa, por Distrito Sanitário e ano anterior, posterior e de início do Acolhimento, como na tabela 8, porém das quarenta e cinco (45) Unidades de Saúde da Família que iniciaram Acolhimento em 2012. Como na tabela anterior, os resultados sugerem que houve um aumento dos índices nos três tipos de eficiência nos anos de 2012 e 2013, quando comparado com o ano anterior, 2011. Apesar disso, sete unidades apresentaram queda dos índices nos três tipos de eficiência, ficando três no DS 5, duas no DS 2 e uma nos DS 4 e DS 7. Contudo, sete unidades apresentaram queda no ano de início do Acolhimento, seguida de aumento dos seus índices no ano posterior.

Tabela 9: Resultado das eficiências técnicas relativas dos anos de 2011, 2012 e 2013, das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, que iniciaram Acolhimento no ano de 2012, por DS, anos e tipos de eficiência.

		Theta anual			Theta global			Theta DS		
DS	USF	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
1	USF Cabanga	0,369	0,511	0,447	0,273	0,325	0,325	0,442	0,532	0,531
1	USF Ilha Santa Terezinha	0,842	1	0,864	0,686	0,731	0,712	0,872	0,948	0,95
2	USF Alto do Maracanã	1	0,967	1	1	0,625	1	1	0,691	1
2	USF Bianor Teodósio	0,961	0,697	0,524	0,432	0,378	0,388	0,483	0,464	0,508
2	USF Byron Sarinho	0,67	0,807	0,77	0,458	0,563	0,509	0,572	0,679	0,644
2	USF Ilha de Joaneiro	0,901	1	0,706	0,611	0,686	0,572	0,771	0,835	0,732
2	USF José Severiano da Silva	0,603	0,776	0,61	0,484	0,562	0,457	0,624	0,725	0,635
2	USF Ponto de Parada	0,796	0,637	0,538	0,522	0,464	0,404	0,605	0,527	0,502
2	USF Tasso Bezerra I	0,588	0,758	1	0,382	0,521	0,659	0,521	0,804	1
2	USF Tasso Bezerra II	0,618	0,746	0,538	0,327	0,377	0,401	0,41	0,57	0,741
2	USF Tia Regina	0,805	0,826	0,656	0,624	0,643	0,574	0,742	0,79	0,701

3	USF Córrego da Fortuna	0,6	1	0,474	0,393	0,732	0,342	0,545	1	0,408
3	USF Poço da Panela	1	1	1	0,541	0,295	0,537	0,851	0,494	1
3	USF Santana	0,557	0,53	0,484	0,342	0,392	0,377	0,464	0,512	0,437
3	USF Sítio dos Pintos	1	1	1	0,75	0,953	1	0,937	1	1
4	USF Barreiras	0,632	0,901	1	0,462	0,639	0,695	0,594	0,802	1
4	USF Cosme e Damião	0,598	0,702	0,767	0,46	0,466	0,494	0,586	0,587	0,614
4	USF Roda de Fogo Sinos	0,901	1	0,89	0,593	1	0,57	0,723	1	0,7
4	USF Skaylab	0,782	0,979	0,925	0,553	0,757	0,715	0,657	0,89	0,803
4	USF Sítio Cardoso	0,768	0,728	0,753	0,613	0,553	0,55	0,679	0,643	0,6
4	USF Sítio das Palmeiras	0,408	0,737	0,806	0,334	0,516	0,639	0,363	0,544	0,738
5	USF Boa Ideia	0,562	0,627	0,591	0,361	0,369	0,386	0,869	0,841	0,859
5	USF Iraque	1	0,645	0,733	0,894	0,423	0,558	1	0,676	0,819
5	USF Jardim Uchoa	0,482	0,501	0,646	0,418	0,347	0,486	0,52	0,578	0,694
5	USF Mangueira II	0,568	0,493	0,434	0,516	0,282	0,277	0,568	0,542	0,581
5	USF Vila São Miguel	0,531	0,732	0,6	0,334	0,484	0,476	0,623	0,895	0,789
5	USF Vila Tamandaré	0,814	0,544	0,671	0,652	0,431	0,517	0,82	0,591	0,727
6	USF Boa Viagem Beira Rio	0,792	0,777	0,593	0,447	0,479	0,405	0,909	0,88	0,784
6	USF Dancing Days	0,652	0,852	0,739	0,505	0,612	0,519	0,664	0,746	0,627
6	USF Ilha de Deus	1	0,977	0,892	0,647	0,686	0,651	0,896	0,79	0,775
6	USF Pina	0,831	0,816	0,787	0,545	0,552	0,692	0,73	0,686	0,79
6	USF Vila do Ipsep	0,672	0,692	0,655	0,312	0,515	0,481	0,785	0,736	0,725
7	USF Alto da Brasileira	0,854	0,857	0,794	0,36	0,504	0,555	0,567	0,737	0,792
7	USF Alto do Eucalipto	0,692	0,92	0,617	0,344	0,61	0,459	0,414	0,855	0,584
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	0,673	0,79	0,634	0,429	0,519	0,517	0,646	0,758	0,737
7	USF Mangabeira	0,405	0,522	0,578	0,229	0,382	0,377	0,34	0,63	0,676
7	USF Passarinho Alto	0,637	0,899	0,981	0,355	0,625	0,747	0,585	1	1

7	USF Passarinho Baixo	0,744	0,428	0,372	0,464	0,234	0,263	0,819	0,4	0,48
7	USF Sítio dos Macacos	0,727	1	0,65	0,549	0,699	0,508	0,769	1	0,756
8	USF Lagoa Encantada	0,601	0,644	0,596	0,393	0,474	0,496	0,546	0,624	0,615
8	USF Três Carneiros	0,751	0,959	0,975	0,507	0,744	0,743	0,617	0,854	0,822
8	USF UR-10	0,742	0,748	0,817	0,53	0,497	0,624	0,694	0,62	0,769
8	USF UR-12/5	1	0,953	0,958	0,891	0,722	0,717	1	0,774	0,724
8	USF UR-4/5	0,604	0,748	0,541	0,436	0,483	0,437	0,618	0,668	0,598
8	USF Vila dos Milagres	0,593	0,625	0,804	0,351	0,45	0,588	0,455	0,475	0,631

Fonte: Elaboração própria, 2016.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar a eficiência técnica da Atenção Básica à Saúde precisa ser uma ferramenta constante, em todas as esferas de governo. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a eficiência no atendimento das Unidades de Saúde da Família do município do Recife antes e após a implantação do Acolhimento. Dessa forma, o emprego da metodologia DEA, utilizada em vários estudos de eficiência no Brasil, inclusive na área de saúde, foi essencial para a avaliação, pois a partir dela, foi possível construir um rank de eficiência e obter um mapeamento das Unidades de Saúde da Família da cidade, baseadas nos seus indicadores de produtividade quantitativos.

O presente estudo empregou o método de retornos variáveis de escala com orientação ao *output*, visando maximizar os produtos de saúde alcançados, a partir de uma dada quantidade de insumos em saúde. Comprova grande importância, por ter sido o primeiro estudo a realizar tal análise em Unidades de Saúde da Família da capital Pernambucana, e pode ser visto pelos gestores municipais como uma avaliação quantitativa, servindo como indicador para atuações futuras na Atenção Básica Municipal.

É importante enfatizar que todos os resultados de eficiência alcançados são relativos às unidades (DMUs) mais eficientes, e não sugere a ausência de dificuldades. Dessa forma, as DMUs que obtiveram eficiência máxima (100%), representam as mais eficientes para o município do Recife. Os resultados demonstram que os níveis gerais de eficiência relativa das Unidades de Saúde da Família do Recife são médios e estão dispersos de modo aparentemente aleatório pelo município. Entre as 105 unidades estudadas para todos os anos, o índice global ficou com média em torno de 0,54. Não havendo grande evolução dos índices de eficiência relativa após o início do Acolhimento. Entretanto quando a avaliação é realizada em nível de Distrito Sanitário e por ano a distribuição fica mais próxima da eficiência máxima, mas o Acolhimento também não muda a tendência.

Contudo foram encontradas evidências de que existam relações simétricas, porém não muito fortes, entre a expansão das unidades com Acolhimento e a eficiência relativa das mesmas. Esse resultado indica que, no município do Recife, podem-se auferir ganhos de eficiência técnica, investindo na discussão do Acolhimento de forma mais sistemática. Apontam ainda a necessidade de maior acompanhamento e avaliação das Unidades de Saúde da Família, sobretudo quanto aos indicadores de qualidade. Além disso, com o estudo também se pode concluir que existem, no período avaliado, diferenças de desempenho no

atendimento aos usuários do SUS nas unidades do município; as condições socioeconômicas dos usuários das Unidades de Saúde da Família e o tamanho da população atendida pela equipe, também podem afetar a eficiência dos serviços.

É fundamental destacar algumas ponderações em relação aos resultados exibidos, pois a saúde possui seus níveis de complexidade e algumas variáveis não consideradas na pesquisa, (como falta de profissionais por alguns meses, reforma da unidade, licenças médicas, etc.) podem enviesar os índices de eficiência relativa. Pois a DEA é uma técnica de programação linear, e a baixa eficácia em dados momentos pode ser fruto de informações não aplicadas no modelo, não implicando assim em baixa eficiência. Entretanto, apesar das limitações, o método utilizado é importante para a avaliação da realidade da Atenção Básica no município.

As causas para as diferenças observadas transpõem o escopo desse trabalho e exigem estudo mais aprofundado, sendo importante para avaliações futuras da eficiência das Unidades de Saúde da Família, a inclusão de indicadores qualitativos referentes à cobertura específica de cada unidade, que atualmente não é possível. A análise dos dados foi tratada atenciosamente, para que pudessem se transformar em subsídios úteis aos gestores do município. Desse modo, procurou-se conduzir esta pesquisa como uma atividade que pudesse proporcionar conhecimento de utilidade à organização estudada, a partir da utilização dos dados apurados no processo de tomada de decisões e como instrumento gerencial.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Kamila Matos; CORREIA, Jailson de Barros; SILVA, Joanna Paula Freire de Lima; GUSMÃO FILHO, Fernando Antônio Ribeiro de. Um novo modelo de governança em saúde para o Recife avançar. 8º congresso de gestão pública- CONSAD. Brasília: maio, 2015.

BANKER, R.D.; CHARNES, A.; COOPER, W.W. *Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis*. Management Science, 1984, v. 30, n. 9, p. 1078-1092.

BOUERI, Rogério; ROCHA, Fabiana; RODOPOULOS, Fabiana (organizadores). Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015. 463 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: 2000a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – *Programa Saúde da Família – A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 44 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. 50 milhões de brasileiros atendidos. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, v.2, n.5, mai. 2002a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Novos Horizontes. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, v.2, n.4, jan. 2002b.

BRASIL, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência- 1.ed.1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília 1: CONASS, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

CAMPOS, G. W. S. et al, *Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família*. Ciênc. saúde coletiva vol.15 supl.3 Rio de Janeiro Nov., 2010.

CARVALHO, C. Ap. et al. *Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde*. Arq Ciênc Saúde 2008 abr/jun; 15(2): 93-5.

CHARNES, A., COOPER, W. W., & RHODES, E. Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 1978. 2(6):429–444.

COOPER, W. W.; SEIFORD, L. M.; ZHU, J. *Handbook on Data Envelopment Analysis*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2004.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; Et. AL. *Políticas de Saúde: Desenhos, modelos e paradigmas*. Viçosa, MG: Ed. UFV, 2013.

FRANCO, T.B. et al. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p.345-353, 1999.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. PSF: *Contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde On-line, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Acesso em: 30 out. 2016.

FRACOLLI, L. A, et al. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 68-72, 2003.

FRACOLLI, L. A et al. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista Escola Enfermagem**. USP 2004; 38(2): 143-51.

FONTINELE JÚNIOR, K. *Programa de Saúde da Família: PSF comentado*. 2. Ed. Goiânia: AB, 2008.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; GOMES, Ricardo Corrêa; SILVEIRA, Suely de Fátima Ramos; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; PINHEIRO; Tarcísio M. Magalhães; MELO, Elza Machado de. *Saúde, democracia e organização do trabalho no*

contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. Revista Brasileira de Educação Médica, 2009, v. 33, n.1, p. 122-133.

KIRIGIA, JM; EMROUZNEJAD, A; Sambo, LG; MUNGUTI, N; LIAMBILA, W. Using Data Envelopment Analysis to measure the technical efficiency of public health centers in Kenya. *Journal of Medical Systems*. 2004; 28(2):155-166.

KOOREMAN, Peter. Nursing home care in The Netherlands: a nonparametric efficiency analysis. *Journal of health economics*, v. 13, n. 3, p. 301-316, 1994

LINS, M. P. E.; MEZZA, L. A. *análise envoltória de dados e perspectivas de integração no ambiente de apoio à decisão*. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 2000.

LINS, Marcos Estellita; LOBO, Maria Stella de Castro; SILVA, Angela Cristina Moreira; FISZMAN; Roberto e RIBEIRO, Vagner José de Paula. *O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros*. Ciência & Saúde Coletiva, 2007, v. 12, n.4, p. 985-998.

LITWINSKI, G. I. S. *O acolhimento como uma ferramenta para a melhoria da qualidade do acolhimento na unidade básica de saúde*. UFMG. Belo Horizonte: 2011.

LOBO, Maria Stella de Castro; LINS, Marcos Pereira Estellita. Avaliação da eficiência dos serviços de saúde por meio da análise envoltória de dados. *Cad. saúde colet., (Rio J.)*;19(1), jan.-mar. 2011.s

LOPES, Luckas Sabioni; TOYOSHIMA, Silvia Harumi. Eficiência Técnica Municipal na Gestão dos gastos com Saúde e Educação em Minas Gerais: seus Impactos e Determinantes. In: *Anais do XIII Seminário sobre a Economia Mineira*, Minas Gerais, 2008.

MALTA, D.C. et al. *Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte*. Saúde em debate. Rio de Janeiro. V.24 n.56 p.21-34. Set/dez 2000.

MAMUMOTO, S.O. *Acolhimento: um estudo sobre unidade básica de serviços de saúde*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1998.

MARINHO, A. & FAÇANHA, L. O. Hospitais universitários: Avaliação comparativa de eficiência técnica. *Economia Aplicada*, 2000. 4(2): 315–349.

MARINHO, Alexandre. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. *Revista brasileira de economia*, v. 57, n. 3, p. 515-534, 2003

MATTA, Isabela Braga da. *Desempenho da gestão das políticas públicas de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família em Minas Gerais*. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Viçosa, MG, 2014. Orientação Marco Aurélio Marques Ferreira.

MENDES, E.V. *Uma Agenda para a Saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999a. 300p.

MENDES, E.V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999b. 310 p.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et al. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim (MG) em O TRABALHO EM SAÚDE: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MERHY, E.E.; MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: Ed. Universitária da UFPF, 2004, cap. 2, p.45-76.

MICLOS, Paula Vitali; CALVO, Maria Cristina Marino; COLUSSI, Claudia Flemming. Avaliação do desempenho da atenção primária em saúde através da análise envoltória de dados. **Gestão e Saúde**, v. 6, n. 2, p. Pag. 1749-1763, 2015.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017. 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014. 84 p.

REZAEI, MJ; MOINI, A; ASGARI, FHA. Unified performance evaluation of health centers with integrated model of Data Envelopment Analysis and Bargaining Game. *J Med Syst*.2012; 36(6):3805–3815.

SAMPAIO, Breno; GUIMARÃES, Juliana. Diferenças de eficiência entre ensino público e privado no Brasil. **Economia Aplicada**, v. 13, n. 1, p. 45-68, 2009.

SANTOS, V. F. dos; VIEIRA, W. da C.; RUFINO, J. L. dos S.; LIMA, J. R. F. de.. Análise da eficiência técnica de talhões de café irrigados e não-irrigados em Minas Gerais: 2004- 2006. **Revista Economia e Sociologia Rural**. v.47, n.3, 2009, p. 677-698.

SCARATTI, Dirceu; CALVO, Maria Cristina. *Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde*. ver. Saúde Pública, 2012, v.46, n. 3, p.446-55.

SOUZA, Maria da Conceição Sampaio; DIAS, Rodrigo Hitoshi. Aplicação do Método *Jackstrap* na Atenção Básica à Saúde. In: Avaliação da Qualidade do Gasto Público e Mensuração da Eficiência. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015. Cap. 14. 463 p.

SOUZA, E. C. F. et al. *Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S100-S110, 2008.

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

PAIDÉIA, 2001. Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Maio 2002 <<http://www.campinas.sp.gov.br>>.

PAIM, Jaimilson. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. THE LANCET. London, p.11-31, maio. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brasilpor1.pdf>

VARELA, P. S. Financiamento e controladoria dos municípios paulistas no setor saúde: uma avaliação de eficiência. 2008. 211f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Economia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>. Acesso em: 30 out. 2016.

ANEXO A RANKING POR TIPO DE EFICIÊNCIA TÉCNICA RELATIVA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Quadro 1: Tipos de Eficiência relativa das Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, por Distrito Sanitário e por ano.

DS	USF	Ano	Theta anual	Theta global	Theta DS
1	USF Cabanga	2005	0.410	0.283	0.494
1	USF Cabanga	2006	0.447	0.264	0.584
1	USF Cabanga	2007	0.670	0.356	0.674
1	USF Cabanga	2008	0.706	0.360	0.719
1	USF Cabanga	2009	0.700	0.404	0.647
1	USF Cabanga	2010	0.313	0.302	0.526
1	USF Cabanga	2011	0.369	0.273	0.442
1	USF Cabanga	2012	0.511	0.325	0.532
1	USF Cabanga	2013	0.447	0.325	0.531
1	USF Cabanga	2014	0.641	0.379	0.862
1	USF Coelhos I	2005	0.515	0.370	0.885
1	USF Coelhos I	2006	0.689	0.399	1.000
1	USF Coelhos I	2007	0.774	0.405	0.794
1	USF Coelhos I	2008	0.556	0.349	0.651
1	USF Coelhos I	2009	0.631	0.378	0.774
1	USF Coelhos I	2010	0.541	0.467	0.816
1	USF Coelhos I	2011	0.590	0.443	0.782
1	USF Coelhos I	2012	0.856	0.602	1.000
1	USF Coelhos I	2013	0.487	0.357	0.580
1	USF Coelhos I	2014	0.561	0.381	0.655
1	USF Coelhos II	2005	0.550	0.318	0.695
1	USF Coelhos II	2006	0.765	0.486	0.813
1	USF Coelhos II	2007	1.000	0.644	1.000
1	USF Coelhos II	2008	0.927	0.528	0.855
1	USF Coelhos II	2009	0.819	0.509	0.827
1	USF Coelhos II	2010	0.590	0.532	1.000
1	USF Coelhos II	2011	0.733	0.539	0.993
1	USF Coelhos II	2012	1.000	0.606	1.000
1	USF Coelhos II	2013	0.912	0.641	1.000
1	USF Coelhos II	2014	0.930	0.607	0.968
1	USF Coque	2005	1.000	0.939	1.000
1	USF Coque	2006	0.983	0.713	0.877
1	USF Coque	2007	1.000	0.704	1.000
1	USF Coque	2008	0.893	0.583	0.854
1	USF Coque	2009	1.000	0.935	1.000
1	USF Coque	2010	0.693	0.692	1.000

1	USF Coque	2011	1.000	0.686	1.000
1	USF Coque	2012	1.000	0.689	1.000
1	USF Coque	2013	1.000	0.681	1.000
1	USF Coque	2014	1.000	0.627	1.000
1	USF Ilha Santa Terezinha	2005	1.000	0.844	1.000
1	USF Ilha Santa Terezinha	2006	0.992	0.680	0.827
1	USF Ilha Santa Terezinha	2007	1.000	0.746	0.935
1	USF Ilha Santa Terezinha	2008	0.665	0.503	0.735
1	USF Ilha Santa Terezinha	2009	0.950	0.662	1.000
1	USF Ilha Santa Terezinha	2010	0.648	0.560	0.854
1	USF Ilha Santa Terezinha	2011	0.842	0.686	0.872
1	USF Ilha Santa Terezinha	2012	1.000	0.731	0.948
1	USF Ilha Santa Terezinha	2013	0.864	0.712	0.950
1	USF Ilha Santa Terezinha	2014	1.000	0.818	1.000
1	USF Pilar	2005	1.000	0.440	1.000
1	USF Pilar	2006	1.000	0.422	1.000
1	USF Pilar	2007	1.000	0.561	1.000
1	USF Pilar	2008	1.000	0.471	1.000
1	USF Pilar	2009	1.000	0.364	1.000
1	USF Pilar	2010	1.000	0.397	0.945
1	USF Pilar	2011	1.000	0.468	1.000
1	USF Pilar	2012	0.600	0.518	1.000
1	USF Pilar	2013	1.000	0.533	1.000
1	USF Pilar	2014	1.000	0.537	1.000
1	USF Santo Amaro I	2005	0.702	0.552	0.729
1	USF Santo Amaro I	2006	0.894	0.608	0.846
1	USF Santo Amaro I	2007	0.919	0.637	0.907
1	USF Santo Amaro I	2008	0.864	0.566	0.973
1	USF Santo Amaro I	2009	1.000	0.705	0.993
1	USF Santo Amaro I	2010	0.743	0.708	0.997
1	USF Santo Amaro I	2011	0.902	0.718	1.000
1	USF Santo Amaro I	2012	1.000	0.711	1.000
1	USF Santo Amaro I	2013	1.000	0.684	0.972
1	USF Santo Amaro I	2014	0.974	0.734	0.991
1	USF Santo Amaro II	2005	0.879	0.634	0.973
1	USF Santo Amaro II	2006	0.775	0.507	0.877
1	USF Santo Amaro II	2007	0.836	0.530	0.981
1	USF Santo Amaro II	2008	1.000	0.626	0.983
1	USF Santo Amaro II	2009	1.000	0.755	1.000
1	USF Santo Amaro II	2010	0.566	0.528	0.727
1	USF Santo Amaro II	2011	0.602	0.472	0.658
1	USF Santo Amaro II	2012	0.641	0.485	0.614
1	USF Santo Amaro II	2013	0.519	0.409	0.508
1	USF Santo Amaro II	2014	0.631	0.466	0.666
1	USF São José do Coque	2005	0.736	0.585	0.896

1	USF São José do Coque	2006	0.759	0.506	0.888
1	USF São José do Coque	2007	0.832	0.583	0.850
1	USF São José do Coque	2008	0.837	0.557	0.723
1	USF São José do Coque	2009	0.670	0.427	0.647
1	USF São José do Coque	2010	0.484	0.409	0.546
1	USF São José do Coque	2011	0.622	0.437	0.656
1	USF São José do Coque	2012	0.788	0.518	0.786
1	USF São José do Coque	2013	0.589	0.440	0.665
1	USF São José do Coque	2014	0.571	0.381	0.578
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	2005	0.662	0.440	0.589
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	2006	0.737	0.488	0.632
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	2007	0.583	0.385	0.419
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	2008	0.616	0.388	0.476
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	2009	0.676	0.435	0.523
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	2010	0.517	0.442	0.530
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	2011	0.592	0.413	0.502
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	2012	0.919	0.455	0.544
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	2013	0.695	0.482	0.623
2	ESF Alto dos Coqueiros/Beberibe	2014	0.774	0.525	0.716
2	USF Alto do Capitão	2005	1.000	0.643	1.000
2	USF Alto do Capitão	2006	0.866	0.472	0.703
2	USF Alto do Capitão	2007	0.809	0.519	0.853
2	USF Alto do Capitão	2008	0.794	0.550	0.768
2	USF Alto do Capitão	2009	1.000	0.628	0.901
2	USF Alto do Capitão	2010	1.000	0.658	0.849
2	USF Alto do Capitão	2011	0.962	0.602	0.805
2	USF Alto do Capitão	2012	1.000	0.741	0.914
2	USF Alto do Capitão	2013	0.948	0.734	0.888
2	USF Alto do Capitão	2014	0.749	0.596	0.780
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	2005	0.839	0.374	0.523
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	2006	0.879	0.502	0.725
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	2007	1.000	0.595	0.748
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	2008	1.000	1.000	1.000
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	2009	1.000	0.679	0.864
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	2010	0.628	0.597	0.807
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	2011	0.864	0.452	0.638
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	2012	0.806	0.521	0.727
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	2013	0.755	0.469	0.744
2	USF Alto do Ceu/Porto da Madeira	2014	0.620	0.395	0.586
2	USF Alto do Maracanã	2005	0.195	0.137	0.218
2	USF Alto do Maracanã	2006	0.863	0.613	0.786
2	USF Alto do Maracanã	2007	0.920	0.613	0.849
2	USF Alto do Maracanã	2008	1.000	0.754	0.893
2	USF Alto do Maracanã	2009	1.000	0.818	0.974
2	USF Alto do Maracanã	2010	1.000	1.000	1.000

2	USF Alto do Maracanã	2011	1.000	1.000	1.000
2	USF Alto do Maracanã	2012	0.967	0.625	0.691
2	USF Alto do Maracanã	2013	1.000	1.000	1.000
2	USF Alto do Maracanã	2014	0.923	0.603	0.681
2	USF Alto do Pascoal	2005	1.000	1.000	1.000
2	USF Alto do Pascoal	2006	1.000	0.932	0.970
2	USF Alto do Pascoal	2007	1.000	0.818	0.925
2	USF Alto do Pascoal	2008	1.000	0.921	1.000
2	USF Alto do Pascoal	2009	1.000	0.886	0.969
2	USF Alto do Pascoal	2010	0.772	0.750	1.000
2	USF Alto do Pascoal	2011	1.000	0.738	0.979
2	USF Alto do Pascoal	2012	1.000	0.650	0.858
2	USF Alto do Pascoal	2013	1.000	0.765	0.923
2	USF Alto do Pascoal	2014	1.000	0.752	0.928
2	USF Alto dos Coqueiros	2005	0.621	0.421	0.536
2	USF Alto dos Coqueiros	2006	0.625	0.425	0.561
2	USF Alto dos Coqueiros	2007	0.588	0.417	0.515
2	USF Alto dos Coqueiros	2008	0.487	0.347	0.421
2	USF Alto dos Coqueiros	2009	0.644	0.322	0.423
2	USF Alto dos Coqueiros	2010	0.500	0.330	0.374
2	USF Alto dos Coqueiros	2011	0.596	0.339	0.412
2	USF Alto dos Coqueiros	2012	0.619	0.432	0.518
2	USF Alto dos Coqueiros	2013	0.565	0.423	0.517
2	USF Alto dos Coqueiros	2014	0.467	0.375	0.478
2	USF Bianor Teodósio	2005	0.788	0.710	0.892
2	USF Bianor Teodósio	2006	0.703	0.503	0.622
2	USF Bianor Teodósio	2007	0.691	0.459	0.513
2	USF Bianor Teodósio	2008	0.640	0.466	0.551
2	USF Bianor Teodósio	2009	0.916	0.518	0.562
2	USF Bianor Teodósio	2010	0.718	0.529	0.602
2	USF Bianor Teodósio	2011	0.961	0.432	0.483
2	USF Bianor Teodósio	2012	0.697	0.378	0.464
2	USF Bianor Teodósio	2013	0.524	0.388	0.508
2	USF Bianor Teodósio	2014	0.513	0.300	0.394
2	USF Byron Sarinho	2005	0.848	0.651	0.699
2	USF Byron Sarinho	2006	0.751	0.562	0.613
2	USF Byron Sarinho	2007	0.785	0.574	0.638
2	USF Byron Sarinho	2008	0.745	0.608	0.672
2	USF Byron Sarinho	2009	0.748	0.533	0.631
2	USF Byron Sarinho	2010	0.539	0.492	0.565
2	USF Byron Sarinho	2011	0.670	0.458	0.572
2	USF Byron Sarinho	2012	0.807	0.563	0.679
2	USF Byron Sarinho	2013	0.770	0.509	0.644
2	USF Byron Sarinho	2014	0.689	0.439	0.516
2	USF Chão de Estrelas	2005	0.705	0.524	0.617

2	USF Chão de Estrelas	2006	0.794	0.540	0.700
2	USF Chão de Estrelas	2007	0.741	0.539	0.682
2	USF Chão de Estrelas	2008	0.892	0.608	0.790
2	USF Chão de Estrelas	2009	0.837	0.602	0.794
2	USF Chão de Estrelas	2010	0.574	0.551	0.687
2	USF Chão de Estrelas	2011	0.746	0.505	0.702
2	USF Chão de Estrelas	2012	0.853	0.560	0.804
2	USF Chão de Estrelas	2013	0.655	0.499	0.700
2	USF Chão de Estrelas	2014	0.717	0.503	0.717
2	USF Clube dos Delegados	2005	0.766	0.569	0.799
2	USF Clube dos Delegados	2006	0.641	0.469	0.628
2	USF Clube dos Delegados	2007	0.721	0.482	0.612
2	USF Clube dos Delegados	2008	0.780	0.511	0.718
2	USF Clube dos Delegados	2009	0.873	0.567	0.785
2	USF Clube dos Delegados	2010	0.842	0.611	0.797
2	USF Clube dos Delegados	2011	0.944	0.666	0.886
2	USF Clube dos Delegados	2012	1.000	0.760	1.000
2	USF Clube dos Delegados	2013	0.894	0.673	0.843
2	USF Clube dos Delegados	2014	0.828	0.627	0.813
2	USF Córrego do Curió	2005	1.000	0.597	0.942
2	USF Córrego do Curió	2006	0.845	0.489	0.675
2	USF Córrego do Curió	2007	0.825	0.444	0.562
2	USF Córrego do Curió	2008	0.726	0.523	0.849
2	USF Córrego do Curió	2009	1.000	0.580	1.000
2	USF Córrego do Curió	2010	0.854	0.495	0.721
2	USF Córrego do Curió	2011	0.738	0.302	0.398
2	USF Córrego do Curió	2012	0.793	0.374	0.501
2	USF Córrego do Curió	2013	0.838	0.508	0.814
2	USF Córrego do Curió	2014	0.782	0.438	0.623
2	USF Ilha de Joaneiro	2005	0.947	0.733	0.936
2	USF Ilha de Joaneiro	2006	0.835	0.599	0.742
2	USF Ilha de Joaneiro	2007	0.888	0.643	0.829
2	USF Ilha de Joaneiro	2008	0.677	0.497	0.583
2	USF Ilha de Joaneiro	2009	0.659	0.487	0.568
2	USF Ilha de Joaneiro	2010	0.860	0.742	0.869
2	USF Ilha de Joaneiro	2011	0.901	0.611	0.771
2	USF Ilha de Joaneiro	2012	1.000	0.686	0.835
2	USF Ilha de Joaneiro	2013	0.706	0.572	0.732
2	USF Ilha de Joaneiro	2014	1.000	0.694	0.851
2	USF Irmã Terezinha	2005	0.774	0.611	0.804
2	USF Irmã Terezinha	2006	1.000	0.712	0.970
2	USF Irmã Terezinha	2007	0.881	0.568	0.765
2	USF Irmã Terezinha	2008	0.748	0.581	0.744
2	USF Irmã Terezinha	2009	0.956	0.607	0.701
2	USF Irmã Terezinha	2010	0.759	0.644	0.757

2	USF Irmã Terezinha	2011	0.991	0.691	0.785
2	USF Irmã Terezinha	2012	1.000	0.703	0.862
2	USF Irmã Terezinha	2013	0.901	0.628	0.749
2	USF Irmã Terezinha	2014	0.802	0.526	0.623
2	USF José Severiano da Silva	2005	0.762	0.534	0.771
2	USF José Severiano da Silva	2006	0.722	0.442	0.645
2	USF José Severiano da Silva	2007	0.584	0.332	0.445
2	USF José Severiano da Silva	2008	0.646	0.440	0.624
2	USF José Severiano da Silva	2009	0.661	0.369	0.504
2	USF José Severiano da Silva	2010	0.580	0.454	0.609
2	USF José Severiano da Silva	2011	0.603	0.484	0.624
2	USF José Severiano da Silva	2012	0.776	0.562	0.725
2	USF José Severiano da Silva	2013	0.610	0.457	0.635
2	USF José Severiano da Silva	2014	0.729	0.523	0.703
2	USF Ponto de Parada	2005	0.182	0.084	0.128
2	USF Ponto de Parada	2006	0.434	0.238	0.399
2	USF Ponto de Parada	2007	0.499	0.305	0.411
2	USF Ponto de Parada	2008	0.585	0.378	0.535
2	USF Ponto de Parada	2009	0.617	0.386	0.431
2	USF Ponto de Parada	2010	0.718	0.563	0.656
2	USF Ponto de Parada	2011	0.796	0.522	0.605
2	USF Ponto de Parada	2012	0.637	0.464	0.527
2	USF Ponto de Parada	2013	0.538	0.404	0.502
2	USF Ponto de Parada	2014	0.603	0.420	0.457
2	USF Prof. Antônio Francisco Areias	2005	0.957	0.749	0.981
2	USF Prof. Antônio Francisco Areias	2006	0.956	0.680	0.889
2	USF Prof. Antônio Francisco Areias	2007	1.000	0.773	0.902
2	USF Prof. Antônio Francisco Areias	2008	0.749	0.488	0.639
2	USF Prof. Antônio Francisco Areias	2009	0.784	0.532	0.657
2	USF Prof. Antônio Francisco Areias	2010	0.582	0.559	0.589
2	USF Prof. Antônio Francisco Areias	2011	0.798	0.597	0.622
2	USF Prof. Antônio Francisco Areias	2012	0.982	0.702	0.817
2	USF Prof. Antônio Francisco Areias	2013	0.888	0.617	0.822
2	USF Prof. Antônio Francisco Areias	2014	0.803	0.545	0.765
2	USF Tasso Bezerra I	2005	1.000	0.684	1.000
2	USF Tasso Bezerra I	2006	1.000	0.596	0.816
2	USF Tasso Bezerra I	2007	0.764	0.407	0.586
2	USF Tasso Bezerra I	2008	0.815	0.581	0.788
2	USF Tasso Bezerra I	2009	1.000	0.608	0.798
2	USF Tasso Bezerra I	2010	0.667	0.491	0.656
2	USF Tasso Bezerra I	2011	0.588	0.382	0.521
2	USF Tasso Bezerra I	2012	0.758	0.521	0.804
2	USF Tasso Bezerra I	2013	1.000	0.659	1.000
2	USF Tasso Bezerra I	2014	0.699	0.468	0.586
2	USF Tasso Bezerra II	2005	1.000	0.671	1.000

2	USF Tasso Bezerra II	2006	1.000	0.635	1.000
2	USF Tasso Bezerra II	2007	0.768	0.397	0.669
2	USF Tasso Bezerra II	2008	0.620	0.417	0.563
2	USF Tasso Bezerra II	2009	0.821	0.446	0.596
2	USF Tasso Bezerra II	2010	0.553	0.326	0.399
2	USF Tasso Bezerra II	2011	0.618	0.327	0.410
2	USF Tasso Bezerra II	2012	0.746	0.377	0.570
2	USF Tasso Bezerra II	2013	0.538	0.401	0.741
2	USF Tasso Bezerra II	2014	0.590	0.367	0.503
2	USF Tia Regina	2005	1.000	0.880	0.998
2	USF Tia Regina	2006	0.938	0.720	0.854
2	USF Tia Regina	2007	0.914	0.696	0.767
2	USF Tia Regina	2008	0.776	0.638	0.700
2	USF Tia Regina	2009	0.709	0.535	0.612
2	USF Tia Regina	2010	0.641	0.608	0.721
2	USF Tia Regina	2011	0.805	0.624	0.742
2	USF Tia Regina	2012	0.826	0.643	0.790
2	USF Tia Regina	2013	0.656	0.574	0.701
2	USF Tia Regina	2014	0.781	0.579	0.717
3	USF Apipucos/São João	2005	1.000	0.653	0.833
3	USF Apipucos/São João	2006	0.857	0.532	0.686
3	USF Apipucos/São João	2007	0.914	0.485	0.664
3	USF Apipucos/São João	2008	0.819	0.590	0.736
3	USF Apipucos/São João	2009	1.000	0.532	0.756
3	USF Apipucos/São João	2010	1.000	0.657	0.958
3	USF Apipucos/São João	2011	1.000	0.751	1.000
3	USF Apipucos/São João	2012	1.000	0.580	0.832
3	USF Apipucos/São João	2013	1.000	0.780	1.000
3	USF Apipucos/São João	2014	1.000	0.702	0.924
3	USF Córrego da Fortuna	2005	0.968	0.561	0.753
3	USF Córrego da Fortuna	2006	1.000	0.723	0.948
3	USF Córrego da Fortuna	2007	1.000	0.618	0.777
3	USF Córrego da Fortuna	2008	0.797	0.542	0.722
3	USF Córrego da Fortuna	2009	0.718	0.407	0.550
3	USF Córrego da Fortuna	2010	0.508	0.362	0.534
3	USF Córrego da Fortuna	2011	0.600	0.393	0.545
3	USF Córrego da Fortuna	2012	1.000	0.732	1.000
3	USF Córrego da Fortuna	2013	0.474	0.342	0.408
3	USF Córrego da Fortuna	2014	0.573	0.392	0.502
3	USF Poço da Panela	2005	0.776	0.384	0.529
3	USF Poço da Panela	2006	0.814	0.394	0.557
3	USF Poço da Panela	2007	0.999	0.458	0.537
3	USF Poço da Panela	2008	1.000	0.561	0.749
3	USF Poço da Panela	2009	1.000	0.432	0.634
3	USF Poço da Panela	2010	1.000	0.577	0.908

3	USF Poço da Panela	2011	1.000	0.541	0.851
3	USF Poço da Panela	2012	1.000	0.295	0.494
3	USF Poço da Panela	2013	1.000	0.537	1.000
3	USF Poço da Panela	2014	1.000	0.502	0.990
3	USF Santana	2005	1.000	0.649	0.747
3	USF Santana	2006	1.000	0.491	0.603
3	USF Santana	2007	0.909	0.411	0.500
3	USF Santana	2008	0.622	0.389	0.483
3	USF Santana	2009	0.654	0.342	0.436
3	USF Santana	2010	0.771	0.435	0.596
3	USF Santana	2011	0.557	0.342	0.464
3	USF Santana	2012	0.530	0.392	0.512
3	USF Santana	2013	0.484	0.377	0.437
3	USF Santana	2014	0.520	0.375	0.455
3	USF Sítio São Braz	2005	1.000	0.619	0.816
3	USF Sítio São Braz	2006	1.000	0.680	0.892
3	USF Sítio São Braz	2007	1.000	0.526	0.770
3	USF Sítio São Braz	2008	0.762	0.476	0.627
3	USF Sítio São Braz	2009	0.810	0.493	0.629
3	USF Sítio São Braz	2010	0.476	0.377	0.480
3	USF Sítio São Braz	2011	1.000	1.000	1.000
3	USF Sítio São Braz	2012	0.638	0.416	0.518
3	USF Sítio São Braz	2013	0.488	0.366	0.471
3	USF Sítio São Braz	2014	0.513	0.332	0.475
3	USF Sítio dos Pintos	2005	0.755	0.418	0.562
3	USF Sítio dos Pintos	2006	0.710	0.431	0.532
3	USF Sítio dos Pintos	2007	0.745	0.304	0.392
3	USF Sítio dos Pintos	2008	0.616	0.317	0.469
3	USF Sítio dos Pintos	2009	0.675	0.411	0.466
3	USF Sítio dos Pintos	2010	1.000	0.725	0.945
3	USF Sítio dos Pintos	2011	1.000	0.750	0.937
3	USF Sítio dos Pintos	2012	1.000	0.953	1.000
3	USF Sítio dos Pintos	2013	1.000	1.000	1.000
3	USF Sítio dos Pintos	2014	1.000	0.989	0.988
4	USF Barreiras	2005	0.712	0.373	0.641
4	USF Barreiras	2006	0.914	0.402	0.629
4	USF Barreiras	2007	0.981	0.421	0.626
4	USF Barreiras	2008	0.679	0.528	0.735
4	USF Barreiras	2009	0.876	0.526	0.656
4	USF Barreiras	2010	0.939	0.673	0.922
4	USF Barreiras	2011	0.632	0.462	0.594
4	USF Barreiras	2012	0.901	0.639	0.802
4	USF Barreiras	2013	1.000	0.695	1.000
4	USF Barreiras	2014	0.932	0.541	0.686
4	USF Brasilit	2005	0.860	0.666	0.862

4	USF Brasilit	2006	0.948	0.657	0.829
4	USF Brasilit	2007	0.840	0.509	0.683
4	USF Brasilit	2008	0.657	0.471	0.616
4	USF Brasilit	2009	0.889	0.591	0.665
4	USF Brasilit	2010	1.000	0.962	0.991
4	USF Brasilit	2011	0.954	0.566	0.708
4	USF Brasilit	2012	0.809	0.314	0.653
4	USF Brasilit	2013	0.623	0.420	0.524
4	USF Brasilit	2014	0.500	0.389	0.489
4	USF Campo do Banco	2005	0.779	0.424	0.622
4	USF Campo do Banco	2006	0.722	0.443	0.673
4	USF Campo do Banco	2007	0.966	0.610	0.703
4	USF Campo do Banco	2008	0.906	0.615	0.826
4	USF Campo do Banco	2009	1.000	0.657	0.823
4	USF Campo do Banco	2010	1.000	1.000	1.000
4	USF Campo do Banco	2011	1.000	0.736	0.790
4	USF Campo do Banco	2012	1.000	0.800	0.862
4	USF Campo do Banco	2013	0.975	0.670	0.749
4	USF Campo do Banco	2014	1.000	0.678	0.691
4	USF Caranguejo	2005	1.000	0.660	0.917
4	USF Caranguejo	2006	1.000	0.712	1.000
4	USF Caranguejo	2007	1.000	0.489	0.741
4	USF Caranguejo	2008	0.818	0.668	0.823
4	USF Caranguejo	2009	0.552	0.317	0.394
4	USF Caranguejo	2010	0.791	0.725	0.906
4	USF Caranguejo	2011	1.000	0.789	0.962
4	USF Caranguejo	2012	0.879	0.684	0.834
4	USF Caranguejo	2013	0.734	0.530	0.637
4	USF Caranguejo	2014	0.526	0.433	0.535
4	USF Cosme e Damião	2005	0.775	0.373	0.538
4	USF Cosme e Damião	2006	0.691	0.444	0.589
4	USF Cosme e Damião	2007	0.823	0.424	0.620
4	USF Cosme e Damião	2008	1.000	0.591	0.865
4	USF Cosme e Damião	2009	0.862	0.510	0.598
4	USF Cosme e Damião	2010	0.768	0.750	0.916
4	USF Cosme e Damião	2011	0.598	0.460	0.586
4	USF Cosme e Damião	2012	0.702	0.466	0.587
4	USF Cosme e Damião	2013	0.767	0.494	0.614
4	USF Cosme e Damião	2014	0.950	0.519	0.721
4	USF Emocy Krause	2005	0.717	0.626	0.750
4	USF Emocy Krause	2006	0.808	0.659	0.766
4	USF Emocy Krause	2007	0.819	0.575	0.658
4	USF Emocy Krause	2008	0.865	0.658	0.775
4	USF Emocy Krause	2009	0.779	0.522	0.584
4	USF Emocy Krause	2010	1.000	1.000	1.000

4	USF Emocy Krause	2011	0.680	0.519	0.579
4	USF Emocy Krause	2012	0.744	0.568	0.636
4	USF Emocy Krause	2013	0.729	0.672	0.768
4	USF Emocy Krause	2014	0.703	0.481	0.526
4	USF Engenho do Meio	2005	0.623	0.414	0.530
4	USF Engenho do Meio	2006	0.603	0.395	0.492
4	USF Engenho do Meio	2007	0.867	0.463	0.640
4	USF Engenho do Meio	2008	0.655	0.443	0.672
4	USF Engenho do Meio	2009	1.000	0.477	0.705
4	USF Engenho do Meio	2010	1.000	0.832	1.000
4	USF Engenho do Meio	2011	1.000	0.373	0.683
4	USF Engenho do Meio	2012	1.000	0.504	0.954
4	USF Engenho do Meio	2013	0.570	0.280	0.459
4	USF Engenho do Meio	2014	0.454	0.099	0.375
4	USF Roda de Fogo Cosirof	2005	1.000	0.828	1.000
4	USF Roda de Fogo Cosirof	2006	0.847	0.508	0.627
4	USF Roda de Fogo Cosirof	2007	0.923	0.558	0.664
4	USF Roda de Fogo Cosirof	2008	0.745	0.492	0.611
4	USF Roda de Fogo Cosirof	2009	0.821	0.519	0.591
4	USF Roda de Fogo Cosirof	2010	0.778	0.776	0.798
4	USF Roda de Fogo Cosirof	2011	0.585	0.412	0.483
4	USF Roda de Fogo Cosirof	2012	0.834	0.548	0.693
4	USF Roda de Fogo Cosirof	2013	1.000	0.702	0.834
4	USF Roda de Fogo Cosirof	2014	0.867	0.530	0.592
4	USF Roda de Fogo Macae	2005	1.000	0.497	0.847
4	USF Roda de Fogo Macae	2006	0.946	0.586	0.689
4	USF Roda de Fogo Macae	2007	0.941	0.544	0.634
4	USF Roda de Fogo Macae	2008	0.757	0.588	0.670
4	USF Roda de Fogo Macae	2009	0.965	0.418	0.637
4	USF Roda de Fogo Macae	2010	0.864	0.724	0.820
4	USF Roda de Fogo Macae	2011	1.000	0.422	0.635
4	USF Roda de Fogo Macae	2012	0.961	0.537	0.655
4	USF Roda de Fogo Macae	2013	0.802	0.526	0.663
4	USF Roda de Fogo Macae	2014	0.740	0.390	0.490
4	USF Roda de Fogo Sinos	2005	0.959	0.455	0.655
4	USF Roda de Fogo Sinos	2006	1.000	0.588	0.699
4	USF Roda de Fogo Sinos	2007	1.000	0.583	0.732
4	USF Roda de Fogo Sinos	2008	0.787	0.600	0.798
4	USF Roda de Fogo Sinos	2009	1.000	0.603	0.752
4	USF Roda de Fogo Sinos	2010	1.000	1.000	1.000
4	USF Roda de Fogo Sinos	2011	0.901	0.593	0.723
4	USF Roda de Fogo Sinos	2012	1.000	1.000	1.000
4	USF Roda de Fogo Sinos	2013	0.890	0.570	0.700
4	USF Roda de Fogo Sinos	2014	0.833	0.473	0.556
4	USF Rosa Selvagem	2005	1.000	0.651	0.807

4	USF Rosa Selvagem	2006	1.000	0.784	0.958
4	USF Rosa Selvagem	2007	1.000	0.741	0.963
4	USF Rosa Selvagem	2008	1.000	0.645	0.888
4	USF Rosa Selvagem	2009	1.000	0.742	0.868
4	USF Rosa Selvagem	2010	1.000	0.837	1.000
4	USF Rosa Selvagem	2011	1.000	0.795	1.000
4	USF Rosa Selvagem	2012	1.000	0.783	0.970
4	USF Rosa Selvagem	2013	1.000	0.788	0.999
4	USF Rosa Selvagem	2014	0.776	0.720	0.913
4	USF Skaylab	2005	0.728	0.556	0.715
4	USF Skaylab	2006	0.729	0.595	0.713
4	USF Skaylab	2007	0.850	0.594	0.686
4	USF Skaylab	2008	0.746	0.542	0.635
4	USF Skaylab	2009	1.000	0.816	0.891
4	USF Skaylab	2010	0.987	0.904	0.987
4	USF Skaylab	2011	0.782	0.553	0.657
4	USF Skaylab	2012	0.979	0.757	0.890
4	USF Skaylab	2013	0.925	0.715	0.803
4	USF Skaylab	2014	0.768	0.601	0.675
4	USF Sítio Cardoso	2005	0.555	0.403	0.516
4	USF Sítio Cardoso	2006	0.669	0.452	0.573
4	USF Sítio Cardoso	2007	0.640	0.439	0.524
4	USF Sítio Cardoso	2008	0.609	0.455	0.600
4	USF Sítio Cardoso	2009	0.705	0.472	0.583
4	USF Sítio Cardoso	2010	1.000	0.965	1.000
4	USF Sítio Cardoso	2011	0.768	0.613	0.679
4	USF Sítio Cardoso	2012	0.728	0.553	0.643
4	USF Sítio Cardoso	2013	0.753	0.550	0.600
4	USF Sítio Cardoso	2014	0.772	0.591	0.708
4	USF Sítio das Palmeiras	2005	1.000	0.635	0.738
4	USF Sítio das Palmeiras	2006	0.774	0.480	0.635
4	USF Sítio das Palmeiras	2007	0.915	0.573	0.666
4	USF Sítio das Palmeiras	2008	0.688	0.505	0.637
4	USF Sítio das Palmeiras	2009	0.749	0.485	0.542
4	USF Sítio das Palmeiras	2010	0.787	0.787	0.792
4	USF Sítio das Palmeiras	2011	0.408	0.334	0.363
4	USF Sítio das Palmeiras	2012	0.737	0.516	0.544
4	USF Sítio das Palmeiras	2013	0.806	0.639	0.738
4	USF Sítio das Palmeiras	2014	0.626	0.444	0.481
4	USF UR7/Várzea	2005	0.083	0.061	0.081
4	USF UR7/Várzea	2006	0.775	0.641	0.791
4	USF UR7/Várzea	2007	0.864	0.540	0.681
4	USF UR7/Várzea	2008	0.776	0.632	0.747
4	USF UR7/Várzea	2009	0.788	0.544	0.608
4	USF UR7/Várzea	2010	0.869	0.852	0.869

4	USF UR7/Várzea	2011	0.915	0.576	0.696
4	USF UR7/Várzea	2012	0.936	0.644	0.751
4	USF UR7/Várzea	2013	1.000	0.670	0.739
4	USF UR7/Várzea	2014	0.884	0.551	0.648
4	USF Vietnã	2005	0.654	0.456	0.623
4	USF Vietnã	2006	0.695	0.469	0.595
4	USF Vietnã	2007	0.729	0.422	0.548
4	USF Vietnã	2008	0.501	0.393	0.514
4	USF Vietnã	2009	0.655	0.450	0.497
4	USF Vietnã	2010	0.703	0.700	0.703
4	USF Vietnã	2011	0.271	0.194	0.224
4	USF Vietnã	2012	0.339	0.248	0.271
4	USF Vietnã	2013	0.246	0.173	0.192
4	USF Vietnã	2014	0.400	0.285	0.356
4	USF Vila União	2005	1.000	0.692	0.933
4	USF Vila União	2006	0.802	0.641	0.796
4	USF Vila União	2007	1.000	0.721	0.871
4	USF Vila União	2008	0.873	0.744	0.866
4	USF Vila União	2009	1.000	0.717	0.804
4	USF Vila União	2010	1.000	1.000	1.000
4	USF Vila União	2011	1.000	0.679	0.750
4	USF Vila União	2012	1.000	0.774	0.815
4	USF Vila União	2013	1.000	0.699	0.766
4	USF Vila União	2014	1.000	0.541	0.623
5	USF Boa Ideia	2005	0.690	0.569	0.985
5	USF Boa Ideia	2006	0.762	0.561	0.987
5	USF Boa Ideia	2007	0.967	0.532	0.996
5	USF Boa Ideia	2008	0.637	0.377	0.749
5	USF Boa Ideia	2009	0.588	0.379	0.774
5	USF Boa Ideia	2010	0.371	0.351	0.785
5	USF Boa Ideia	2011	0.562	0.361	0.869
5	USF Boa Ideia	2012	0.627	0.369	0.841
5	USF Boa Ideia	2013	0.591	0.386	0.859
5	USF Boa Ideia	2014	1.000	0.675	1.000
5	USF Chico Mendes	2005	0.792	0.592	0.789
5	USF Chico Mendes	2006	0.641	0.434	0.646
5	USF Chico Mendes	2007	0.671	0.420	0.587
5	USF Chico Mendes	2008	0.394	0.290	0.613
5	USF Chico Mendes	2009	0.798	0.547	0.866
5	USF Chico Mendes	2010	0.517	0.447	0.941
5	USF Chico Mendes	2011	1.000	0.899	1.000
5	USF Chico Mendes	2012	0.972	0.677	0.993
5	USF Chico Mendes	2013	0.704	0.581	0.758
5	USF Chico Mendes	2014	0.763	0.541	0.796
5	USF Coqueiral	2005	0.790	0.571	1.000

5	USF Coqueiral	2006	0.783	0.499	0.904
5	USF Coqueiral	2007	0.659	0.341	0.713
5	USF Coqueiral	2008	0.537	0.382	0.696
5	USF Coqueiral	2009	0.725	0.503	0.894
5	USF Coqueiral	2010	0.794	0.556	1.000
5	USF Coqueiral	2011	0.629	0.501	0.718
5	USF Coqueiral	2012	0.614	0.461	0.651
5	USF Coqueiral	2013	0.678	0.519	0.716
5	USF Coqueiral	2014	0.549	0.405	0.581
5	USF Geraldo Barreto Campelo	2005	0.748	0.551	1.000
5	USF Geraldo Barreto Campelo	2006	0.799	0.557	1.000
5	USF Geraldo Barreto Campelo	2007	0.883	0.515	0.943
5	USF Geraldo Barreto Campelo	2008	0.514	0.374	0.819
5	USF Geraldo Barreto Campelo	2009	0.637	0.429	0.893
5	USF Geraldo Barreto Campelo	2010	0.343	0.281	0.628
5	USF Geraldo Barreto Campelo	2011	1.000	0.655	1.000
5	USF Geraldo Barreto Campelo	2012	0.619	0.379	0.856
5	USF Geraldo Barreto Campelo	2013	0.701	0.464	1.000
5	USF Geraldo Barreto Campelo	2014	0.650	0.420	0.868
5	USF Iraque	2005	0.635	0.452	0.787
5	USF Iraque	2006	0.522	0.362	0.583
5	USF Iraque	2007	0.574	0.319	0.603
5	USF Iraque	2008	0.398	0.280	0.522
5	USF Iraque	2009	1.000	0.722	1.000
5	USF Iraque	2010	0.612	0.542	0.910
5	USF Iraque	2011	1.000	0.894	1.000
5	USF Iraque	2012	0.645	0.423	0.676
5	USF Iraque	2013	0.733	0.558	0.819
5	USF Iraque	2014	0.606	0.443	0.639
5	USF Jardim Uchoa	2005	0.630	0.404	0.825
5	USF Jardim Uchoa	2006	0.511	0.333	0.771
5	USF Jardim Uchoa	2007	0.556	0.296	0.643
5	USF Jardim Uchoa	2008	0.341	0.239	0.762
5	USF Jardim Uchoa	2009	0.567	0.400	0.664
5	USF Jardim Uchoa	2010	0.436	0.326	0.576
5	USF Jardim Uchoa	2011	0.482	0.418	0.520
5	USF Jardim Uchoa	2012	0.501	0.347	0.578
5	USF Jardim Uchoa	2013	0.646	0.486	0.694
5	USF Jardim Uchoa	2014	0.679	0.567	0.836
5	USF Mangueira I	2005	0.609	0.477	0.758
5	USF Mangueira I	2006	0.625	0.419	0.606
5	USF Mangueira I	2007	0.552	0.399	0.626
5	USF Mangueira I	2008	0.458	0.343	0.673
5	USF Mangueira I	2009	0.600	0.346	0.689
5	USF Mangueira I	2010	0.492	0.355	0.807

5	USF Mangueira I	2011	0.853	0.580	1.000
5	USF Mangueira I	2012	0.548	0.384	0.675
5	USF Mangueira I	2013	0.529	0.345	0.675
5	USF Mangueira I	2014	0.618	0.369	0.756
5	USF Mangueira II	2005	0.501	0.392	0.607
5	USF Mangueira II	2006	0.660	0.424	0.869
5	USF Mangueira II	2007	0.654	0.380	0.763
5	USF Mangueira II	2008	0.350	0.261	0.669
5	USF Mangueira II	2009	0.559	0.250	0.615
5	USF Mangueira II	2010	0.419	0.301	0.661
5	USF Mangueira II	2011	0.568	0.516	0.568
5	USF Mangueira II	2012	0.493	0.282	0.542
5	USF Mangueira II	2013	0.434	0.277	0.581
5	USF Mangueira II	2014	0.505	0.334	0.600
5	USF Mustardinha	2005	0.621	0.426	0.871
5	USF Mustardinha	2006	0.625	0.391	0.635
5	USF Mustardinha	2007	1.000	0.444	1.000
5	USF Mustardinha	2008	0.734	0.394	0.777
5	USF Mustardinha	2009	0.750	0.431	0.828
5	USF Mustardinha	2010	0.666	0.419	0.968
5	USF Mustardinha	2011	1.000	0.959	1.000
5	USF Mustardinha	2012	0.681	0.410	0.654
5	USF Mustardinha	2013	0.635	0.445	0.712
5	USF Mustardinha	2014	0.730	0.503	0.650
5	USF Planeta dos Macacos I	2005	0.643	0.379	0.606
5	USF Planeta dos Macacos I	2006	0.618	0.324	0.576
5	USF Planeta dos Macacos I	2007	0.732	0.339	0.658
5	USF Planeta dos Macacos I	2008	1.000	0.903	1.000
5	USF Planeta dos Macacos I	2009	1.000	0.728	0.985
5	USF Planeta dos Macacos I	2010	1.000	0.714	1.000
5	USF Planeta dos Macacos I	2011	1.000	0.892	1.000
5	USF Planeta dos Macacos I	2012	0.721	0.505	0.746
5	USF Planeta dos Macacos I	2013	0.588	0.424	0.621
5	USF Planeta dos Macacos I	2014	0.699	0.446	0.661
5	USF Planeta dos Macacos II	2005	0.993	0.607	1.000
5	USF Planeta dos Macacos II	2006	0.876	0.504	0.698
5	USF Planeta dos Macacos II	2007	1.000	0.441	0.757
5	USF Planeta dos Macacos II	2008	0.650	0.393	0.736
5	USF Planeta dos Macacos II	2009	1.000	0.492	0.850
5	USF Planeta dos Macacos II	2010	0.532	0.326	0.596
5	USF Planeta dos Macacos II	2011	0.549	0.339	0.536
5	USF Planeta dos Macacos II	2012	0.795	0.418	0.628
5	USF Planeta dos Macacos II	2013	0.706	0.427	0.602
5	USF Planeta dos Macacos II	2014	0.819	0.404	0.539
5	USF Vila São Miguel	2005	0.577	0.407	0.849

5	USF Vila São Miguel	2006	0.517	0.356	0.827
5	USF Vila São Miguel	2007	0.737	0.382	0.791
5	USF Vila São Miguel	2008	0.420	0.291	0.632
5	USF Vila São Miguel	2009	0.616	0.318	0.729
5	USF Vila São Miguel	2010	0.516	0.416	0.690
5	USF Vila São Miguel	2011	0.531	0.334	0.623
5	USF Vila São Miguel	2012	0.732	0.484	0.895
5	USF Vila São Miguel	2013	0.600	0.476	0.789
5	USF Vila São Miguel	2014	0.737	0.490	0.880
5	USF Vila Tamandaré	2005	0.551	0.398	0.709
5	USF Vila Tamandaré	2006	0.632	0.446	0.621
5	USF Vila Tamandaré	2007	0.638	0.435	0.705
5	USF Vila Tamandaré	2008	0.692	0.415	0.820
5	USF Vila Tamandaré	2009	0.999	0.668	1.000
5	USF Vila Tamandaré	2010	0.484	0.466	0.767
5	USF Vila Tamandaré	2011	0.814	0.652	0.820
5	USF Vila Tamandaré	2012	0.544	0.431	0.591
5	USF Vila Tamandaré	2013	0.671	0.517	0.727
5	USF Vila Tamandaré	2014	0.919	0.641	1.000
6	USF Boa Viagem Beira Rio	2005	0.794	0.502	0.970
6	USF Boa Viagem Beira Rio	2006	0.646	0.428	0.821
6	USF Boa Viagem Beira Rio	2007	0.644	0.399	0.690
6	USF Boa Viagem Beira Rio	2008	0.679	0.466	0.923
6	USF Boa Viagem Beira Rio	2009	0.900	0.510	0.961
6	USF Boa Viagem Beira Rio	2010	0.683	0.487	0.902
6	USF Boa Viagem Beira Rio	2011	0.792	0.447	0.909
6	USF Boa Viagem Beira Rio	2012	0.777	0.479	0.880
6	USF Boa Viagem Beira Rio	2013	0.593	0.405	0.784
6	USF Boa Viagem Beira Rio	2014	0.765	0.467	0.821
6	USF Brasília/Van Lee	2005	0.052	0.027	0.038
6	USF Brasília/Van Lee	2006	0.713	0.371	0.555
6	USF Brasília/Van Lee	2007	0.879	0.458	0.745
6	USF Brasília/Van Lee	2008	0.606	0.448	0.866
6	USF Brasília/Van Lee	2009	0.888	0.647	0.734
6	USF Brasília/Van Lee	2010	0.972	0.972	1.000
6	USF Brasília/Van Lee	2011	1.000	0.968	1.000
6	USF Brasília/Van Lee	2012	1.000	0.840	0.918
6	USF Brasília/Van Lee	2013	1.000	0.737	0.790
6	USF Brasília/Van Lee	2014	1.000	0.991	1.000
6	USF Cafesópolis	2005	0.889	0.526	0.822
6	USF Cafesópolis	2006	1.000	0.652	0.817
6	USF Cafesópolis	2007	1.000	0.539	0.937
6	USF Cafesópolis	2008	1.000	0.538	1.000
6	USF Cafesópolis	2009	1.000	0.642	0.955
6	USF Cafesópolis	2010	1.000	1.000	1.000

6	USF Cafesópolis	2011	0.987	0.648	0.966
6	USF Cafesópolis	2012	0.752	0.472	0.563
6	USF Cafesópolis	2013	0.822	0.696	0.940
6	USF Cafesópolis	2014	1.000	0.779	1.000
6	USF Coqueiral Imbiribeira	2005	0.643	0.485	0.785
6	USF Coqueiral Imbiribeira	2006	0.611	0.419	0.583
6	USF Coqueiral Imbiribeira	2007	0.705	0.490	0.641
6	USF Coqueiral Imbiribeira	2008	0.640	0.440	0.844
6	USF Coqueiral Imbiribeira	2009	0.750	0.482	0.796
6	USF Coqueiral Imbiribeira	2010	0.598	0.547	0.919
6	USF Coqueiral Imbiribeira	2011	0.512	0.406	0.540
6	USF Coqueiral Imbiribeira	2012	0.571	0.386	0.643
6	USF Coqueiral Imbiribeira	2013	0.598	0.429	0.747
6	USF Coqueiral Imbiribeira	2014	0.689	0.404	0.886
6	USF Dancing Days	2005	0.808	0.436	0.696
6	USF Dancing Days	2006	0.951	0.581	0.677
6	USF Dancing Days	2007	1.000	0.534	0.634
6	USF Dancing Days	2008	0.751	0.526	0.656
6	USF Dancing Days	2009	0.767	0.447	0.677
6	USF Dancing Days	2010	1.000	0.906	0.992
6	USF Dancing Days	2011	0.652	0.505	0.664
6	USF Dancing Days	2012	0.852	0.612	0.746
6	USF Dancing Days	2013	0.739	0.519	0.627
6	USF Dancing Days	2014	0.832	0.550	0.679
6	USF Ilha de Deus	2005	1.000	0.491	1.000
6	USF Ilha de Deus	2006	0.705	0.327	0.754
6	USF Ilha de Deus	2007	0.695	0.314	0.865
6	USF Ilha de Deus	2008	1.000	0.926	1.000
6	USF Ilha de Deus	2009	0.848	0.275	1.000
6	USF Ilha de Deus	2010	1.000	1.000	1.000
6	USF Ilha de Deus	2011	1.000	0.647	0.896
6	USF Ilha de Deus	2012	0.977	0.686	0.790
6	USF Ilha de Deus	2013	0.892	0.651	0.775
6	USF Ilha de Deus	2014	1.000	0.723	0.809
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	2005	0.723	0.495	0.861
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	2006	0.725	0.513	0.773
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	2007	0.798	0.548	0.951
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	2008	0.550	0.390	0.961
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	2009	0.779	0.451	0.908
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	2010	0.759	0.610	1.000
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	2011	0.739	0.480	0.825
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	2012	0.794	0.612	0.769
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	2013	0.792	0.539	0.787
6	USF Jader de Andrade/Entra Apulso	2014	0.510	0.315	0.686
6	USF Pina	2005	1.000	0.698	0.987

6	USF Pina	2006	1.000	0.826	1.000
6	USF Pina	2007	1.000	0.743	0.919
6	USF Pina	2008	0.744	0.644	0.875
6	USF Pina	2009	0.731	0.454	0.704
6	USF Pina	2010	0.698	0.698	1.000
6	USF Pina	2011	0.831	0.545	0.730
6	USF Pina	2012	0.816	0.552	0.686
6	USF Pina	2013	0.787	0.692	0.790
6	USF Pina	2014	0.874	0.640	0.767
6	USF Sítio Grande	2005	0.890	0.714	0.951
6	USF Sítio Grande	2006	1.000	0.854	1.000
6	USF Sítio Grande	2007	0.949	0.660	0.980
6	USF Sítio Grande	2008	0.562	0.448	0.989
6	USF Sítio Grande	2009	0.992	0.779	0.919
6	USF Sítio Grande	2010	0.705	0.656	1.000
6	USF Sítio Grande	2011	0.959	0.681	1.000
6	USF Sítio Grande	2012	1.000	0.897	0.968
6	USF Sítio Grande	2013	1.000	0.997	1.000
6	USF Sítio Grande	2014	1.000	0.926	0.954
6	USF Vila do Ipsep	2005	0.659	0.354	0.825
6	USF Vila do Ipsep	2006	0.598	0.383	0.820
6	USF Vila do Ipsep	2007	0.659	0.360	0.688
6	USF Vila do Ipsep	2008	0.460	0.340	0.869
6	USF Vila do Ipsep	2009	0.707	0.396	0.801
6	USF Vila do Ipsep	2010	0.612	0.309	0.980
6	USF Vila do Ipsep	2011	0.672	0.312	0.785
6	USF Vila do Ipsep	2012	0.692	0.515	0.736
6	USF Vila do Ipsep	2013	0.655	0.481	0.725
6	USF Vila do Ipsep	2014	0.541	0.496	0.735
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	2005	1.000	0.825	1.000
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	2006	1.000	0.856	1.000
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	2007	1.000	0.618	0.786
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	2008	0.740	0.562	0.713
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	2009	0.778	0.493	0.671
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	2010	0.614	0.498	0.666
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	2011	0.919	0.621	0.948
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	2012	1.000	0.675	1.000
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	2013	1.000	0.710	1.000
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	2014	1.000	0.635	0.903
7	USF Alto da Brasileira	2005	0.940	0.589	0.860
7	USF Alto da Brasileira	2006	0.903	0.577	0.847
7	USF Alto da Brasileira	2007	0.941	0.499	0.726
7	USF Alto da Brasileira	2008	0.691	0.543	0.813
7	USF Alto da Brasileira	2009	0.846	0.534	0.767
7	USF Alto da Brasileira	2010	0.530	0.445	0.646

7	USF Alto da Brasileira	2011	0.854	0.360	0.567
7	USF Alto da Brasileira	2012	0.857	0.504	0.737
7	USF Alto da Brasileira	2013	0.794	0.555	0.792
7	USF Alto da Brasileira	2014	0.720	0.469	0.683
7	USF Alto do Eucalipto	2005	0.903	0.690	0.910
7	USF Alto do Eucalipto	2006	0.857	0.571	0.757
7	USF Alto do Eucalipto	2007	0.615	0.366	0.503
7	USF Alto do Eucalipto	2008	0.632	0.394	0.544
7	USF Alto do Eucalipto	2009	0.581	0.390	0.554
7	USF Alto do Eucalipto	2010	0.494	0.341	0.397
7	USF Alto do Eucalipto	2011	0.692	0.344	0.414
7	USF Alto do Eucalipto	2012	0.920	0.610	0.855
7	USF Alto do Eucalipto	2013	0.617	0.459	0.584
7	USF Alto do Eucalipto	2014	0.595	0.423	0.529
7	USF Córrego da Bica	2005	0.835	0.688	0.887
7	USF Córrego da Bica	2006	0.670	0.524	0.659
7	USF Córrego da Bica	2007	0.758	0.371	0.515
7	USF Córrego da Bica	2008	0.679	0.414	0.531
7	USF Córrego da Bica	2009	1.000	0.693	0.974
7	USF Córrego da Bica	2010	0.679	0.604	0.837
7	USF Córrego da Bica	2011	0.849	0.573	0.867
7	USF Córrego da Bica	2012	1.000	0.691	0.979
7	USF Córrego da Bica	2013	1.000	0.675	0.929
7	USF Córrego da Bica	2014	1.000	0.594	0.809
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	2005	0.869	0.421	0.746
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	2006	0.660	0.443	0.670
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	2007	0.543	0.349	0.598
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	2008	0.781	0.472	0.783
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	2009	1.000	0.748	1.000
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	2010	0.721	0.566	0.850
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	2011	0.673	0.429	0.646
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	2012	0.790	0.519	0.758
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	2013	0.634	0.517	0.737
7	USF Gilberto Freire/Bola na Rede	2014	0.976	0.644	0.914
7	USF Guabiraba	2005	0.714	0.507	0.684
7	USF Guabiraba	2006	0.626	0.415	0.518
7	USF Guabiraba	2007	1.000	0.813	1.000
7	USF Guabiraba	2008	0.924	0.624	0.871
7	USF Guabiraba	2009	0.757	0.442	0.720
7	USF Guabiraba	2010	0.590	0.466	0.699
7	USF Guabiraba	2011	0.690	0.324	0.559
7	USF Guabiraba	2012	0.697	0.426	0.566
7	USF Guabiraba	2013	0.878	0.569	1.000
7	USF Guabiraba	2014	0.946	0.570	0.967
7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	2005	0.716	0.514	0.734

7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	2006	0.810	0.556	0.790
7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	2007	0.736	0.418	0.529
7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	2008	0.569	0.303	0.418
7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	2009	0.600	0.386	0.522
7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	2010	0.406	0.355	0.510
7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	2011	0.593	0.305	0.419
7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	2012	0.914	0.661	0.933
7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	2013	0.617	0.353	0.494
7	USF Irmã Denise/Alto José do Pinho	2014	0.593	0.316	0.464
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	2005	0.779	0.412	0.709
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	2006	0.781	0.512	0.729
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	2007	0.944	0.659	0.904
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	2008	1.000	0.541	1.000
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	2009	0.984	0.464	0.746
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	2010	0.486	0.370	0.584
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	2011	0.691	0.467	0.740
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	2012	0.666	0.501	0.763
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	2013	0.625	0.460	0.672
7	USF José Bonifácio dos Santos/Morro da Conceição	2014	0.478	0.412	0.597
7	USF Macaxeira	2005	0.904	0.544	0.879
7	USF Macaxeira	2006	0.889	0.552	0.824
7	USF Macaxeira	2007	0.976	0.499	0.706
7	USF Macaxeira	2008	0.814	0.430	0.632
7	USF Macaxeira	2009	0.747	0.388	0.610
7	USF Macaxeira	2010	0.434	0.340	0.594
7	USF Macaxeira	2011	0.758	0.389	0.575
7	USF Macaxeira	2012	0.625	0.308	0.420
7	USF Macaxeira	2013	0.581	0.375	0.534
7	USF Macaxeira	2014	0.652	0.325	0.478
7	USF Mangabeira	2005	0.446	0.308	0.422
7	USF Mangabeira	2006	0.368	0.249	0.318
7	USF Mangabeira	2007	0.416	0.297	0.416
7	USF Mangabeira	2008	0.458	0.312	0.454
7	USF Mangabeira	2009	0.375	0.263	0.382
7	USF Mangabeira	2010	0.314	0.281	0.427
7	USF Mangabeira	2011	0.405	0.229	0.340
7	USF Mangabeira	2012	0.522	0.382	0.630
7	USF Mangabeira	2013	0.578	0.377	0.676
7	USF Mangabeira	2014	0.557	0.369	0.660
7	USF Passarinho Alto	2005	1.000	0.435	0.919
7	USF Passarinho Alto	2006	0.766	0.401	0.666
7	USF Passarinho Alto	2007	1.000	0.578	1.000
7	USF Passarinho Alto	2008	0.807	0.437	0.852
7	USF Passarinho Alto	2009	0.849	0.467	0.820
7	USF Passarinho Alto	2010	0.806	0.445	0.833

7	USF Passarinho Alto	2011	0.637	0.355	0.585
7	USF Passarinho Alto	2012	0.899	0.625	1.000
7	USF Passarinho Alto	2013	0.981	0.747	1.000
7	USF Passarinho Alto	2014	0.986	0.680	0.942
7	USF Passarinho Baixo	2005	1.000	0.759	1.000
7	USF Passarinho Baixo	2006	1.000	0.523	0.998
7	USF Passarinho Baixo	2007	0.783	0.315	0.513
7	USF Passarinho Baixo	2008	0.874	0.494	0.967
7	USF Passarinho Baixo	2009	0.865	0.410	0.812
7	USF Passarinho Baixo	2010	0.683	0.361	0.677
7	USF Passarinho Baixo	2011	0.744	0.464	0.819
7	USF Passarinho Baixo	2012	0.428	0.234	0.400
7	USF Passarinho Baixo	2013	0.372	0.263	0.480
7	USF Passarinho Baixo	2014	0.333	0.225	0.400
7	USF Santa Tereza	2005	0.698	0.445	0.649
7	USF Santa Tereza	2006	1.000	0.496	0.843
7	USF Santa Tereza	2007	1.000	0.496	0.801
7	USF Santa Tereza	2008	0.826	0.544	0.797
7	USF Santa Tereza	2009	0.885	0.513	0.729
7	USF Santa Tereza	2010	0.691	0.512	0.783
7	USF Santa Tereza	2011	0.865	0.561	0.974
7	USF Santa Tereza	2012	1.000	0.777	1.000
7	USF Santa Tereza	2013	0.984	0.711	1.000
7	USF Santa Tereza	2014	0.889	0.596	0.861
7	USF Sítio dos Macacos	2005	0.979	0.483	0.792
7	USF Sítio dos Macacos	2006	0.759	0.398	0.655
7	USF Sítio dos Macacos	2007	0.751	0.406	0.718
7	USF Sítio dos Macacos	2008	0.547	0.420	0.780
7	USF Sítio dos Macacos	2009	1.000	0.660	1.000
7	USF Sítio dos Macacos	2010	0.833	0.570	0.790
7	USF Sítio dos Macacos	2011	0.727	0.549	0.769
7	USF Sítio dos Macacos	2012	1.000	0.699	1.000
7	USF Sítio dos Macacos	2013	0.650	0.508	0.756
7	USF Sítio dos Macacos	2014	0.826	0.580	0.852
7	USF Vila da Boa Vista	2005	1.000	0.916	1.000
7	USF Vila da Boa Vista	2006	1.000	0.715	0.896
7	USF Vila da Boa Vista	2007	1.000	0.608	0.781
7	USF Vila da Boa Vista	2008	0.954	0.691	1.000
7	USF Vila da Boa Vista	2009	1.000	0.520	0.725
7	USF Vila da Boa Vista	2010	0.914	0.671	0.880
7	USF Vila da Boa Vista	2011	0.755	0.527	0.798
7	USF Vila da Boa Vista	2012	1.000	0.856	1.000
7	USF Vila da Boa Vista	2013	0.730	0.521	0.720
7	USF Vila da Boa Vista	2014	0.980	0.716	1.000
8	USF Alto da Bela Vista	2005	0.836	0.337	1.000

8	USF Alto da Bela Vista	2006	0.821	0.479	0.819
8	USF Alto da Bela Vista	2007	0.942	0.469	0.762
8	USF Alto da Bela Vista	2008	0.658	0.439	0.876
8	USF Alto da Bela Vista	2009	0.787	0.383	0.819
8	USF Alto da Bela Vista	2010	0.964	0.677	1.000
8	USF Alto da Bela Vista	2011	0.725	0.458	1.000
8	USF Alto da Bela Vista	2012	0.933	0.671	1.000
8	USF Alto da Bela Vista	2013	1.000	0.732	1.000
8	USF Alto da Bela Vista	2014	1.000	0.641	0.939
8	USF Jane Magalhães- UR2	2005	0.672	0.470	0.686
8	USF Jane Magalhães- UR2	2006	0.619	0.397	0.737
8	USF Jane Magalhães- UR2	2007	0.852	0.477	0.814
8	USF Jane Magalhães- UR2	2008	0.505	0.353	0.598
8	USF Jane Magalhães- UR2	2009	0.803	0.557	0.646
8	USF Jane Magalhães- UR2	2010	0.873	0.858	0.932
8	USF Jane Magalhães- UR2	2011	1.000	1.000	1.000
8	USF Jane Magalhães- UR2	2012	1.000	0.669	0.805
8	USF Jane Magalhães- UR2	2013	0.963	0.691	0.761
8	USF Jane Magalhães- UR2	2014	0.735	0.531	0.593
8	USF Jordão Alto	2005	0.854	0.568	0.877
8	USF Jordão Alto	2006	0.729	0.522	0.786
8	USF Jordão Alto	2007	0.789	0.496	0.695
8	USF Jordão Alto	2008	0.639	0.504	0.838
8	USF Jordão Alto	2009	0.973	0.691	0.879
8	USF Jordão Alto	2010	1.000	1.000	1.000
8	USF Jordão Alto	2011	0.803	0.577	0.726
8	USF Jordão Alto	2012	0.839	0.612	0.742
8	USF Jordão Alto	2013	0.833	0.603	0.736
8	USF Jordão Alto	2014	0.857	0.587	0.748
8	USF Jordão Baixo	2005	0.981	0.759	0.961
8	USF Jordão Baixo	2006	1.000	0.764	0.984
8	USF Jordão Baixo	2007	0.879	0.581	0.789
8	USF Jordão Baixo	2008	0.867	0.670	0.881
8	USF Jordão Baixo	2009	0.810	0.572	0.752
8	USF Jordão Baixo	2010	0.687	0.641	0.997
8	USF Jordão Baixo	2011	0.541	0.419	0.542
8	USF Jordão Baixo	2012	0.658	0.507	0.674
8	USF Jordão Baixo	2013	0.652	0.515	0.634
8	USF Jordão Baixo	2014	0.800	0.416	0.697
8	USF Josué de Castro	2005	0.697	0.489	0.710
8	USF Josué de Castro	2006	0.989	0.594	0.736
8	USF Josué de Castro	2007	0.917	0.589	0.729
8	USF Josué de Castro	2008	0.410	0.334	0.594
8	USF Josué de Castro	2009	0.996	0.544	0.915
8	USF Josué de Castro	2010	0.736	0.700	1.000

8	USF Josué de Castro	2011	0.682	0.445	0.680
8	USF Josué de Castro	2012	1.000	0.792	0.978
8	USF Josué de Castro	2013	0.933	0.838	1.000
8	USF Josué de Castro	2014	0.942	0.681	0.856
8	USF Lagoa Encantada	2005	0.699	0.525	0.748
8	USF Lagoa Encantada	2006	0.690	0.407	0.944
8	USF Lagoa Encantada	2007	0.665	0.411	0.601
8	USF Lagoa Encantada	2008	0.566	0.448	0.575
8	USF Lagoa Encantada	2009	0.595	0.463	0.566
8	USF Lagoa Encantada	2010	0.643	0.605	0.862
8	USF Lagoa Encantada	2011	0.601	0.393	0.546
8	USF Lagoa Encantada	2012	0.644	0.474	0.624
8	USF Lagoa Encantada	2013	0.596	0.496	0.615
8	USF Lagoa Encantada	2014	0.686	0.444	0.611
8	USF Monte Verde	2005	0.727	0.542	0.687
8	USF Monte Verde	2006	0.839	0.519	0.738
8	USF Monte Verde	2007	0.687	0.454	0.600
8	USF Monte Verde	2008	0.633	0.456	0.535
8	USF Monte Verde	2009	1.000	0.771	0.982
8	USF Monte Verde	2010	0.746	0.724	1.000
8	USF Monte Verde	2011	0.685	0.498	0.707
8	USF Monte Verde	2012	0.809	0.553	0.704
8	USF Monte Verde	2013	1.000	0.786	1.000
8	USF Monte Verde	2014	0.510	0.362	0.464
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	2005	0.826	0.521	0.742
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	2006	0.827	0.500	0.716
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	2007	1.000	0.564	1.000
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	2008	0.854	0.563	0.896
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	2009	1.000	0.717	0.860
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	2010	0.622	0.605	0.693
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	2011	0.827	0.616	0.623
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	2012	0.963	0.767	0.798
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	2013	0.662	0.464	0.577
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	2014	0.594	0.461	0.555
8	USF Rio da Prata	2005	0.293	0.167	0.285
8	USF Rio da Prata	2006	0.808	0.601	0.844
8	USF Rio da Prata	2007	1.000	0.630	0.827
8	USF Rio da Prata	2008	0.905	0.605	0.835
8	USF Rio da Prata	2009	0.823	0.558	0.757
8	USF Rio da Prata	2010	0.507	0.501	0.681
8	USF Rio da Prata	2011	0.479	0.208	0.416
8	USF Rio da Prata	2012	0.685	0.491	0.686
8	USF Rio da Prata	2013	0.698	0.515	0.695
8	USF Rio da Prata	2014	0.681	0.465	0.654
8	USF Três Carneiros	2005	0.987	0.653	1.000

8	USF Três Carneiros	2006	0.808	0.617	0.930
8	USF Três Carneiros	2007	0.811	0.465	0.707
8	USF Três Carneiros	2008	0.541	0.409	0.495
8	USF Três Carneiros	2009	0.529	0.384	0.459
8	USF Três Carneiros	2010	0.807	0.676	0.952
8	USF Três Carneiros	2011	0.751	0.507	0.617
8	USF Três Carneiros	2012	0.959	0.744	0.854
8	USF Três Carneiros	2013	0.975	0.743	0.822
8	USF Três Carneiros	2014	0.983	0.871	0.966
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	2005	0.667	0.558	0.710
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	2006	0.861	0.692	0.934
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	2007	0.904	0.620	0.820
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	2008	0.723	0.499	0.804
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	2009	0.829	0.597	0.729
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	2010	0.764	0.684	0.939
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	2011	0.888	0.638	0.804
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	2012	0.958	0.770	0.908
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	2013	1.000	0.815	0.852
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	2014	0.804	0.737	0.769
8	USF UR-10	2005	1.000	1.000	1.000
8	USF UR-10	2006	0.886	0.588	0.800
8	USF UR-10	2007	1.000	0.754	0.923
8	USF UR-10	2008	0.819	0.592	0.785
8	USF UR-10	2009	0.798	0.497	0.746
8	USF UR-10	2010	0.936	0.858	1.000
8	USF UR-10	2011	0.742	0.530	0.694
8	USF UR-10	2012	0.748	0.497	0.620
8	USF UR-10	2013	0.817	0.624	0.769
8	USF UR-10	2014	0.857	0.593	0.736
8	USF UR-12/5	2005	1.000	1.000	1.000
8	USF UR-12/5	2006	1.000	0.766	0.785
8	USF UR-12/5	2007	0.809	0.560	0.649
8	USF UR-12/5	2008	0.437	0.318	0.341
8	USF UR-12/5	2009	0.832	0.578	0.590
8	USF UR-12/5	2010	0.621	0.476	0.573
8	USF UR-12/5	2011	1.000	0.891	1.000
8	USF UR-12/5	2012	0.953	0.722	0.774
8	USF UR-12/5	2013	0.958	0.717	0.724
8	USF UR-12/5	2014	1.000	1.000	1.000
8	USF UR-4/5	2005	0.776	0.636	0.862
8	USF UR-4/5	2006	0.797	0.626	0.897
8	USF UR-4/5	2007	0.724	0.480	0.655
8	USF UR-4/5	2008	0.427	0.342	0.623
8	USF UR-4/5	2009	0.809	0.566	0.709
8	USF UR-4/5	2010	0.586	0.546	0.879

8	USF UR-4/5	2011	0.604	0.436	0.618
8	USF UR-4/5	2012	0.748	0.483	0.668
8	USF UR-4/5	2013	0.541	0.437	0.598
8	USF UR-4/5	2014	0.610	0.441	0.588
8	USF Vila das Aeromoças	2005	0.715	0.491	0.736
8	USF Vila das Aeromoças	2006	0.794	0.498	0.702
8	USF Vila das Aeromoças	2007	0.742	0.475	0.630
8	USF Vila das Aeromoças	2008	0.526	0.392	0.576
8	USF Vila das Aeromoças	2009	1.000	0.576	1.000
8	USF Vila das Aeromoças	2010	0.681	0.665	0.807
8	USF Vila das Aeromoças	2011	0.652	0.533	0.607
8	USF Vila das Aeromoças	2012	1.000	0.914	1.000
8	USF Vila das Aeromoças	2013	0.860	0.708	0.759
8	USF Vila das Aeromoças	2014	0.773	0.541	0.659
8	USF Vila dos Milagres	2005	0.999	0.697	0.813
8	USF Vila dos Milagres	2006	1.000	0.720	0.800
8	USF Vila dos Milagres	2007	0.913	0.532	0.785
8	USF Vila dos Milagres	2008	1.000	0.698	0.809
8	USF Vila dos Milagres	2009	0.871	0.567	0.611
8	USF Vila dos Milagres	2010	0.884	0.650	0.755
8	USF Vila dos Milagres	2011	0.593	0.351	0.455
8	USF Vila dos Milagres	2012	0.625	0.450	0.475
8	USF Vila dos Milagres	2013	0.804	0.588	0.631
8	USF Vila dos Milagres	2014	0.601	0.490	0.653

Fonte: Elaboração própria, 2016.

ANEXO B AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS**AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS**

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Cláudia Soares Magalhães Ribeiro Freitas, o acesso aos dados de produção das Equipes de Saúde da Família e sobre o acolhimento do período de 2005 a 2014, da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e avaliações municipais sobre o acolhimento, para serem utilizados na pesquisa: Avaliação da eficiência do Acolhimento nas unidades de Saúde da Família do município de Recife, por meio da análise envoltória de dados - DEA, que está sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Ana Beatriz Vasconcelos
Gerente da Atenção Básica
Matrícula 982206

Ana Beatriz Vasconcelos

Ana Beatriz Vasconcelos Lima Araújo
Gerente da Gerencia de Atenção Básica
Mat:



ANEXO C CARTA DE ANUÊNCIA

PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Cláudia Soares Magalhães Ribeiro Freitas**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa na Gerência de Atenção Básica, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Avaliação da eficiência do Acolhimento nas unidades de Saúde da Família do município de Recife, por meio da análise envoltória de dados - DEA**", sendo orientada por Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

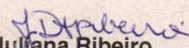
- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 09 de setembro de 2016.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTESES/SAU/PCR
Matrícula nº 99.986-8

ANEXO D QUADROS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM ALTA EFICIÊNCIAS TÉCNICA RELATIVA EM 2011 E 2012.

Quadro 2: Unidades de Saúde da Família com alta eficiência técnica relativa em 2011, por Distrito Sanitário e tipo de eficiência.

DS	USF	Theta anual
1	USF Coque	1
1	USF Pilar	1
2	USF Alto do Capitão	0,962
2	USF Alto do Maracanã	1
2	USF Alto do Pascoal	1
2	USF Bianor Teodósio	0,961
2	USF Irmã Terezinha	0,991
3	USF Apipucos/São João	1
3	USF Poço da Panela	1
3	USF Sítio São Braz	1
3	USF Sítio dos Pintos	1
4	USF Brasilit	0,954
4	USF Campo do Banco	1
4	USF Caranguejo	1
4	USF Engenho do Meio	1
4	USF Roda de Fogo Macae	1
4	USF Rosa Selvagem	1
4	USF Vila União	1
5	USF Chico Mendes	1
5	USF Geraldo Barreto Campelo	1
5	USF Iraque	1
5	USF Mustardinha	1
5	USF Planeta dos Macacos I	1
6	USF Brasília/Van Lee	1
6	USF Cafesópolis	0,987
6	USF Ilha de Deus	1
6	USF Sítio Grande	0,959
8	USF Jane Magalhães- UR2	1
8	USF UR-12/5	1
DS	USF	Theta global
2	USF Alto do Maracanã	1
3	USF Sítio São Braz	1
5	USF Mustardinha	0,959
6	USF Brasília/Van Lee	0,968
8	USF Jane Magalhães- UR2	1

DS	USF	Theta DS
1	USF Coelhos II	0,993
1	USF Coque	1
1	USF Pilar	1
1	USF Santo Amaro I	1
2	USF Alto do Maracanã	1
2	USF Alto do Pascoal	0,979
3	USF Apipucos/São João	1
3	USF Sítio São Braz	1
4	USF Caranguejo	0,962
4	USF Rosa Selvagem	1
5	USF Chico Mendes	1
5	USF Geraldo Barreto Campelo	1
5	USF Iraque	1
5	USF Mangueira I	1
5	USF Mustardinha	1
5	USF Planeta dos Macacos I	1
6	USF Brasília/Van Lee	1
6	USF Cafesópolis	0,966
6	USF Sítio Grande	1
7	USF Santa Tereza	0,974
8	USF Alto da Bela Vista	1
8	USF Jane Magalhães- UR2	1
8	USF UR-12/5	1

Quadro 3: Unidades de Saúde da Família com alta eficiência técnica relativa em 2012, por Distrito Sanitário e tipo de eficiência.

DS	USF	Theta anual
1	USF Coelhos II	1
1	USF Coque	1
1	USF Ilha Santa Terezinha	1
1	USF Santo Amaro I	1
2	USF Alto do Capitão	1
2	USF Alto do Maracanã	0,967
2	USF Alto do Pascoal	1
2	USF Clube dos Delegados	1
2	USF Ilha de Joaneiro	1
2	USF Irmã Terezinha	1
2	USF Prof. Antonio Francisco Areias	0,982
3	USF Apipucos/São João	1
3	USF Córrego da Fortuna	1

3	USF Poço da Panela	1
3	USF Sítio dos Pintos	1
4	USF Campo do Banco	1
4	USF Engenho do Meio	1
4	USF Roda de Fogo Macae	0,961
4	USF Roda de Fogo Sinos	1
4	USF Rosa Selvagem	1
4	USF Skaylab	0,979
4	USF Vila União	1
5	USF Chico Mendes	0,972
6	USF Brasília/Van Lee	1
6	USF Ilha de Deus	0,977
6	USF Sítio Grande	1
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	1
7	USF Córrego da Bica	1
7	USF Santa Tereza	1
7	USF Sítio dos Macacos	1
7	USF Vila da Boa Vista	1
8	USF Jane Magalhães- UR2	1
8	USF Josué de Castro	1
8	USF Prof. Fernando Figueira Pantanal	0,963
8	USF Três Carneiros	0,959
8	USF Três Carneiros/Zumbi do Pacheco	0,958
8	USF UR-12/5	0,953
8	USF Vila das Aeromoças	1
DS	USF	Theta global
3	USF Sítio dos Pintos	0,953
4	USF Roda de Fogo Sinos	1
DS	USF	Theta DS
1	USF Coelhos I	1
1	USF Coelhos II	1
1	USF Coque	1
1	USF Pilar	1
1	USF Santo Amaro I	1
2	USF Clube dos Delegados	1
3	USF Córrego da Fortuna	1
3	USF Sítio dos Pintos	1
4	USF Engenho do Meio	0,954
4	USF Roda de Fogo Sinos	1
4	USF Rosa Selvagem	0,97
5	USF Chico Mendes	0,993
6	USF Sítio Grande	0,968
7	USF Alto José Bonifácio/Córrego do Euclides	1

7	USF Córrego da Bica	0,979
7	USF Passarinho Alto	1
7	USF Santa Tereza	1
7	USF Sítio dos Macacos	1
7	USF Vila da Boa Vista	1
8	USF Alto da Bela Vista	1
8	USF Josué de Castro	0,978
8	USF Vila das Aeromoças	1