

# Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde\*

## The Case-Resolving Capacity of the Family Health Strategy and Traditional Primary Care Units: Contributions from the Educational Program for Health Work

Altacílio Aparecido Nunes<sup>1</sup>  
Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava<sup>1</sup>  
Maria José Bistafa<sup>1</sup>  
Luciana Cisoto Ribeiro Pereira<sup>1</sup>  
Marlúvia C. Watanabe<sup>1</sup>  
Vânia Santos<sup>1</sup>  
Nélio Augusto Mesquita Domingos<sup>II</sup>

### PALAVRAS-CHAVE

- Atenção Básica.
- Saúde da Família.
- Unidade Básica de Saúde.
- PET-Saúde.

### KEYWORDS

- Primary Health Care.
- Family Health.
- Health Centers.
- Health Education Working.

Recebido em: 01/04/2010

Aprovado em: 31/08/2010

### RESUMO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) materializa uma política indutora de novas relações entre instituições de ensino de nível superior e a rede assistencial à saúde. A Universidade de São Paulo – Campus de Ribeirão Preto e a Secretaria de Saúde do município, selecionadas pelo PET-Saúde/2009, avaliaram a resolubilidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de contribuir para a qualificação da Atenção Básica. Foi realizado um estudo transversal em 13 Unidades de Saúde (oito ESF e cinco UBS), com a participação de 216 alunos dos cursos da área da saúde, 30 preceptores (profissionais) da rede pública de saúde e cinco tutores (docentes). Foram coletados dados de 12.494 atendimentos, sendo 7.129 (58,9%) em ESF e 4.963 (41,1%) em UBS, compostos por 4.059 (33,6%) pessoas do sexo masculino e 8.035 (66,4%) do feminino. As UBS referenciaram mais pacientes do que as Unidades de ESF (OR = 1,67; IC 95% 1,46 – 1,90; [p < 0,05]). As especialidades com maior demanda por encaminhamentos foram oftalmologia, cardiologia e ortopedia. A ESF apresenta-se como modelo assistencial com maior resolubilidade, e o PET-Saúde é uma iniciativa importante, considerando-se que estimula a ampliação desse modelo.

### ABSTRACT

The Educational Program for Health Work (PET-Saúde) implements a policy to induce new relations between institutions of higher learning and the healthcare network. The University of São Paulo (Ribeirão Preto Campus) and the Ribeirão Preto Municipal Health Department, selected by PET-Saúde/2009, evaluated the case-resolving capacity of Primary Care Units (PC) and Family Health Strategy Units (FHS), as a contribution to upgrading primary care. A cross-sectional study was conducted in 13 health units (eight FHS and five PC), with participation by 216 students from various health fields, 30 preceptors (professionals) from the public health system, and five tutors (faculty members). Data were collected from 12,494 patient consultations, of which 7,129 (58.9%) were in FHS units and 4,963 (41.1%) in traditional PC units, consisting of 4,059 (33.6%) males and 8,035 (66.4%) females. The PC units referred more patients than the FHS units (OR = 1.67; 95%CI 1.46–1.90; [p < 0.05]). The specialties with the heaviest demand for referrals were ophthalmology, cardiology, and orthopedic. As a healthcare mode, the FHS units showed greater case-resolving capacity, and PET-Saúde appeared to be an important initiative, considering that it encourages this model's expansion.

\* Os autores são preceptores e alunos integrantes do Programa PET-Saúde/2009 – Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto/Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil; Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

## INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) materializa uma política indutora de novas relações entre instituições de ensino de nível superior e a rede de assistência à saúde, de forma a permitir, nessas interações e pelo trabalho, o aperfeiçoamento de profissionais da saúde, a formação acadêmica por meio de docentes e estágios de estudantes da área da saúde em disciplinas curriculares desenvolvidas nos cenários de práticas assistenciais, em estreita proximidade com a comunidade. Instituído em 2008 por Portaria Interministerial – ministérios da Saúde e da Educação –, acolheu nacionalmente propostas de projetos com execução iniciada a partir de abril de 2009, estando, assim, no curso de seu primeiro ano de desenvolvimento.

Conceitualmente alinhado a políticas dos ministérios da Saúde e da Educação, nas dimensões teórica, política, ideológica, técnica e operacional, incentiva a qualificação e o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS); estimula a adequação do perfil de profissionais da saúde às necessidades sanitárias e às políticas sociais do País, além de incentivar a produção e disseminação de conhecimentos por meio de publicações científicas e da participação dos tutores, preceptores e estudantes em eventos da área, de forma a qualificar a formação e a assistência aos cidadãos usuários do sistema de saúde.

O presente trabalho sistematiza os resultados do projeto de investigação desenvolvido no âmbito do PET-Saúde no município de Ribeirão Preto, envolvendo estudantes de nove cursos da área da saúde, docentes e profissionais vinculados a Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), voltado para a resolubilidade de Unidades de Saúde em duas modalidades de prestação da Atenção Básica.

A ABS compreende um conjunto de ações, individuais e coletivas, que engloba ações articuladas voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação, constituindo o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, no Brasil, é exercida predominantemente sob a forma de dois modelos: da UBS, caracterizada pelo chamado modelo tradicional, prestando assistência à saúde, de forma geral, mais centrada na figura do médico; e da ESF, que, do ponto de vista conceitual, é adotada como um modelo para a reorganização da ABS, reafirmando os princípios do SUS<sup>1,2</sup>.

O Ministério da Saúde entende que o fortalecimento da Atenção Básica se dá com a ampliação do acesso e a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da saúde e, assim, estabeleceu que a Unidade de Saúde da Família (USF) não deve ser apenas um local de triagem

e encaminhamento, mas uma instância capaz de resolver os problemas de saúde prevalentes em sua área de abrangência e de promover a saúde e prevenir doenças e agravos em geral. Com base nessas premissas, deseja-se que apenas de 15% a 20% das pessoas atendidas devam ser referenciados aos níveis mais especializados, sendo que a USF, responsável pela coordenação do cuidado, tem a obrigação de “referenciar” o usuário quando necessário, mas sem perda do vínculo. Para isso, é desejável manter o contato com os serviços referenciados disponíveis, relatando e discutindo os casos e recebendo-os de volta (contrarreferência) para continuidade dos cuidados primários<sup>3</sup> e, desta forma, estabelecer uma rede de atenção tendo a Atenção Básica como coordenadora<sup>4</sup>.

Em estudos recentes, os autores, ao compararem a ESF e as UBS tradicionais, usando como principal ferramenta a avaliação de usuários, gestores e profissionais, observaram que a acessibilidade apresentou o pior desempenho na Atenção Básica nos dois modelos, a resolubilidade global não mostrou diferenças significativas em um estudo e foi superior na ESF em outra pesquisa<sup>5,6</sup>. Estudo realizado em Ribeirão Preto, em um Distrito de Saúde, apontou que a ESF se mostrou mais eficiente em atingir atributos da ABS<sup>7</sup>.

A avaliação de modelos e serviços de saúde é fundamental, pois possibilita reordenar, planejar e criar ações que contribuem para desenvolver práticas mais condizentes com as demandas dos usuários e com as características técnicas do sistema de saúde. É também essencial na avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relativos a risco, acesso e satisfação, relacionados aos serviços públicos de saúde em busca de resolubilidade e qualidade<sup>8,9</sup>.

O objetivo deste estudo foi analisar a resolubilidade das UBS (modelo tradicional) e compará-la com as das USF, através de pesquisa inserida no contexto do Programa PET-Saúde/2009.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, conduzido nas Unidades de Saúde da rede de Atenção Básica (ESF e UBS) do Distrito Sanitário Oeste da cidade de Ribeirão Preto, onde a Universidade de São Paulo, por meio de seus cursos da área da saúde, desenvolve atividades acadêmicas e assistenciais em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde.

### Crériterios de Elegibilidade e Inclusão

Foram elegíveis para participar da pesquisa oito USF e cinco UBS do Distrito Sanitário Oeste de Ribeirão Preto que desenvolviam atividades curriculares dos cursos da área da saúde da Universidade de São Paulo, *Campus* Ribeirão Preto, integrantes do Projeto PET-Saúde/2009.

### Critérios de Exclusão

Seriam excluídas da pesquisa as Unidades que apresentassem alguma condição que impossibilitasse ou dificultasse a coleta adequada dos dados.

### Coleta de Dados

Em cada uma das Unidades, os alunos dos cursos envolvidos no projeto (Medicina, Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia e Nutrição) fizeram a coleta dos dados necessários ao cálculo dos índices propostos, no horário integral de funcionamento dos serviços, de maio a agosto de 2009.

Os alunos foram divididos por turnos de atuação, por dias da semana e em duplas que ficaram responsáveis pela coleta das variáveis referentes a cada uma das áreas assistenciais. Com essa proposta metodológica e incluindo os discentes que alimentaram o banco de dados, 216 alunos participaram diretamente da pesquisa, além dos 30 preceptores PET destas Unidades de Saúde e respectivos docentes tutores.

Foi construído um instrumento para a coleta de dados junto às Unidades de Saúde de forma a construir o indicador de resolubilidade. Como indicador de resolubilidade específica para assistência médica e de enfermagem, por unidade assistencial, foi empregada a razão abaixo descrita, cujo resultado, foi denominado Índice de Resolubilidade Específica.

Dessa forma, as áreas assistenciais foram avaliadas da seguinte forma em cada uma das Unidades (USF e UBS): Assistência médica (am) = número de referências a serviços especializados (ambulatoriais e hospitalares [internações]).

$$\text{IREam} = (1 - \text{NR}/\text{Tam}) * 100$$

Assistência em enfermagem (aen) = número de encaminhamentos a outros profissionais (da própria unidade) ou serviços especializados.

$$\text{IREaen} = (1 - \text{NR}/\text{TAen}) * 100$$

Dentro dos referidos índices, foi calculada a resolubilidade proporcional nas diferentes faixas etárias, por gênero e por ciclo de vida, e ainda feito o levantamento das especialidades mais referenciadas. Para o cálculo do índice de resolubilidade global (IRG), por Unidade, foi empregada a seguinte expressão:

$$\text{IRG} = 1 - (\text{NRam} + \text{NRen}) * 100$$

### Análise Estatística

Para o cálculo de diferença entre proporções, foi empregado o teste do qui-quadrado ou o teste Z, enquanto para comparar médias foi usado o teste t de Student. Para verificação de associação entre duas variáveis, foi empregado o *Odds Ratio* e seu intervalo de confiança a 95% como estimadores, usando-se análises bivariadas e análise multivariada com emprego de regressão logística. Para todas essas análises foi considerado um nível de significância de 5%. Para armazenamento e análise dos dados foram empregados os *softwares* Epi-Info 6.04 e SPSS 10.0.

### Aspectos Éticos

Como foram coletados dados secundários das Unidades de Saúde, a aprovação do Comitê de Ética não foi necessária. A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e a Universidade de São Paulo autorizaram a coleta dos dados em todas as Unidades envolvidas.

### RESULTADOS

Foram coletados dados de 12.494 atendimentos nas Unidades de Saúde selecionadas – cinco UBS tradicionais e oito da ESF –, cujas características gerais se encontram na Tabela 1. Nota-se que o número de mulheres atendidas representa a maioria

TABELA 1  
Características Gerais das Variáveis Estudadas nas Unidades de Saúde de Maio a Agosto de 2009, PET-Saúde/2009

Variáveis	N (%)
<b>Unidade de Saúde</b>	
ESF	8 (61,5)
UBS	5 (38,5)
<b>Nº de atendimentos (%)</b>	12.494 (100)
<b>Distribuição por sexo – N (%)</b>	
Masculino	4.059 (33,6)
Média de idade (± DP) anos	38,5 (23,5)
Feminino	8.035 (66,4)
Média de idade (± DP) anos	40,0 (21,0)
<b>Média de idade (IC 95%)</b>	
Adultos (anos)	39,3 (38,8 – 39,7)
Crianças (meses)	19,3 (18,4 – 20,1)
<b>Tipos de atendimento – N (%)</b>	
Agendado	5.701 (51,2)
Pronto-atendimentos (eventuais)	4.991 (44,8)
Grupos programáticos	440 (4,0)
<b>Atendimentos por profissionais – N (%)</b>	
Médicos	5.872 (47,2)
Residentes de medicina de família (1º ano)	1.068 (8,6)
Residentes de medicina de família (2º ano)	985 (7,9)
Enfermeiros	4.518 (36,3)
Referenciamentos (encaminhamentos) – N (%)	1.067 (8,6)

dos casos (66,4%), cuja média de idade (40 anos) foi superior à dos homens (38,5 anos). Do total de atendimentos, apenas um pouco mais de 50% consistiu em consultas agendadas, observando-se grande número de procura por atendimentos eventuais (44,8%). Apenas 8,6% de todos os casos foram referenciados para outros especialistas, representando uma resolubilidade de mais de 90%.

Quando se comparam as Unidades de Saúde por modelos assistenciais (Tabela 2), ou seja, ESF e UBS tradicional, nota-se que o número de atendimentos nas Unidades de ESF foi maior que nas UBS ( $p < 0,05$ ), sendo que nos dois modelos as mulheres representaram o maior número de atendimentos; contudo, tanto homens quanto mulheres procuraram mais os serviços de ESF que de UBS ( $p < 0,05$ ). Quando se comparam os dois sexos por modelo de assistência, não se verifica nenhuma associação ( $OR = 0,96$ ;  $IC\ 95\% 0,88 - 1,03$ ;  $p > 0,05$ ). Na ESF, a média de idade dos pacientes foi maior

que na UBS em ambos os sexos, e tal achado mostrou-se significativo ( $p < 0,05$ ).

Ao se compararem os tipos de atendimentos, notou-se que as consultas agendadas foram menos associadas à ESF do que à UBS ( $OR = 0,86$ ;  $IC\ 95\% 0,79 - 0,93$ ;  $p < 0,05$ ), ou seja, na ESF os usuários foram atendidos em caráter eventual mais frequentemente do que em consultas agendadas. Com relação às atividades em grupo, observa-se que são mais frequentes na ESF ( $p < 0,05$ ), porém em números ainda muito tímidos, isto é, apenas 342 atendimentos (4,8%).

Quando se verifica o número de atendimentos por profissionais, nota-se que os médicos na ESF foram os profissionais que mais atenderam em relação à UBS, ou seja, o número de consultas médicas foi cerca de 2,8 vezes maior na ESF do que na UBS ( $OR = 2,84$ ;  $IC\ 95\% 2,62 - 3,08$ ;  $p < 0,05$ ).

O número de encaminhamentos para outros serviços de saúde especializados foi pequeno nos dois modelos estudados, mas, ao se compararem as duas proporções, a ESF encaminhou menos que a UBS ( $p < 0,05$ ).

Ao se levantarem as especialidades médicas que mais apresentaram demanda de encaminhamentos (Tabela 3), nota-se que a oftalmologia foi a que mais recebeu referências, seguida da cardiologia e da ortopedia.

TABELA 2

Características dos Atendimentos Segundo a Distribuição por Modelos Assistenciais (ESF e UBS), Programa PET-Saúde/2009

	Variáveis	ESF	UBS
<b>Nº de atendimentos (%)</b>	7.129 (58,9)	4.963 (41,1)	$p < 0,05^*$
<b>Distribuição por sexo</b>			
Masculino – N (%)	2.363 (58,2)	1.696 (41,8)	$p < 0,05^*$
Média de idade (IC 95%)	40,6 (39,5 – 41,7)	35,2 (34,0 – 36,3)	$p < 0,05@$
Feminino – N (%)	4.766 (59,3)	3.269 (40,7)	$p < 0,05^*$
Média de idade (IC 95%)	42,8 (42,1 – 43,4)	35,7 (35,0 – 36,7)	$p < 0,05@$
<b>Média de idade (IC95%)</b>			
Adultos (anos)	41,7 (41,1 – 42,2)	35,6 (35,0 – 36,2)	$p < 0,05@$
Crianças (meses)	19,9 (18,7 – 21,0)	18,5 (17,3 – 19,8)	$p > 0,05@$
<b>Tipos de atendimento – N (%)</b>			
Agendado	3.496 (49,2)	2.205 (54,7)	$OR = 0,86$
Pronto-atendimento	3.263 (46)	1.769 (43,9)	$(IC\ 95\% 0,79 - 0,93)$ ; $p < 0,05$
Grupo (promoção de saúde)	342 (4,8)	56 (1,4)	$p < 0,05^*$
<b>Atendimentos por profissionais – N (%)</b>			
Médicos	3.682 (49,8)	2.211 (43,8)	
Residentes/medicina de família (R1)	1.068 (14,4)	–	
Residentes/medicina de família (R2)	985 (13,3)	–	$OR = 2,84$
Enfermeiros	1.662 (22,5)	2.832 (56,2)	$(IC\ 95\% 2,6 - 3,0)$ ; $p < 0,05$
Encaminhamentos – N (%)	516 (7,2)	551 (11,0)	$p < 0,05^*$

OR = Odds Ratio; IC 95% = intervalo de confiança a 95%; \* Teste Z; @ t de Student.

TABELA 3

Distribuição das especialidades médicas e outros serviços de saúde que mais receberam encaminhamentos, segundo modelos assistenciais (ESF e UBS), PET-Saúde/USP-RP/SMS-RP – 2009.

Especialidades	Modelos Assistenciais		(%)
	ESF	UBS	
Acupuntura	0	1	(0,1%)
Alergia	0	1	(0,1%)
Cardiologia	27	41	(6,7%)
Cirurgia Geral	25	6	(3,1%)
Cirurgia Pediátrica	1	0	(0,1%)
Cirurgia Plástica	2	0	(0,2%)
Cirurgia Cardiovascular	1	2	(0,3%)
Cirurgia Vascular	6	2	(0,8%)
Proctologia	12	0	(1,2%)
Dermatologia	42	12	(5,3%)
Infectologia	5	9	(1,4%)
Endocrinologia	5	2	(0,7%)
Fisiatria	1	0	(0,1%)
Gastroenterologia	9	6	(1,5%)
Geriatrics	0	1	(0,1%)
Hematologia	0	1	(0,1%)
Hepatologia	2	0	(0,2%)
Homeopatia	2	0	(0,2%)
Imunologia	0	1	(0,1%)

Mastologia	2	0	(0,2%)
Nefrologia	1	1	(0,2%)
Neurologia	19	17	(3,6%)
Nutrologia	6	0	(0,6%)
Oftalmologia	86	32	(11,6%)
Oncologia	1	0	(0,1%)
Ortopedia	34	28	(6,1%)
Otorrinolaringologia	17	9	(2,6%)
Pneumologia	5	14	(1,9%)
Psiquiatria	24	7	(3,1%)
Reumatologia	5	2	(0,7%)
Urologia	9	5	(1,4%)
Médico do trabalho	1	55	(5,5%)

Pela análise multivariada através de regressão logística tendo-se como variável dependente o encaminhamento a outros serviços/especialidades médicas e como variáveis independentes a categoria profissional, sexo dos pacientes, tipo de atendimento, Unidades de Saúde individualmente e modelo de assistência (ESF e UBS), obteve-se como único preditor do desfecho o modelo de UBS com 67% a mais de encaminhamentos em relação à ESF (OR = 1,67; IC 95% 1,46 – 1,90 [p < 0,05]).

## DISCUSSÃO

O maior número de Unidades de Saúde participantes do estudo está vinculado à ESF, de acordo com o preconizado pelo PET-Saúde. Aliado à maior presença de preceptores PET selecionados nestas Unidades (60%), isto pode justificar que o maior número de atendimentos avaliados no período estudado pertença a essas Unidades.

A maior presença feminina nos serviços de saúde identificada no presente estudo também vem sendo registrada em várias outras investigações<sup>10,11</sup>. Estudo realizado em 2007 em todas as Unidades de Saúde nesse mesmo distrito sanitário apontou a presença de 72,6% de mulheres na ESF e de 78,7% nas UBS<sup>7</sup>. Muitos autores relacionam esse fenômeno ao fato de as mulheres serem, cultural e historicamente, mais cuidadoras de si próprias e de outrem, levando a uma frequência maior nos serviços de saúde<sup>10,12</sup>.

A maior média de idade dos pacientes foi registrada em Unidades de Saúde da Família, em consonância com um estudo de Pereira<sup>7</sup>. Esse estudo identificava ainda que as pessoas atendidas nas Unidades da ESF eram mais velhas, sugerindo que pacientes mais idosos se vinculam mais facilmente a serviços de saúde.

Rompendo com a tradição de não atender queixas agudas, as Unidades da ESF sinalizaram um grande número de consultas não agendadas. O estudo não permite identificar se os pacientes assim atendidos são regularmente seguidos na Uni-

dade. Porém, o fato de procurarem a Unidade de atenção primária frente a queixas agudas pode sinalizar que aquela está exercendo seu papel de porta de entrada do sistema de saúde e oferecendo certa garantia de acesso. Poderia ser desenvolvido um estudo específico para averiguar se tais atendimentos se articulam a uma linha de produção do cuidado ou configuram apenas uma resposta pontual às queixas apresentadas.

No que diz respeito ao número de atendimentos por profissionais, os médicos vinculados à ESF foram os profissionais que mais atenderam em relação à UBS, ou seja, o número de consultas médicas foi cerca de 2,8 vezes maior na ESF do que na UBS (OR = 2,84; IC 95% 2,62 – 3,08; p < 0,05). Isto pode estar relacionado ao fato de que nove entre os dez preceptores médicos atuam na ESF, o que facilita o registro das planilhas de coleta de dados.

Oftalmologia, cardiologia e ortopedia foram identificadas neste trabalho como as especialidades médicas que apresentaram maior número de encaminhamentos por parte das Unidades integrantes do PET-Saúde, o que reitera dados publicados no Plano de Saúde para o Distrito Oeste de 2005<sup>13</sup>, no capítulo das dificuldades identificadas. Naquele momento, as especialidades com maior demanda reprimida foram: ortopedia (86% das Unidades que reclamaram e tempo de espera de seis a sete meses para atendimento); oftalmologia, com espera de quatro a seis meses; e cardiologia em quinto lugar, depois de dermatologia, com espera de dois a três meses<sup>13</sup>.

O fato de a análise por regressão logística multivariada tendo o encaminhamento como variável dependente apresentar que as UBS encaminham 67% a mais que as Unidades da ESF sinaliza que a resolubilidade nas Unidades Básicas em modelo tradicional de assistência apresenta fragilidades que instigam um olhar mais aprofundado para a questão. O grande número de encaminhamentos realizados pelos profissionais de enfermagem igualmente merece uma reflexão sobre a direcionalidade de sua prática profissional, na perspectiva de mudança ou de manutenção do modelo assistencial. A qualidade e a pertinência dos encaminhamentos realizados merecem configurar-se como objeto de outros estudos, visto revelarem a necessidade de intervenções mais resolutivas e articuladas no sistema de saúde, de forma a fortalecer a Atenção Básica.

## CONCLUSÕES

O presente trabalho se situa no contexto das iniciativas de desenvolvimento de estudos alinhados às políticas e estratégias para ampliação e qualificação da Atenção Básica, uma dentre as principais expectativas que originaram a implantação do PET-Saúde. Realizou-se com ampla participação de quase duas centenas de integrantes, envolvendo estudantes dos

diversos cursos da área da saúde, docentes – tutores ou não do PET-Saúde – e profissionais da Atenção Básica das áreas de Enfermagem e Medicina, estimulando o conhecimento dos saberes e das práticas presentes nas Unidades de Saúde. Permitiu, principalmente aos estudantes, reflexões sobre o funcionamento e a organização do nosso sistema de saúde, com suas fortalezas e fragilidades.

O processo de desenvolvimento deste estudo constituiu, em si, um amplo aprendizado para todos os segmentos, pois a produção do conhecimento pôde se dar de forma coletiva e compartilhada. O envolvimento dos estudantes e professores nas Unidades durante o processo não se limitou à coleta de dados, mas a partir dela disparou outros e mais intensos contatos.

Os resultados gerados apontam a necessidade de efetuar mudanças no processo de trabalho cotidiano nas Unidades estudadas, estando, agora, profissionais da saúde, docentes, estudantes e membros da gestão da saúde corresponsáveis por sua implementação.

Embora tenham ocorrido limitações na realização desta primeira etapa do estudo, foram alcançados resultados concretos frente aos objetivos propostos. Este estudo aponta novas investigações a serem feitas, a fim de aprofundar reflexões e mudanças que impactem positivamente a reorientação curricular e promovam o desenvolvimento de novas práticas de atenção à saúde dos cidadãos.

## AGRADECIMENTO

Ao Grupo PET-SAÚDE – USP/RP e SMS/RP

## REFERÊNCIAS

1. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(3):401-12.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. 2006;4:1-60.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília: MS; 2001.
4. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
5. Azevedo ALM. Acesso à Atenção à Saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. 2007. Recife; Dissertação [Mestrado] - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Osvaldo Cruz.
6. Cabral AMC. Referência e contra-referência: uma proposta de reestruturação para a assistência à saúde no Distrito Sanitário IV – Recife: Bargaço; 2005.
7. Pereira MJB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saú-

de do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto. 2008. Tese [livre-docência] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Documento Técnico. Brasília: MS; 2006
9. Brasil. Ministério da Saúde. PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília:MS; 2004.
10. Gaioso VP. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família no município de Ribeirão Preto-SP. 2007. Ribeirão Preto; 2007. Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
11. Ferri SMN. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários em uma unidade de Saúde da Família: elemento analisador da qualidade do cuidado prestado? Ribeirão Preto; 2006. Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
12. Rosa RB. A doença não marca hora, não marca dia: acolhimento e resolutividade em uma equipe de saúde da família. Porto Alegre, 2006. Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
13. Caccia-Bava MCGG. Plano de Saúde para o Distrito Oeste. Ribeirão Preto:[s.n]; 2005.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Altacílio Aparecido Nunes, Maria do Carmo G.G. Caccia-Bava Maria José Bistafa Pereira, Luciana Cisoto Ribeiro, Marlívia C. Watanabe, Vânia Santos e Nélio Augusto Mesquita Domingos, participaram como orientadores na coleta dos dados; Altacílio Aparecido Nunes procedeu às análises estatísticas do banco de dados e sua interpretação; Altacílio Aparecido Nunes, Maria do Carmo G.G. Caccia-Bava e Maria José Bistafa Pereira redigiram o artigo Grupo PET-SAÚDE – USP/RP e SMS/RP (Alunos e Preceptores do PET-Saúde -USP-SMS/RP), coletaram e alimentaram o banco de dados.

## CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Altacílio Nunes  
Departamento de Medicina Social – FMRP/USP  
Hospital das Clínicas da FMRP/USP – 2º andar  
Av. Bandeirantes, 3900 – 2º andar  
Monte Alegre – Ribeirão Preto  
CEP 14049-900 – SP  
E-mail: altacilio@fmrp.usp.br