

# Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família.

Maria José Bistafa Pereira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

Silvana Martins Mishima – EERP-USP

Maria do Carmo Caccia Bava – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

José Sebastião dos Santos – FMRP-USP

Silvia Matumoto – EERP-USP

Cinira Magali Fortuna – EERP-USP

Claudia Benedita dos Santos – EERP-USP

**RESUMO.** O estudo objetivou comparar o desempenho dos quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) e naquelas que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família (ESF) em um grande centro urbano no Brasil. Os atributos foram comparados a partir da percepção 770 usuários um distrito de saúde, no ano de 2007. As análises foram realizadas por meio dos testes t de “Student”. As Unidades da ESF tiveram, na avaliação dos entrevistados, melhores características organizacionais e de desempenho em 03 dos 04 atributos avaliados.

**Palavras Chave:** 1. Atenção Primária de Saúde 2. Avaliação de Serviços 3. Saúde da Família. Sistema Único de Saúde

## RESUMEN

Este estudio objetivó comparar el desempeño de cuatro atributos esenciales de la Atención Primaria de Salud en Unidades Básicas de Salud Tradicionales (UBS) y aquellas que desarrollan la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en un gran centro urbano en Brasil. Atributos fueron comparados a partir de la percepción de 770 usuarios del distrito de salud en el año 2007. Análisis se realizaron mediante testes t de "Student". Las Unidades de ESF, de acuerdo con entrevistados, presentaron características organizacionales y mejor desempeño en 03 de los 04 atributos evaluados.

**Palabras clave:** 1. Atención Primaria de Salud. 2. Evaluación de los servicios 3. Salud de la Familia. 4. Sistema Único de Salud

Autor Principal

Maria José Bistafa Pereira - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP-USP)

Dirección: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP

Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus da USP

Ribeirão Preto – São Paulo – Brasil

CEP: 14.040-902

Teléfono: +55-16-36023951 - +5516-36023391

FAX: +55-16-3602-0518

Email: [zezebis@eerp.usp.br](mailto:zezebis@eerp.usp.br); [zezebis@gmail.com](mailto:zezebis@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é resultado do movimento da reforma sanitária gestado nos anos de 1970, ocorrido no contexto da luta pela redemocratização deste país. A saúde foi institucionalizada como direito do cidadão e dever do Estado. Para sua implantação foram engendrados diferentes desenhos organizativos visando à conformação de um sistema de saúde que ofertasse serviços de atenção primária como a porta de entrada para o sistema, operando com os princípios doutrinários da universalidade, integralidade, equidade e participação social, e com os princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização e resolubilidade<sup>1;2</sup>. Esta reforma composta por um conjunto de intervenções de ordem administrativa, financeira, organizativa, legislativa, nas últimas décadas define a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da organização e das práticas de atenção em saúde no SUS (Ministério da Saúde, 2006).

A APS no SUS tem dentre outros, o atributo de organizar o cuidado no primeiro nível de atendimento prestado. Nesse processo de organização a estrutura física para prestar o atendimento aos usuários recebeu diferentes denominações, como centro de saúde, posto de saúde, e mais recentemente unidade básica de saúde. A atenção se processa mediante o primeiro-contato, a garantia de acesso, o cuidado para um amplo espectro de necessidades de saúde, a continuidade desta atenção com o estabelecimento de vínculo.<sup>3;4</sup>

A APS é oferecida basicamente em dois cenários: Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) com ou sem agentes comunitários de saúde, e as Unidades com Estratégia da Saúde da Família (ESF). Ambas são estruturas fixas localizadas próximas à moradia do cidadão, em áreas geograficamente delimitadas. Embora as UBS sendo referência para uma população adstrita de 15 a 20 mil habitantes não é igualmente tão próxima, quanto as unidades da ESF, que cobrem contingentes populacionais menores. A UBS disponibiliza atendimento nas especialidades básicas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ações de enfermagem, de odontologia. O atendimento é para consultas agendadas (condições crônicas) como pronto-atendimento (condições agudas), também há procedimentos cirúrgicos simples, ações de imunização e vigilância epidemiológica. O processo de trabalho caracterizou-se pelo predomínio de intervenções voltadas para condições agudas de caráter individual, pautado por terapêutica medicamentosa, não favorecendo a construção de vínculos e a co-responsabilidade nos compromissos estabelecidos.

No que diz respeito à ESF, em 1994 o Ministério da Saúde iniciou sua implantação por meio do Programa de Saúde da Família - PSF<sup>5</sup> renomeado como Estratégia da Saúde da Família (ESF)<sup>4</sup>. Buscando superar as limitações iniciais de um programa focal<sup>6</sup>, a ESF vem assumindo o processo de reorganização da atenção à saúde no país, tendo como pressupostos: o reconhecimento da determinação social no processo saúde-doença e da saúde como um direito de cidadania; a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; a prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita, a busca da satisfação do usuário por meio do estreito relacionamento entre equipe de saúde e a comunidade; o estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social e o estabelecimento de parcerias, buscando desenvolver ações intersetoriais. A equipe é responsável por atuar em ações de promoção da saúde, de prevenção e de tratamento e reabilitação a agravos. A indissociabilidade entre gestão e atenção é fundamental no desenvolvimento dessas ações<sup>5</sup>.

Na ESF a equipe mínima é composta por um médico generalista, uma enfermeira, um a dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista e uma auxiliar de consultório dentário, para atender a uma população adstrita de 600 a 1.000 famílias, estimando no máximo 4.000 pessoas por equipe<sup>4</sup>.

Os atributos essenciais da APS: acesso, vínculo, elenco de serviços, coordenação ou integração dos serviços<sup>3</sup> apresentam convergência tanto na dimensão ética quanto nas operacionais com os princípios do SUS. É inegável a significativa expansão da ESF em âmbito nacional como reorganizadora da APS. No ano de 2007 contava com 27324 equipes distribuídas em 5.125 municípios, representando uma cobertura populacional de 46,6% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas<sup>7</sup>.

A avaliação dos sistemas de saúde que elegem a APS como seu eixo estruturador não pode se reduzir aos resultados mais imediatos e pontuais requerendo assim investir em instrumentos que permitam resgatar a avaliação dos seus elementos estruturantes. Estudos realizados sobre avaliação na APS, no Brasil, revelam escassez das pesquisas voltadas para avaliação de serviços de APS como um todo e também incluindo as dimensões organizacionais e de desempenho dos mesmos.<sup>8;9;10;11;12</sup>

Essa ausência poderia ser explicada em parte pela escassez de ferramentas válidas<sup>13</sup>, e na perspectiva, de contribuir para diminuir essa deficiência realizaram estudo metodológico específico de avaliação nesta área, com instrumentos validados anteriormente em diferentes países incluindo o Brasil. Estudiosos brasileiros recorreram a esse instrumento para procederem à avaliação na APS<sup>11; 12</sup>.

Com 20 anos de criação do SUS e 15 anos de implantação da ESF, perguntamos: Seria a ESF uma alternativa às práticas convencionais?

## OBJETIVO

Comparar o desempenho dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, a partir da percepção dos usuários atendidos nas UBSs e nas ESFs de um município brasileiro de grande porte.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento transversal e abordagem quantitativa, desenvolvido no período de novembro a dezembro de 2007. A cidade de Ribeirão Preto, local do estudo, tem 605.114 mil habitantes<sup>14</sup> está localizada no nordeste do Estado de São Paulo, possui cinco distritos sanitários e uma rede básica com 46 estabelecimentos; **28 UBS**, 20 delas com Agentes Comunitários de Saúde (EACS), **13 Unidades de Saúde da Família** com 21 equipes da ESF e **05 Unidades Básicas e Distritais de Saúde UBDS**<sup>15</sup>. O Distrito Oeste de Saúde, cenário desta investigação contava com 145 mil habitantes e com rede básica de saúde constituída por 18 unidades, distribuídas da seguinte forma: 01 prédio para a Unidade Básica Distrital de Saúde, 8 prédios de Unidade Básica de Saúde, onde 6 possuem ACS e 9 para Unidades da Saúde da Família, com 13 ESF. As UBS incluídas no estudo funcionavam há mais de 17 anos e as quatro USF avaliadas funcionavam há mais de seis anos<sup>15</sup>.

Os sujeitos do estudo foram usuários adultos e acompanhantes de crianças ou incapacitados de responder ao questionário aplicado, com atendimento prévio na respectiva unidade de saúde de referência há pelo menos um ano. Caso o mesmo usuário tivesse sido atendido em diversos serviços de APS, definiu-se pelo local do último atendimento. A amostra foi obtida por conglomerados com o objetivo de selecionar, aleatoriamente, o mesmo número de usuários em cada unidade considerada, conforme método já descrito<sup>9</sup>. O tamanho da amostra foi inicialmente estimado utilizando-se a fórmula para amostra “simples” e

resultados de estudo-piloto, considerando-se diferenças nos escores médios resultantes da aplicação do instrumento entre ESF e UBS e seus respectivos desvios-padrão. Após, foi utilizada a correção intraclasse, devido à possibilidade de existir maior semelhança entre os usuários selecionados dentro de cada unidade (conglomerados) do que entre usuários de unidades distintas. Considerando-se fatores operacionais envolvidos na coleta (com aproximadamente um máximo de 1.000 entrevistas possíveis de serem viabilizadas), valor de correlação intraclasse igual a 0,340 e perdas de resposta na ordem de 20%, concluiu-se o processo com 770 usuários entrevistados, sendo 55 por unidade.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram utilizados instrumentos do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), inicialmente elaborados e validados por pesquisadores da Universidade de Johns Hopkins, com o objetivo de avaliar aspectos críticos da atenção primária em países industrializados adaptados e validados pela Organização Pan-Americana de Saúde e o Ministério da Saúde<sup>9</sup>.

No momento da entrevista foi apresentado ao entrevistado um cartão de resposta, sendo as opções, em escala Likert, assim distribuídas: nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5. As opções “recusa a responder” e “não sabe” também foram incluídas e codificadas. Após codificação de cada uma das variáveis em um dicionário de dados (*Codebook*), as respostas foram armazenadas em um banco de dados que foi importado para o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) na versão 15.0 for Windows, para análise exploratória e inferencial. O nível de significância considerado foi de 0,05.

As respostas de cada usuário foram somadas e os valores médios de todas as perguntas para cada atributo do instrumento (**Acesso**, com 11 itens; **Vínculo**, com 10 itens; **Elenco de Serviços**, com 22 itens; **Coordenação de Serviços**, com 17 itens para usuários e 19 itens para acompanhantes. e também para o total (**Índice Composto**) foram calculados para cada pessoa entrevistada.

Foi estabelecido um número mínimo de itens respondidos igual a 80%, para que o Índice Composto relativo ao atributo fosse calculado<sup>16</sup>. O Índice Composto Total foi calculado somente para o entrevistado que obteve pelo menos seis dos Índices Compostos relativos a cada um dos atributos processados. A padronização dos escores (entre 0 e 100%) foi realizada utilizando-se a fórmula:

$$\left[ \frac{(\text{valor obtido} - \text{valor mínimo possível})}{(\text{valor máximo possível} - \text{valor mínimo possível})} \right] * 100$$

Uma sintaxe para o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) foi desenvolvida para o cálculo dos escores acima mencionados.

Para verificação da consistência interna dos itens do instrumento, a estatística alfa de Cronbach foi obtida para cada um dos atributos e para o instrumento total. Valores para alfa maiores ou iguais a 0,70 foram considerados satisfatórios<sup>17</sup>. Para a comparação dos escores das quatro dimensões essenciais da atenção básica, assim como do Índice Composto Total, entre as UBS e as USF, foi realizado o teste t de “Student”.

Para proceder à análise de cada uma das unidades que compõem a rede de APS deste estudo, recorreu-se à divisão de quartis, obtidos entre os ICTs das 14 unidades consideradas, e estabeleceu-se uma classificação onde os valores do ICT de cada atributo tiveram correspondência com os quartis 1, 2, 3 (Q1 = 4,35; Q2 = 4,75; Q3 = 5,10). O valor mediano foi utilizado, visto que a média aritmética pode ser influenciada por valores extremos na distribuição, o que poderia ocultar a real posição da unidade frente à medida de tendência central escolhida como critério. No Quadro 1 abaixo, apresentamos esquematicamente essa classificação estabelecida.

Limites para classificação das características organizacionais e de desempenho	Desempenho do atributo
$\leq Q1$	Muito ruim
$Q1 \text{ - } Q2$	Ruim
$Q2 \text{ - } Q3$	Bom
$> Q3$	Muito bom

**Quadro1**-Limites para a classificação das características organizacionais e de desempenho dos atributos, segundo os valores dos Índices Compostos Totais da ABS distribuídos nos respectivos quartis.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ofício CEP – EERP/USP 192/2007.

## RESULTADOS

Na Tabela 1, os valores médios dos escores referentes aos quatro atributos das ESFs e UBSs revelam, à exceção da coordenação da atenção, que há diferença significativa entre eles, com desempenho mais favorável às ESF. Os resultados em relação ao ICT também indicam que os usuários das unidades da ESF atribuem melhores características organizacionais e de desempenho (média = 4,93;  $E_p = 0,03$ ), comparando com a UBS (média = 4,57;  $E_p = 0,02$ );  $p < 0,01$ .

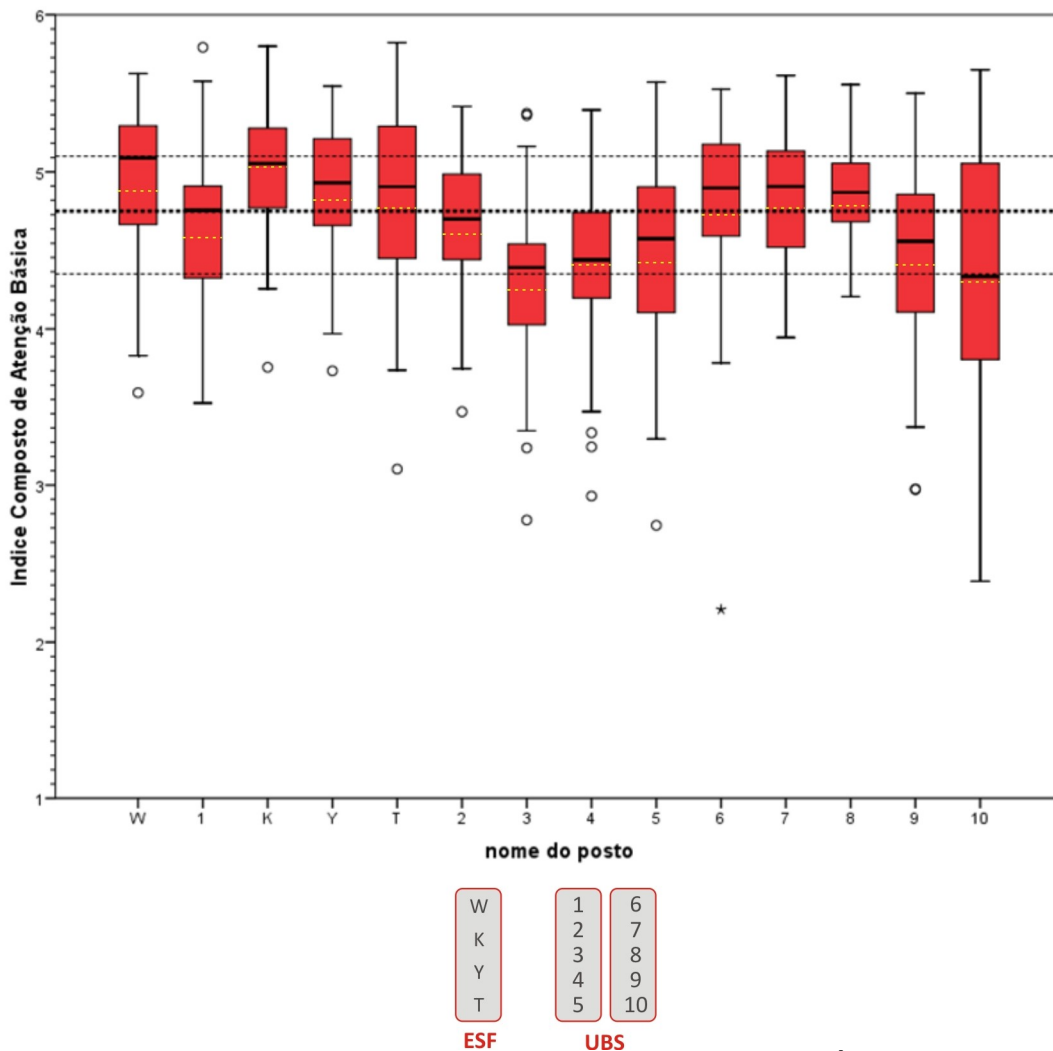
**Tabela 1** Valores médios e respectivos erros-padrão e valor da significância estatística para cada um dos atributos que compõem a escala. Ribeirão Preto, 2007

Atributo	ESF (n = 220)		UBS (n = 550)		Teste
	Média	$E_p$	Média	$E_p$	P
Acesso	4,06	0,05	3,66	0,03	0,000*
Vínculo	5,29	0,04	4,65	0,04	0,000*
Elenco de Serviços	5,48	0,09	4,86	0,10	0,000*
Coordenação	4,65	0,06	4,71	0,05	0,442

(\*) Diferença estatisticamente significativa ( $0,01 < p < 0,05$ ).

(\*\*) Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ )

O gráfico 2 apresenta a síntese dos resultados obtidos para as 14 unidades estudadas e possibilita estabelecer a comparação entre elas, considerando ter sido evidenciada variação entre seus escores referentes ao Índice Composto Total. Recorremos à análise por *outliers*, para a identificação de valores discrepantes dos demais da distribuição. Nesta pesquisa, definimos os valores *outliers* superior e inferior, respectivamente, os valores do Quartil 1 (25%), que apresentou o escore de 4,35, e o do Quartil 3 (75%), com escore de 5,10 quando considerado o conjunto dos valores obtidos para as 14 Unidades de Saúde.



- Linhas tracejadas amarelas indicam valores médios dos Índices Compostos Totais da APS.

**Gráfico 2** Box Plot dos Índices Compostos Totais para cada uma das Unidades que compõe e Rede de APS do Distrito oeste de Saúde. Ribeirão Preto 2007

No gráfico 2, esses valores estão representados pelas linhas horizontais contínuas. Analisando a distribuição dos escores para cada uma das unidades desta pesquisa a partir do intervalo de valores 4,43 (25%) e 4,87 (75%), é possível identificar que as Unidades W, K, Y e T, todas (100%) da ESF, apresentam escores médios para os índices compostos totais acima do quartil 2, sendo que uma a W (25%), tem valor muito próximo ao valor limite do Q<sub>3</sub>. Entre as UBS que apresentaram valores de escores médios abaixo do quartil 2, 6 (70%) delas são as UBS 1, 2, 3, 4, 5, 9 e 10, sendo a UBS-1 com valor muito próximo ao limite do Q<sub>2</sub> e entre estas UBS abaixo do Q<sub>2</sub>, 3 (30%) registraram os valores mais baixos e foram as unidades 3, 4 e 10.

Na tabela - 2 encontram-se as características organizacionais e de desempenho, segundo os oito atributos, para cada uma das unidades e mediante critério de classificação por quartis. A identificação das Unidades UBS foi feita por números ordinais na seqüência de 1 a 10 e para as quatro Unidades da ESF foram utilizadas as letras W, K, Y e T.

**Tabela 2:** Resultados das avaliações, em percentuais, realizadas pelos usuários, acerca das características organizacionais e de desempenho, segundo os quatro atributos para as USF e UBS, seguindo critério de classificação por quartis. Ribeirão Preto. 2007

ATRIBUTO	CLASSIFICAÇÃO											
	MUITO RUIM			RUIM			BOM			MUITO BOM		
	ESF (%)	UBS (%)	Amb as (%)	ESF (%)	UBS (%)	Amb as (%)	ESF (%)	UBS (%)	Amb as (%)	ESF (%)	UBS (%)	Amb as (%)
<b>ACESSO</b>	100	90,0	92,9	0,0	10,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>VÍNCULO</b>	0,0	10,0	7,1	0,0	50,0	35,7	0,0	30,0	21,4	100	10,0	35,7
<b>ELENCO DE SERVIÇOS*</b>	0,0	22,2	15,4	0,0	11,1	7,7	0,0	22,2	15,4	100	44,4	61,5
<b>COORDENAÇÃO DE SERVIÇOS</b>	0,0	30,0	21,4	75,0	20,0	35,7	25,0	20,0	21,4	0,0	30,0	21,4

\* O atributo elenco de serviços na Unidade 12 não obteve número suficiente de respostas para cálculo do valor do índice composto e, portanto, não teve seu desempenho classificado.

Os resultados apresentados na Tabela 2 indicam que os usuários consideram, nas UBS, o atributo acesso, 90% muito ruim, 10% ruim e vínculo 10% muito ruim, 50% ruim, comprometendo negativamente as características organizacionais e de desempenho. Para os usuários das ESF o acesso foi considerado 100% como muito ruim. Por outro lado, o atributo vínculo apresentou escore melhor que os da UBS, registrando resultado de 100% de muito bom, enquanto que nas UBS os escores do atributo vínculo ficaram assim distribuídos: 10% muito ruim, 50% ruim, 30% bom e 10% muito bom, respectivamente. Em relação ao atributo elenco de serviços as unidades ESF obtiveram 100% de classificação como muito bom enquanto que as UBS apresentaram 22,2% de resultado como muito ruim, 11% ruim, 22% bom e 44% considerados muito bom. A coordenação da atenção para as unidades UBS a classificação se deu em 30% como muito ruim, 20% ruim, 20% bom e 30% como muito bom. As ESF não obtiveram resultado muito bom, sendo 25% classificado bom enquanto que 75% ruim e nenhuma indicação como muito ruim.

## DISCUSSÃO.

Pelos resultados encontrados é possível afirmar que a rede da ABS no Distrito estudado tem o acesso, tanto na ESF como na UBS tradicional, como um dos pontos de estrangulamento do sistema, ficando esta característica organizacional prejudicada nestes serviços de APS além de poder prejudicar o manejo do problema/ necessidade dos usuários, conseqüentemente, compromete o desempenho do serviço<sup>3</sup>. Em estudo<sup>18</sup> realizado com objetivo de identificar fatores preditores de satisfação dos usuários e a experiência com o acesso aos serviços de cuidados primários, na Inglaterra, com método distinto da proposta do estudo citado anteriormente<sup>13</sup> obtiveram resultados indicando baixa satisfação, por determinados grupos de usuários, em relação ao acesso a esses serviços, destacando que em todos os grupos estudados o horário de funcionamento dos serviços de APS são responsáveis pelos baixos níveis de satisfação. Este limite também se apresenta em relação ao acesso, no presente estudo.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) entidade que tem o compromisso de produzir subsídios para processos decisórios das políticas e programas governamentais e cooperar com entidades internacionais, em diversos campos de atuação, em pesquisa realizada no ano de 2010, no Brasil, entre diversas áreas, na saúde também encontrou dificuldades para garantir o acesso oportuno e de qualidade para toda população, apesar dos diversos avanços conquistados, a partir da implantação do SUS<sup>19</sup>.

Em relação ao conjunto das Unidades que compõem esse Distrito de Saúde vale ressaltar que os atributos vínculo e elenco de serviço obtiveram melhor escore na ESF, sinalizando que a ESF oferece uma diversidade de serviços bem como consegue estabelecer vínculo com os usuários, indicando a incorporação de dois atributos essenciais da APS com diferença estatisticamente significativa em relação às UBS tradicionais sinalizando a potencialidade para a mudança de prática e de credibilidade pelos usuários na atenção prestada.

No estudo realizado na cidade brasileira de Petrópolis<sup>9</sup> apesar de não ter ocorrido diferença estatisticamente significativa para o atributo vínculo, os resultados também revelaram valores mais altos nas unidades da ESF, na cidade de Petrópolis- RJ – Brasil.

O mesmo resultado foi encontrado para o atributo vínculo, no município de Amparo- SP, cidade do interior do estado de São Paulo - Brasil<sup>12</sup>.

A Coordenação da Atenção foi o único atributo que não obteve diferença estatisticamente, no município de Ribeirão Preto, entre os dois tipos de unidades estudadas. Esse resultado também foi revelado na investigação processada no município de Petrópolis-RJ- Brasil<sup>9</sup>. Uma possível justificativa para o resultado deste atributo é que a Coordenação da Atenção está estreitamente relacionada à possibilidade de ocorrer fragilidade no fluxo e na qualidade da informação que se dá dentro das diferentes equipes de trabalho presentes nos diversos serviços de saúde por onde passam o usuário. Ainda este resultado pode estar relacionado com a restrita capacidade de articulação entre os trabalhadores da própria equipe e de processar o trabalho em equipe, fatores que nem sempre são passíveis de observação pelo usuário, mas que revelam a fragmentação e desarticulação dos trabalhadores e dos serviços de saúde.

As Unidades da ESF tiveram, na avaliação dos entrevistados, melhores características organizacionais e de desempenho em 03 dos 04 atributos avaliados. O único atributo sem diferença estatisticamente significativa entre as unidades da ESF e UBS foi Coordenação da Atenção. Mesmo tendo muito a ser transformado para o fortalecimento da ABS, a ESF mostrou ter potência para se atingir desempenhos mais condizentes com os atributos da ABS.



O IPEA entre os serviços prestados pelo SUS identificou, no Brasil, que o atendimento prestado pela ESF foi o serviço mais bem avaliado, onde 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é ruim ou muito ruim<sup>21</sup>.

A identificação de variações, encontradas na análise por *outliers* pode ser uma primeira aproximação para medir e avaliar a qualidade dos serviços, além de identificar práticas consideradas com melhores desempenhos e, assim, possibilitar às outras unidades a oportunidade de recorrerem às experiências melhor sucedidas. Esses métodos possibilitam ainda mapear áreas nas quais o desempenho esteja “ruim” e identificar problemas que possam ir sendo resolvidos<sup>13</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo compara diferentes tipos de unidades de prestação da APS: as UBS e ESF, portadoras de diferentes arranjos moldados por um contexto sócio-histórico concreto, em um determinado espaço de tempo, sem a pretensão de arbitrar e visando a generalizações adaptáveis a outras realidades.

Nesse sentido, as iniciativas do Brasil para fortalecer a APS confirmam a asserção de que países de baixa e média renda por mais de três décadas têm investido em reformas no setor da saúde<sup>20</sup>. Estas apresentam variações em formato, tamanho e no processo de implementação, mas adotam em comum o cuidado primário como componente principal, e por finalidade a melhoria nos resultados de saúde e acesso igualitário aos serviços de saúde e, no caso da ESF, guardando as devidas limitações sobre generalizações, pode ser uma tendência para operar o cuidado primário em saúde.

Pode-se afirmar também que a ESF, apesar de revelar melhores resultados frente a vários atributos, ainda não atingiu as mudanças idealizadas para a prática profissional coerente com a APS capaz de “estabelecer uma ruptura com uma concepção seletiva de APS”. Contribuiu para esta situação a baixa cobertura desta estratégia nos municípios com maiores contingentes populacionais, cobrindo cerca de 24% da população do Estado de São Paulo<sup>21</sup>.

Consideramos que há muito que se produzir para transformação, especialmente na área da formação para alcançar o perfil profissional capaz de atuar em processo de trabalho voltado para produção da saúde fundamentado nos princípios da APS.

Esta investigação aproximou-se de uma realidade local, identificou avanços e limites nas características organizacionais e de desempenho de um conjunto de Unidades de Saúde, tipo ESF e UBS, sugerindo algumas recomendações para a organização do sistema de saúde municipal, na perspectiva do fortalecimento da APS, e indicações de lacunas de conhecimentos e necessidades de investigação em temas específicos.

Diante dos resultados, consideramos que as mudanças pretendidas no sistema de saúde estão ainda longe de serem alcançadas, mesmo com apontamentos de avanços. Não podemos deixar de assinalar que o Brasil tem o capitalismo como sua base sócio econômica e neste cenário defender a saúde como direito torna-se um enorme desafio, já que as forças econômicas tem a hegemonia no contexto atual e ainda se fundamenta nos ditames neoliberais, que tem como objeto a doença e o lucro decorrente dela.

Enfatizar iniciativas da participação popular, fortalecer a participação da comunidade na decisão em saúde na perspectiva da saúde centrada nos direitos humanos com as mais amplas demandas econômicas, sociais, políticos e ambientais precisa de muito investimento para que seja o eixo da saúde pública.

Espera-se que esses resultados, que emergiram da voz daqueles que utilizam e são a razão principal para se implantarem os serviços de saúde, sejam agregados como

valor para o aprimoramento institucional e profissional na tomada de decisão pelos atores que operam as políticas públicas, em particular de saúde e de educação.

## REFERÊNCIAS

- Presidência da República (Br). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília [acesso em 06 junho 2007]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 1990, 29 de dezembro. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília [acesso em 07 abril 2008]
- Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.
- Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília [acesso em 07 abril 2008]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>
- Ministério da Saúde (Br). Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- PAHO Pan American Health Organization. WHO World Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper of the Pan American Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2007 [acesso em 04 maio 2009]. Disponível em: <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>
- Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. 2004. Saúde da Família. Online em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>, acessado 12 junho 2008.
- Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. Revista da AMRIGS. 2005; 49(4):248-52.
- Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Série técnica Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2006 [acesso em 13 maio 2007]. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/serie\\_tecnica\\_10.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/serie_tecnica_10.pdf)
- Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Serv Res. 2006; 6:156.
- Ibañez N, Rocha JS, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciên. saúde coletiva. 2006; 11(3):683-703.
- Pimenta AL, Coimbra AM, Livorato F, Barros JN, Rezende TC. Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo (SP): Utilização de metodologia de avaliação rápida. Divulg. saúde debate. 2008; 42:102-17.

- Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007; 22(3):167-77.
- IBGE Cidades [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [acesso em 17 dez 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano de Saúde de Ribeirão Preto. Período 2005-2008 [Internet]. Ribeirão Preto; 2005 [acesso em 20 ago 2009]. Disponível em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf>
- DISABKIDS Group. The DISABKIDS questionnaires. Quality of life questionnaires for children with chronic conditions. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006. (Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Plano Estadual de Saúde 2008-2011 [Internet]. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2008 [acesso em 20 jan 2009]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_13fev.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/plano_estadual_de_saude_13fev.pdf)
- Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1): 34-42.
- Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam Pract*. 2010; 11:61
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). SIPS Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde. Brasília: IPEA; 2011 [acesso em 17 maio 2011]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf)
- Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Soc Sc Med*. 2010; 70(6):904-11.
- Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Plano Estadual de Saúde 2008-2011 [Internet]. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2008 [acesso em 20 jan 2009]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_13fev.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/plano_estadual_de_saude_13fev.pdf)