

Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros

The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers

La influencia de factores de desempeño estructural y organizacional en la evaluación de gestores y enfermeras en el ámbito de la atención primaria a la salud en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Maria Aparecida Turci¹
 Maria Fernanda Lima-Costa²
 James Macinko³

Abstract

The aim of this study was to evaluate the performance of primary health care (PHC) in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, using the Portuguese-language version of the Primary Health Care Assessment Tool among nurses and managers of family health teams. Total PHC score was 0.75 (good). The dimensions first contact (0.95), longitudinality (0.83), comprehensiveness (0.83), and coordination (0.78) performed the best. Family approach, community orientation, and access received the lowest scores (0.68, 0.56, and 0.45, respectively). Better PHC performance was associated with the following factors ($p < 0.05$): availability of health care equipment and other inputs (adjusted PR = 1.57), education and training for family health teams (PR = 1.44), a physician on duty for more than 30 hours per week (PR = 1.42), and presence of four or more teams per primary care unit (PR = 1.09). The results show the importance of structural and organizational factors for PHC performance and suggest that permanent evaluation can identify aspects that require quality improvement.

Health Services Evaluation; Primary Health Care; Family Health; Quality of Health Care

Resumo

O objetivo do trabalho foi avaliar o desempenho da atenção primária à saúde (APS) em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, utilizando o questionário PCATool entre enfermeiros das equipes de saúde da família e gerentes. O escore total da APS foi 0,75 (bom); o primeiro contato (0,95), a longitudinalidade (0,83), a integralidade (0,83) e a coordenação (0,78) apresentaram melhor desempenho. O enfoque familiar, a orientação comunitária e o acesso receberam as piores pontuações (0,68, 0,56 e 0,45). Os fatores associados ($p < 0,05$) à melhor performance da APS foram: disponibilidade de equipamentos e outros insumos (RP ajustada = 1,57), formação dos profissionais em saúde da família (RP = 1,44), presença do médico por mais de 30 horas semanais (RP = 1,42) e quatro ou mais equipes por unidade básica de saúde (RP = 1,09). Os resultados revelaram a importância de fatores estruturais (sistemas logísticos adequados, formação da equipe em saúde da família) e organizacionais (médico em tempo integral, número de equipes da Estratégia Saúde da Família por unidades básicas de saúde) na performance da APS e na melhoria da qualidade.

Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Qualidade da Assistência à Saúde

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

² Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

³ Department of Nutrition, Food Studies, and Public Health, New York University, New York, U.S.A.

Correspondência

M. A. Turci
 Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Rua Engenheiro Vicente Assunção 41, Belo Horizonte, MG 31710-090, Brasil.
 mariaturci@gmail.com

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema de saúde e local do cuidado contínuo e integral ao indivíduo no contexto da família e da comunidade ¹. Trata-se de uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, visando o acesso universal e sua maior efetividade ². No Brasil, a expansão da APS vem ocorrendo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) desde sua implantação em 1994 ³. Investigações têm mostrado que essa estratégia é efetiva para reduzir a mortalidade infantil ^{4,5}, as hospitalizações por condições sensíveis à APS ^{6,7,8,9} e as iniquidades na utilização dos serviços ^{10,11}.

Starfield ¹² define que a APS possui cinco atributos nucleares: o acesso, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. O enfoque familiar, a orientação comunitária e a competência cultural são considerados atributos derivados. Essas características combinadas são exclusivas da APS.

Na última década, estudos foram conduzidos no Brasil para avaliar o desempenho da APS. Tanto os resultados de estudos conduzidos entre usuários ^{13,14} e profissionais de saúde ¹⁵ quanto estudos epidemiológicos de base populacional ^{16,17,18} mostraram melhor desempenho da ESF em comparação à assistência ambulatorial tradicional no que se refere aos atributos citados. Por outro lado, existem poucas investigações examinando características organizacionais dos serviços de saúde associadas ao desempenho da APS no Brasil. Investigações conduzidas entre médicos e enfermeiros das equipes das ESF nos municípios de Porto Alegre, Rio Grande do Sul ¹⁵ e de Curitiba, Paraná ¹⁹ mostraram associação positiva entre a formação em medicina de família e/ou enfermagem comunitária e o bom desempenho dessa estratégia na avaliação desses profissionais. Na literatura consultada, não encontramos estudos examinando a influência da infraestrutura e dos fatores organizacionais no desempenho da APS em nosso meio.

O presente trabalho foi conduzido no Município de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil) com o objetivo geral de avaliar o desempenho da APS, por meio dos seus atributos, na opinião de gestores e profissionais de saúde. O segundo objetivo foi examinar a influência das características estruturais (disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos e treinamento dos profissionais) e organizacionais (número de equipes da ESF por unidade básica de saúde – UBS –, tempo do médico na equipe) nesse desempenho.

Metodologia

Área de estudo

Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, possui cerca de 2,4 milhões de habitantes e uma área de 331km². O município é dividido em nove regiões sanitárias (distritos) que correspondem à organização administrativo-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde. Os distritos sanitários possuem números variáveis de UBS, proporcionais ao tamanho de sua população. Em 2010, o município possuía 147 UBS, cada uma administrada por um gerente. Cada UBS possuía uma ou mais equipes da ESF, totalizando 538 equipes. A ESF foi implantada no município no ano de 2003. Em 2010, essa estratégia cobria 75% da população do município. Mais detalhes acerca da divisão administrativa, da distribuição espacial das UBS e dos critérios que orientaram a implantação da ESF no município de Belo Horizonte podem ser vistos em publicação anterior ²⁰.

Participantes do estudo

Para o presente trabalho, foram selecionados todos os 147 gerentes das UBS e o enfermeiro de cada uma das 538 equipes da ESF. A escolha do enfermeiro como representante da respectiva equipe foi determinada em função da sua atribuição de coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e de supervisionar os técnicos de enfermagem ²¹, assumindo-se que esse profissional tem maior familiaridade com o processo de atenção em saúde da sua equipe.

Os questionários foram entregues aos participantes em seminário. Após o preenchimento, todos os questionários foram lacrados e rubricados pelo próprio respondente. Todos os informantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados foi realizada entre agosto e outubro de 2010. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH – CAAE 0032.0.410.245-10).

Instrumento

O questionário PCATool (*Primary Health Care Assessment Tool*) foi desenvolvido para avaliação da qualidade e da adequação da APS por meio dos seus atributos, tendo sido previamente validado em diferentes países ^{22,23,24,25,26}, incluindo o Brasil ^{27,28}. Esse instrumento possui versões para gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde. Neste trabalho foi utilizada sua versão em português validada no Brasil ²⁷ com pequenas adaptações testadas em estudos posteriores ^{13,29}.

As perguntas que compuseram o questionário do presente estudo constam da Tabela 1.

As informações obtidas junto aos gestores referiram-se à UBS e às equipes da ESF sob sua direção. As informações obtidas junto aos enfermeiros referiram-se à equipe da ESF na qual atuavam. A estratégia de usar dois grupos de respondentes foi adotada para capturar mais informações sobre o desempenho dos serviços, verificar possíveis variações nas avaliações entre eles e/ou inconsistências nos resultados.

Atributos da atenção primária à saúde

A mensuração de cada atributo foi feita por um conjunto de itens que constam da Tabela 1. Apesar de ser um dos atributos da APS, a competência cultural não foi avaliada, pois as questões relativas a essa dimensão não se mostraram representativas do atributo nas validações brasileiras^{27,28}.

Características estruturais e organizacionais

As características estruturais consideradas foram: a existência de equipamentos e insumos na UBS para o desempenho das funções nos últimos 6 meses; o suprimento adequado de medicamentos essenciais nos últimos 6 meses e pelo menos 50% dos profissionais da ESF treinados em saúde da família. Os fatores organizacionais considerados foram: presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (30 horas semanais) e o número de equipes da ESF por unidade. Questões relativas a essas variáveis foram agregadas ao questionário PCATool e também respondidas pelos entrevistados.

Análise dos dados

As perguntas do questionário possuíam respostas dentro de duas escalas. Uma escala tipo Likert de quatro categorias: nunca, algumas vezes, muitas vezes e sempre e outra com as categorias: 0%-24%, 25%-49%, 50%-74% e 75%-100%. As categorias nunca e algumas vezes, foram categorizadas como 0, como previamente recomendado^{27,30}. Categorização semelhante foi feita para os valores percentuais 0%-24% e 25%-49%, também como previamente recomendado^{27,30}. O escore de cada atributo foi definido pela somatória das respostas de seus componentes, dividido pelo total de entrevistados. O escore total da APS foi considerado como a média dos escores dos 7 atributos. Os escores são apresentados em forma de médias que variam de 0 a 1 e IC95% (intervalo de 95% de confiança), estimadas pela regressão linear. Como se supõe que a presença de várias equipes da ESF na mesma UBS exerce

grande influência em suas características, foi realizado ajuste no modelo para reduzir o efeito de tal agregação. O mesmo procedimento se repetiu na análise multivariada. Essas análises foram realizadas com utilização dos comandos escritos pelo menu *vce (cluster clustvar)* do Stata 12 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Foram calculados escores totais e também os escores separados para gerentes e profissionais. Além de identificar possíveis discordâncias entre os dois grupos, essa medida foi agregada para verificar a consistência interna das respostas. O índice α de Cronbach de 0,83 mostrou adequadas a confiabilidade e a consistência interna do instrumento utilizado na pesquisa.

Na análise univariada das características estruturais e organizacionais, as equipes de ESF foram estratificadas entre aquelas que apresentavam escore total da APS iguais ou superiores à mediana ($> 0,77$) e inferiores a esse valor. Dessa forma, para fins de interpretação, consideraram-se as primeiras com alto desempenho na APS e, conseqüentemente, as demais com baixo desempenho na APS.

A análise multivariada dos fatores associados ao desempenho da APS baseou-se em razões de prevalência e IC95% estimados por meio da regressão binomial negativa com variância robusta, controlando a agregação das equipes nas UBS. A regressão binomial negativa foi a opção de escolha ao invés da regressão logística, dada a concentração das médias nas notas mais altas ($> 0,60$). Verificou-se a contribuição de cada variável ao modelo final pela significância estatística e a adequação do modelo aninhado pelo cálculo da razão de verossimilhança. A presença de multicolinearidade foi avaliada por meio do VIF (*variance inflation factor*), observando-se com valores aceitáveis para os escores de todos os atributos.

Conforme mencionado, todas as análises foram realizadas com uso do software Stata.

Resultados

Do total de enfermeiros e gerentes elegíveis, 463 (86,3%) e 138 (97%) participaram da pesquisa, respectivamente. As razões de não participação foram férias e licenças médicas; somente um profissional se recusou a responder ao questionário.

Na Tabela 2, estão apresentados os escores dos atributos da APS, segundo o respondente. O escore total da APS foi de 0,75, variando entre 0,75 entre os enfermeiros e 0,78 entre os gestores ($p < 0,01$). O atributo melhor pontuado foi o primeiro contato (0,95), seguido pela longitudinalidade e a integralidade (0,83 para ambos),

Tabela 1

Definição operacional dos atributos da atenção primária à saúde (APS) *.

Atributo	Item de verificação no PCATool
Acesso: compreende a localização da unidade de saúde próxima à população, os horários e dias de funcionamento, a abertura para consultas não agendadas e a conveniência para os usuários.	<p>Obtenção de consultas não urgentes em 24 horas;</p> <p>Funcionamento da unidade no fim de semana;</p> <p>Funcionamento da unidade até às 18 horas pelo menos um dia da semana; Marcação de consultas por telefone durante o horário de funcionamento da unidade;</p> <p>Disponibilidade de telefone para informações durante o horário de funcionamento da unidade;</p> <p>Telefone para informações quando a unidade está fechada;</p> <p>Espera de mais de 30 minutos para obter atendimento por profissional de saúde.</p>
Primeiro contato: considera a busca da APS a cada novo problema de saúde, exceto em urgências.	<p>Obrigatoriedade da consulta na unidade básica antes da busca por outro nível de atenção (exceto em emergências);</p> <p>Proporção dos usuários que, em geral, procuram a UBS antes da busca por outro serviço a cada novo problema de saúde.</p>
Longitudinalidade: compreende a existência de fonte regular de atenção e o seu uso ao longo do tempo.	<p>Usuário ser examinado pelo mesmo profissional em diferentes consultas;</p> <p>Equipe ter sua população cadastrada;</p> <p>Em caso de dúvida sobre o tratamento, o usuário poder falar com o mesmo profissional que o atendeu;</p> <p>Os profissionais darem tempo suficiente para que o usuário esclareça suas dúvidas;</p> <p>Os profissionais usarem o prontuário em todas as consultas;</p> <p>Os profissionais terem informações sobre os medicamentos em uso pelo usuário durante o atendimento;</p> <p>Os profissionais serem informados se o usuário não consegue obter ou comprar o(s) medicamento(s) prescrito(s).</p>
Integralidade: elenco de serviços oferecidos.	<p>Vacinação de crianças;</p> <p>Atendimento de crianças, adolescentes, adultos e idosos;</p> <p>Controle pré-natal, planejamento familiar, atendimento às doenças sexualmente transmissíveis;</p> <p>Controle da tuberculose; controle e tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas;</p> <p>Tratamento e controle de asma, diabetes, hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica;</p> <p>Atendimento de casos agudos;</p> <p>Tratamentos de pequenas feridas;</p> <p>Pequenas cirurgias;</p> <p>Aconselhamento sobre uso de álcool e tabaco;</p> <p>Acompanhamento de saúde mental e nutrição;</p> <p>Educação em saúde, incluindo violências e acidentes domésticos; Prevenção em saúde bucal;</p> <p>Assistência odontológica preventiva e curativa;</p> <p>Disponibilidade de protocolos de atendimento e seguimento desses protocolos;</p> <p>Segurança para abordar os problemas de saúde dos idosos.</p>
Coordenação: continuidade do cuidado e encaminhamento e acompanhamento do usuário quando necessita de serviços especializados.	<p>Existência de registros obrigatórios das crianças atendidas;</p> <p>Disponibilização para o usuário dos registros das imunizações e do monitoramento do crescimento das crianças;</p> <p>Disponibilização à gestante dos registros do controle pré-natal;</p> <p>Uso de normas para referência e contrarreferência;</p> <p>Discussão com o usuário acerca de locais para atendimento quando o encaminhamento é necessário;</p> <p>Fornecimento ao usuário de informações escritas para entregar ao serviço referido e vice-versa; conversa com o usuário sobre o que ocorreu no atendimento no serviço de referência;</p> <p>Acesso aos resultados dos exames laboratoriais; consulta de retorno – com a mesma equipe – após realização dos exames laboratoriais;</p> <p>Informações sobre agendamento nos serviços de referência; existência de regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência;</p> <p>Disponibilidade do prontuário quando solicitado pelo médico;</p> <p>Existência de auditoria médica dos prontuários.</p>

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Atributo	Item de verificação no PCATool
Enfoque familiar: consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, assim como a identificação de fatores de risco e de proteção no contexto familiar.	Existência de prontuários médicos organizados por família; Solicitação de informações sobre outros membros da família; Conversa com a família sobre o problema de saúde do usuário, fatores de risco social ou condições de vida; Recomendação pelo usuário dos serviços para amigos ou parentes.
Orientação comunitária: reconhecimento do contexto social.	Realização de enquetes para avaliar as necessidades de saúde da população; Realização de enquetes para identificar os principais problemas de saúde; Representação de membros da comunidade na gestão da unidade; Existência de serviço de saúde nas escolas da área de abrangência; Realização de serviços curativos domiciliares; Realização de visitas domiciliares regulares; Realização de ações intersetoriais por parte da equipe da ESF com outras organizações ou grupos da comunidade; Autonomia da equipe da ESF para reorganizar a oferta de serviços conforme os problemas da comunidade.

ESF: Estratégia Saúde da Família; PCATool: *Primary Health Care Assessment Tool*; UBS: unidades básicas de saúde.

* Adaptado de Macinko et al. 27.

Tabela 2

Escore dos atributos da APS, segundo o respondente. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

Atributo	Total (n = 601)		Enfermeiros (n = 463)		Gestores (n = 138)		Valor de p *
	Escore *	IC95%	Escore *	IC95%	Escore ¹	IC95%	
Primeiro contato	0,95	0,94-0,97	0,95	0,94-0,97	0,96	0,94-0,98	0,515
Acesso	0,45	0,43-0,46	0,45	0,43-0,47	0,46	0,44-0,49	0,273
Longitudinalidade	0,83	0,81-0,85	0,83	0,81-0,85	0,89	0,87-0,91	0,000
Integralidade	0,83	0,82-0,84	0,83	0,82-0,84	0,85	0,84-0,87	0,005
Coordenação	0,78	0,77-0,79	0,78	0,77-0,79	0,79	0,77-0,80	0,401
Enfoque familiar	0,68	0,66-0,71	0,68	0,66-0,71	0,75	0,71-0,78	0,000
Orientação comunitária	0,56	0,54-0,59	0,56	0,54-0,57	0,65	0,62-0,68	0,000
Escore total da APS	0,75	0,74-0,76	0,75	0,74-0,76	0,78	0,77-0,79	0,000

APS: atenção primária à saúde; IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Valor de p: teste z para diferenças entre as médias dos enfermeiros e gestores;

** Os resultados estão apresentados em médias e IC95% calculadas por meio de regressão linear controlando a agregação das equipes de saúde da família por unidade básica de saúde.

coordenação (0,78), enfoque familiar (0,68), orientação comunitária (0,56) e acesso (0,45). Os atributos da longitudinalidade, da integralidade, do enfoque familiar e da orientação comunitária foram mais bem avaliados entre os gestores do que entre os enfermeiros ($p < 0,05$). Os escores dos demais atributos não diferiram entre os dois grupos.

Na Tabela 3, está apresentada a distribuição percentual das características de estrutura das UBS e da organização das equipes da ESF, segundo o escore total dos atributos da APS. A maior

parte das unidades básicas possuía quatro ou mais equipes da ESF (62,1%). Globalmente, na avaliação de gestores e enfermeiros, 89,3% das unidades básicas possuíam suprimento adequado de medicamentos, 71,1% possuíam equipamentos e insumos adequados às suas funções, 85,9% contavam com um médico pelo menos 30 horas por semana e 79,9% das equipes possuíam pelo menos a metade dos profissionais com treinamento em saúde da família. Todos esses fatores apresentaram associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) com o desempenho da APS.

Tabela 3

Distribuição das características de estrutura e dos fatores organizacionais, segundo o desempenho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção primária à saúde (APS). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

Características das ESF	Total	Escore total		Valor de p **
	[N = 594] *	Baixo desempenho (inferior à mediana)	Alto desempenho (igual ou superior à mediana)	
	(%)	(%)	(%)	
Unidade básica de saúde com 4 ou mais equipes de saúde da família (%)	62,1	57,5	66,4	0,024
Suprimento adequado (sempre/quase sempre) de medicamentos nos últimos 6 meses na unidade de saúde (vs. nunca/algumas vezes)	89,3	86,6	91,8	0,040
Presença de equipamentos e insumos na unidade de saúde para funções essenciais (sempre/quase sempre vs. nunca/algumas vezes)	71,1	61,4	80,4	0,000
Presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (vs. menos de 75%)	85,9	81,6	90,1	0,030
50% ou mais dos profissionais da equipe (médicos e outros) possui treinamento em saúde da família (vs. menos)	79,9	73,8	85,7	0,000
Total		48,9	50,9	

* Total de enfermeiros e gerentes com respostas presentes para todas as perguntas;

** Valor de p: teste χ^2 de Pearson para diferenças entre frequências de escores superiores e inferiores à mediana do escore total da APS.

Os resultados da análise multivariada das associações entre características de estrutura das UBS e da organização das equipes da ESF e o total dos atributos da APS estão apresentados na Figura 1. Com exceção do suprimento adequado de medicamentos, todas as características analisadas apresentaram associações positivas e estatisticamente significantes com o alto desempenho da APS. A associação mais forte foi com a disponibilidade de equipamentos e outros insumos (RP = 1,57; IC95%: 1,27-1,95), seguida pela formação dos profissionais da equipe em saúde da família (RP = 1,44; IC95%: 1,09-1,91), pela presença do médico por período superior a 30 horas semanais (RP = 1,42; IC95%: 1,05-1,92), e pelo número de equipes da ESF por unidade básica de saúde (RP = 1,09; IC95%: 1,02-1,06).

A Tabela 4 apresenta os resultados finais da análise multivariada dos fatores estruturais e organizacionais associados ao escore de cada atributo da APS. O número de equipes da ESF por UBS apresentou associação positiva e estatisticamente significativa com os atributos da coordenação (RP = 1,07; IC95%: 1,01-1,14) e enfoque familiar (RP = 1,08; IC95%: 1,02-1,15). O suprimento adequado de medicamentos apresentou associação positiva com a longitudinalidade (RP = 1,28; IC95%: 1,01-1,63). A disponibilidade de equipamentos básicos e insumos apresentou-se positivamente associada à integralidade (RP =

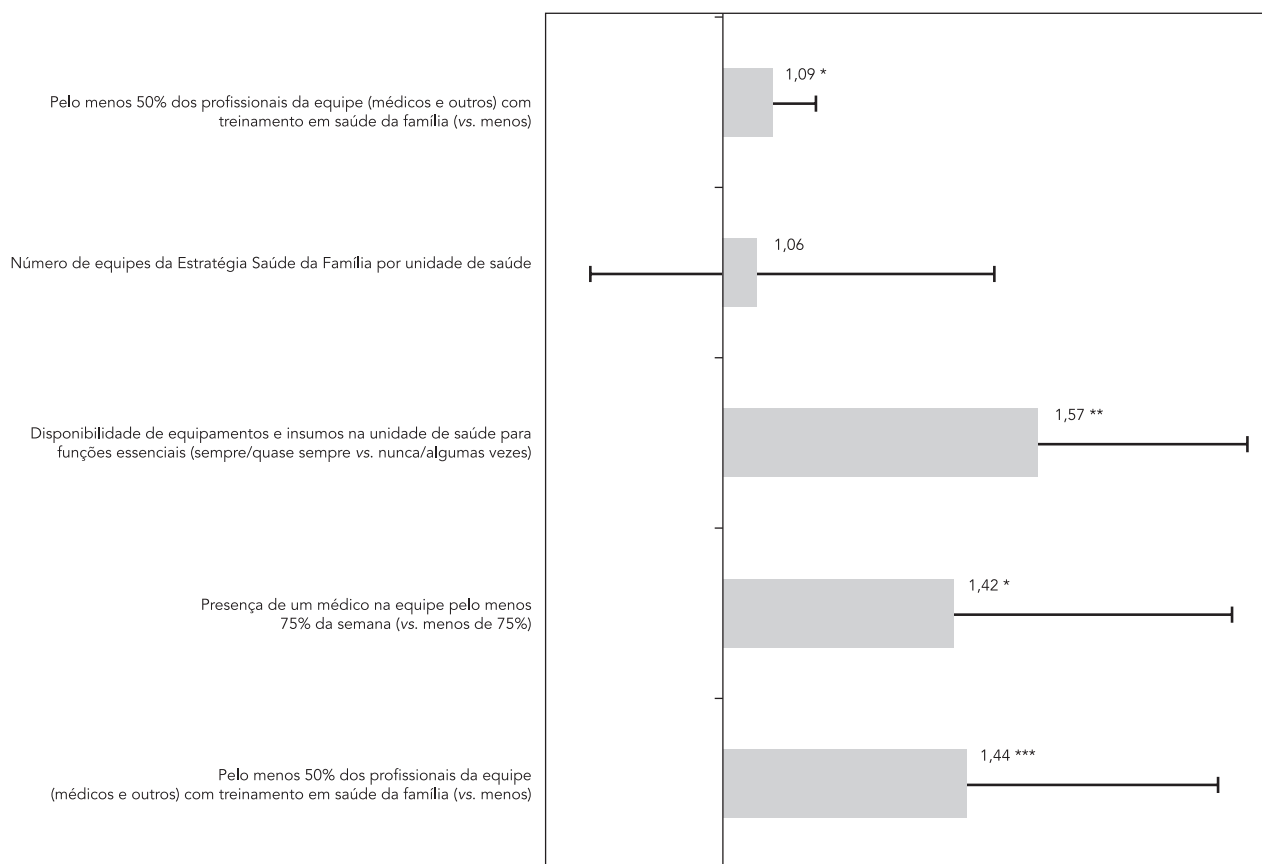
1,23; IC95%: 1,08-1,39) e à coordenação (RP = 1,30; IC95%: 1,11-1,53). A presença do médico por período superior a 30 horas semanais mostrou forte associação com a longitudinalidade (RP = 1,47; IC95%: 1,16-1,85), a coordenação (RP = 1,28; IC95%: 1,03-1,59) e o enfoque familiar (RP = 1,37; IC95%: 1,06-1,78). A formação de pelo menos 50% dos membros da equipe (médico e outros profissionais) em saúde da família mostrou associação positiva com a integralidade (RP = 1,33; IC95%: 1,10-1,59) e a coordenação (RP = 1,32; IC95%: 1,08-1,62). Nenhuma das características investigadas apresentou associação independente com os atributos do primeiro contato e do acesso.

Discussão

Este trabalho mostra que os atributos da APS em Belo Horizonte apresentam bom desempenho na avaliação dos profissionais e gestores envolvidos com a ESF. Entretanto, existe heterogeneidade nessa avaliação, com melhor avaliação do primeiro contato, longitudinalidade e integralidade, e pior avaliação do acesso e orientação comunitária. Por fim, as características estruturais das UBS e da organização das equipes da ESF influenciam esse desempenho.

Figura 1

Razões de prevalência (RP) ajustadas das características das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das unidades básicas de saúde (UBS) associadas ao alto desempenho da atenção primária à saúde (APS). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.



* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$;

*** $p < 0,000$.

Boas avaliações da APS, utilizando metodologia semelhante, foram observadas em municípios brasileiros^{13,15,19,30,31}. Porém, quando verificado o desempenho dos atributos destacadamente, os resultados deste trabalho diferem dos realizados em São Paulo, onde a coordenação e a integralidade receberam maiores pontuações¹³ e de Porto Alegre¹⁵, com maior pontuação no enfoque familiar. Tais resultados demonstram como o desempenho dos atributos da APS podem variar mesmo entre municípios com características sociodemográficas semelhantes, identificando oportunidades de melhoria da APS.

Sabe-se que um dos pontos mais elementares em avaliações de qualidade da APS é a presença de estrutura³². Em levantamento nacio-

nal, Barbosa et al.³³ encontraram que 85% das equipes possuíam equipamentos básicos em 2008 e 81% em 2001³⁴; e a proporção de equipes com equipamento gineco-obstétrico básico, que já era baixa em 2001 (62%), diminuiu para 59% em 2008. A proporção de médicos que atuava 40 horas semanais foi reduzida de 64% em 2001 para 62% em 2008, demonstrando um afastamento do padrão da ESF. Portanto, são necessários investimentos sustentados para que a APS alcance o padrão necessário para desempenhar seu papel na rede assistencial e o preparo da equipe para a atuação na APS³⁵. Barbosa et al.³³ mostram ainda que em 2001, 70% das equipes da ESF atuavam em UBS com apenas uma equipe, proporção ampliada para 75% em 2008.

Tabela 4

Razões de prevalência (RP) ajustadas das características das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das unidades básicas de saúde (UBS) associadas ao alto desempenho dos atributos da atenção primária à saúde (APS). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

Características da equipe	Primeiro contato RP (IC95%) *	Acesso RP (IC95%) *	Longitudinalidade RP (IC95%) *	Integralidade RP (IC95%) *	Coordenação RP (IC95%) *	Enfoque familiar RP (IC95%) *	Orientação comunitária RP (IC95%) *
Número de equipes da Estratégia Saúde da Família por unidade de saúde	0,99 (0,97-1,02)	0,86 (0,59-1,25)	1,0 (0,97-1,06)	1,02 (0,98-1,16)	1,07 (1,01-1,14) *	1,08 (1,02-1,15) **	1,16 (0,97-1,38)
Suprimento adequado (sempre/quase sempre) de medicamentos nos últimos 6 meses na unidade de saúde (vs. nunca/algumas vezes)	0,98 (0,89-1,08)	0,83 (0,21-3,22)	1,28 (1,01-1,63)*	0,96 (0,82-1,142)	0,99 (0,78-1,25)	1,15 (0,87-1,53)	0,8 (0,38-1,89)
Presença de equipamentos e insumos na unidade de saúde para funções essenciais (sempre/quase sempre vs. nunca/algumas vezes)	1,04 (0,96-1,13)	1,43 (0,50-4,06)	1,16 (1,00-1,35)	1,2 (1,08-1,39) **	1,30 (1,11-1,53) **	1,10 (0,93-1,30)	1,28 (0,75-2,18)
Presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (vs. menos de 75%)	1,05 (0,97-1,13)	0,74 (0,21-2,63)	1,47 (1,16-1,85) **	1,09 (0,93-1,28)	1,28 (1,03-1,59) *	1,37 (1,06-1,78) *	1,09 (0,62-1,90)
Pelo menos 50% dos profissionais da equipe (médicos e outros) possui treinamento em saúde da família (vs. menos)	0,97 (0,91-1,02)	1,88 (0,42-8,47)	1,13 (0,96-1,32)	1,33 (1,10-1,59) *	1,32 (1,08-1,62) **	1,15 (0,92-1,42)	1,36 (0,71-2,62)

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* RP e IC95% ajustados pela regressão binomial negativa, simultaneamente por todas as variáveis listadas na tabela, assim como pelo distrito sanitário e pelo respondente (essa análise foi baseada em 594 entrevistados – total de enfermeiros + gerentes com respostas presentes para todas as perguntas).

À época, essa era uma situação desejável pela proximidade geográfica da equipe com a comunidade. Já em grandes centros urbanos, onde há adensamento populacional, o compartilhamento da UBS com mais equipes pode significar ganhos adicionais.

O primeiro contato é o atributo que coloca a APS como a porta de entrada do sistema de saúde, com função de *gate keeping*, evitando a realização de exames e tratamentos desnecessários³⁶. Em Belo Horizonte, esse atributo recebeu alta pontuação. Na análise multivariada, não houve fatores associados a esse atributo, sugerindo que seu desempenho deve-se a outros que não os estudados, provavelmente devido à consolidação das políticas de regulação do SUS que controlam o acesso direto do usuário à atenção especializada³⁷. Outro estudo realizado nesse município identificou que os usuários diminuíram a procura por serviços hospitalares,

especializados e de urgência após a implantação da ESF³⁸.

O acesso propicia atenção oportuna para identificar e resolver os problemas dos pacientes, reduzindo a morbimortalidade. A dificuldade de acesso se configura como um dos principais problemas dos sistemas de saúde^{39,40}. Neste estudo, o acesso foi o atributo melhor avaliado. Essa avaliação negativa pode ser explicada pelas características organizacionais locais, em que as UBS funcionam apenas nos dias úteis e em horário comercial¹⁰. Também não são ofertadas formas mais ágeis de marcação de consultas ou de obtenção de informações por telefone e/ou Internet⁴¹.

A longitudinalidade está associada à maior familiaridade com o paciente, melhor identificação de problemas de saúde, realizações mais frequentes de exames preventivos⁴² e à satisfação do paciente⁴³. Esse atributo foi bem

avaliado neste estudo, com dois fatores associados: presença do médico por mais de 30 horas semanais e a disponibilidade de medicamentos. Estudo canadense mostrou que a principal característica da prática médica a influenciar a longitudinalidade foi o número de pacientes atendidos/hora, que quando superior a 3,4 traz prejuízo⁴⁴. Quanto menor o tempo do médico na UBS, maior será a pressão da demanda por atendimentos e, conseqüentemente, maior o número de atendimentos por hora, portanto a presença do médico por mais tempo propicia a longitudinalidade. Esse foi o único atributo sensível à disponibilidade de medicamentos. Uma explicação é a existência de outras fontes de suprimento, sobretudo a farmácia popular. Em Belo Horizonte, queixas para a obtenção de medicamentos diminuíram pela metade entre 2003 e 2010, refletindo a melhora desse acesso no período⁴⁵.

A integralidade reflete a capacidade da APS de realizar ações que atendam às necessidades de saúde da comunidade. Ela está associada à qualidade, eficiência, equidade e redução da morbidade⁴⁶. Neste trabalho, a disponibilidade de equipamentos e outros insumos na UBS e a formação da equipe em ESF apresentaram associações independentes desse atributo, confirmando resultados de trabalhos anteriores⁴⁷. Estudo de revisão comprova a importância da presença do enfermeiro para a integralidade⁴⁸. Essa é uma característica da estratégia brasileira para a organização da APS.

A coordenação facilita o acesso do paciente aos níveis do sistema⁴⁹, propicia menor uso de especialidades e redução das internações⁵⁰ e foi o quarto melhor avaliado. Neste estudo foi o atributo influenciado pelo maior número de características sugerindo que UBS com mais equipes e melhor estruturadas têm maior probabilidade de ter um bom desempenho nesse atributo. Estudo canadense mostrou que a principal característica a influenciar a coordenação foi a dedicação de 50 a 70% do tempo dos médicos na unidade de saúde⁵¹. O tempo do médico na equipe/UBS é tema de discussão no país, tendo sido alterada a norma sobre a presença desse profissional em regime de 40 horas semanais²¹. Apesar de não generalizáveis para todo o país, os resultados deste estudo destacam a necessidade de investigações para analisar a pertinência da mudança do tempo dedicado dos médicos à ESF. Esse e mais outro estudo canadense^{44,51} mostram que a presença de uma rede especializada articulada às UBS, possibilitando troca de opiniões, contribui para a coordenação. A adequada capacitação dos profissionais para essa função também foi demonstrada imprescindível³⁷.

Neste trabalho, o enfoque familiar e a orientação comunitária receberam piores avaliações, como em outros estudos^{13,14,52}. Esse cenário é preocupante, uma vez que esses atributos são aqueles que diferenciam a ESF do modelo ambulatorial tradicional. Na análise, o número de equipes por UBS e a presença do médico apresentaram associações independentes com o desempenho do enfoque familiar. Estranha-se o fato de que a formação dos profissionais na ESF não apresentou associação com nenhum desses atributos. São necessárias investigações complementares para melhor entendimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, que é o profissional-chave para um bom desempenho desses atributos e cujo trabalho, por vezes, se encontra distante do originalmente proposto⁵³.

Este trabalho tem vantagens e limitações. A abrangência do estudo, que contemplou todas as equipes da ESF em um dos maiores municípios brasileiros, é uma das vantagens, bem como o uso de questionário amplamente utilizado e previamente validado no Brasil, com alta proporção de respostas e boa consistência aferida pelo índice alpha de Cronbach, garantindo a validade interna da pesquisa. A opção por constituir dois grupos de respondentes possibilitou capturar informações de distintos pontos de vista, pois mesmo tendo sido consistentes entre gestores e enfermeiros, as avaliações revelaram algumas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos. A principal limitação do estudo é a subjetividade das respostas, baseadas na experiência de cada profissional. Isso pode ter afetado os resultados, como sugerido por avaliações mais favoráveis dos gestores em relação a alguns atributos e o escore total. Para contornar esse problema, a condição do respondente (se gestor ou enfermeiro) foi considerada *a priori* uma variável de confusão do estudo e foi incluída em todos os modelos ajustados. Outra limitação do estudo é a ausência de informações acerca da percepção dos usuários, embora um estudo anterior tenha mostrado que a percepção dos usuários apresenta concordância com as dos profissionais²⁷. Finalmente, vale ressaltar que o escore total da APS e de alguns dos seus atributos apresentou alguma variação entre os diferentes distritos sanitários (não mostrado)⁵⁴. Por isso, o distrito foi também considerado variável de confusão e incluído como fator de ajustamento nos modelos multivariados. Essas variações geográficas podem refletir diferenças na qualidade da APS dentro do município, gerando iniquidades, e precisam ser avaliadas com mais profundidade.

A implementação da ESF ainda está em processo de construção no país e a sua avaliação

permanente deve ser incentivada. O PCATool é um questionário amplamente validado, constituindo-se em um dos bons instrumentos para avaliação do desempenho da APS em diferentes contextos, para identificar aspectos que necessitam de intervenções para a melhoria da qualidade da APS em nosso meio.

As implicações dos nossos resultados para o planejamento em saúde podem ser resumidas em quatro pontos principais. A disponibilidade de insumos e de equipamentos na UBS foi o fator mais fortemente associado ao desempenho da APS, revelando a importância do financiamento e de sistemas logísticos adequados para a qualidade da ESF. A formação das equipes no tema “saúde da família” foi o segundo fator mais fortemente associado ao desempenho da APS, ressaltando a importância e a necessidade da formação específica na área. A presença do médico

por pelo menos 30 horas semanais foi o terceiro fator mais importante na avaliação da APS, e aquele mais fortemente associado aos atributos da longitudinalidade, da coordenação e do enfoque familiar. Tal resultado reforça a importância de políticas de alocação dos médicos nas equipes em tempo integral. O número de equipes da ESF por UBS também apresentou associação positiva com o desempenho do escore da APS. Isso pode ser explicado pelo melhor ambiente de trabalho decorrente de menor isolamento dos profissionais, da possibilidade de trocas de experiências e de intersubstituições. Logo, investimentos deveriam ser feitos para garantir um novo conceito de UBS de porte médio, robustas e bem equipadas, que possibilitem a permanência de várias equipes que possam compartilhar recursos e conhecimentos, podendo gerar melhoria na qualidade da APS e maior sustentabilidade dessa política.

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar el desempeño de la Atención Primaria de Salud (APS) en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, el uso de la versión portuguesa de la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria de Salud entre las enfermeras y administradores de equipos de salud familiar. La puntuación total de la APS fue de 0,75 (bueno). La dimensiones de primer contacto (0.95), la longitudinalidad (0.83), la amplitud (0,83) y la coordinación (0.78) habían obtenido mejores resultados. El enfoque familiar, orientación comunitaria y acceso recibieron las puntuaciones más bajas (0,68, 0,56 y 0,45). Los factores asociados PHC mejor rendimiento ($p < 0,05$) incluyen: disponibilidad de dispositivos de salud y otros insumos (RPajustado = 1,57), la educación y la formación de equipos de salud familiar (RP = 1,44), médico en el lugar durante más de 30 horas por semana (RP = 1,42) y la presencia de cuatro o más equipos por cada Unidad de Salud (RP = 1,09). Los resultados revelaron la importancia de los factores estructurales y organizativos sobre el desempeño de la APS.

Evaluación de Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia; Calidad de la Atención de Salud

Colaboradores

M. A. Turci e J. Macinko participaram da concepção do projeto, análise dos dados, redação do artigo, revisão crítica do trabalho e aprovou a versão final. M. F. Lima-Costa colaborou na concepção do projeto, redação do artigo, revisão crítica do trabalho e aprovou a versão final.

Agradecimentos

Este trabalho foi parcialmente financiado pelo Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Os autores agradecem aos gestores e aos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Belo Horizonte pelo apoio à pesquisa.

Referências

- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
- Organização Panamericana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde das américas. Washington DC: Organização Panamericana da Saúde; 2007.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
- Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:13-9.
- Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99:87-93.
- Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care* 2011; 49:577-84.
- Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29:2149-60.
- Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health* 2011; 101:1963-70.
- Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* 2012; 27:348-55.
- Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *J Urban Health* 2010; 87:994-1006.
- Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012; 21:33.
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
- Eliás PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:633-41.
- Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:4415-23.
- Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:1772-84.
- Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
- Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012; 17:36-42.
- Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação com outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:1370-80.
- Chomatas, ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde do município de Curitiba no ano de 2008 [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- Turci MA. Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
- Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Rajmil L, Borrell C, et al. Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011; 9:285.
- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105 (4 Pt 2):998-1003.
- Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un Instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria* 2007; 39:395-401.
- Jeon KY. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT). *Qual Prim Care* 2011; 19:85-103.
- Yang H, Shi L, Lebrun LA, Zhou X, Liu J, Wang H. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. *Int J Qual Health Care* 2013; 25:92-105.
- Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* 2007; 22:167-77.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1649-59.

29. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S148-58.
30. Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19:303-17.
31. Pereira MJB, Mishima SM, Bava MCC, Santos JSS, Matumoto S, Fortuna CM, et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf (acessado em 25/Mai/2012).
32. Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:4315-26.
33. Barbosa ACQ, Rodrigues JM, Sampaio LFR. De programa a estratégia: a saúde da família no Brasil em perspectiva. Um comparativo da década de 2000. In: *Anais do XIV Seminário sobre a Economia Mineira*; 2010. http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/seminarios/seminario_diamantina/2010/d10a043.pdf (acessado em 25/Mai/2012).
34. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001/2002. Brasília: Editora MS; 2004.
35. Silva NC, Braga RR, Rocha TAH, Barbosa ACQ, Rodrigues JM. Saúde da Família e RH: dimensões para efetividade. *Revista de Administração FACES Journal* 2011; 10:121-45.
36. Gervas J, Perez Fernandez M. La función de filtro del médico general y el papel de los especialistas en los sistemas de salud. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9:251-2.
37. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:286-98.
38. Almeida PF, Fausto MC, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 29:84-95.
39. Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res* 2007; 18:131.
40. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000; 35:63-8.
41. Vieira-da-Silva LM, Chaves SC, Esperidião MA, Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64:1100-5.
42. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; 53:974-80.
43. Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006; 63:158-88.
44. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008; 6:116-23.
45. Lima-Costa MF, Turci M, Macinko J. Saúde dos adultos em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
46. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006; 23:308-16.
47. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions *BMC Health Serv Res* 2010; 13:65.
48. Halcomb EJ, Davidson PM, Daly JP, Griffiths R, Yallop J, Tofler G. Nursing in Australian general practice: directions and perspectives. *Aust Health Rev* 2005; 29:156-66.
49. Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *Br J Gen Pract* 2004; 54:374-81.
50. Sung NJ, Suh SY, Lee DW, Ahn HY, Choi YJ, Lee JH. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *Int J Qual Health Care* 2010; 22:493-9.
51. Russell G, Dahrouge S, Tuna M, Hogg W, Geneau R, Gebremichael G. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Fam Pract* 2010; 27:535-41.
52. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PCD, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes, MH, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:683-703.
53. Fausto MC, Giovanella L, de Mendonça MH, de Almeida PF, Escorel S, de Andrade CL, et al. The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care. *J Ambul Care Manage* 2011; 34:339-53.
54. Lima-Costa MF, Turci M, Macinko J. Os atributos da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

Recebido em 01/Set/2014

Versão final reapresentada em 01/Jan/2015

Aprovado em 02/Mar/2015

Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública* 2015; 31(9):1941-1952.

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XER021115>

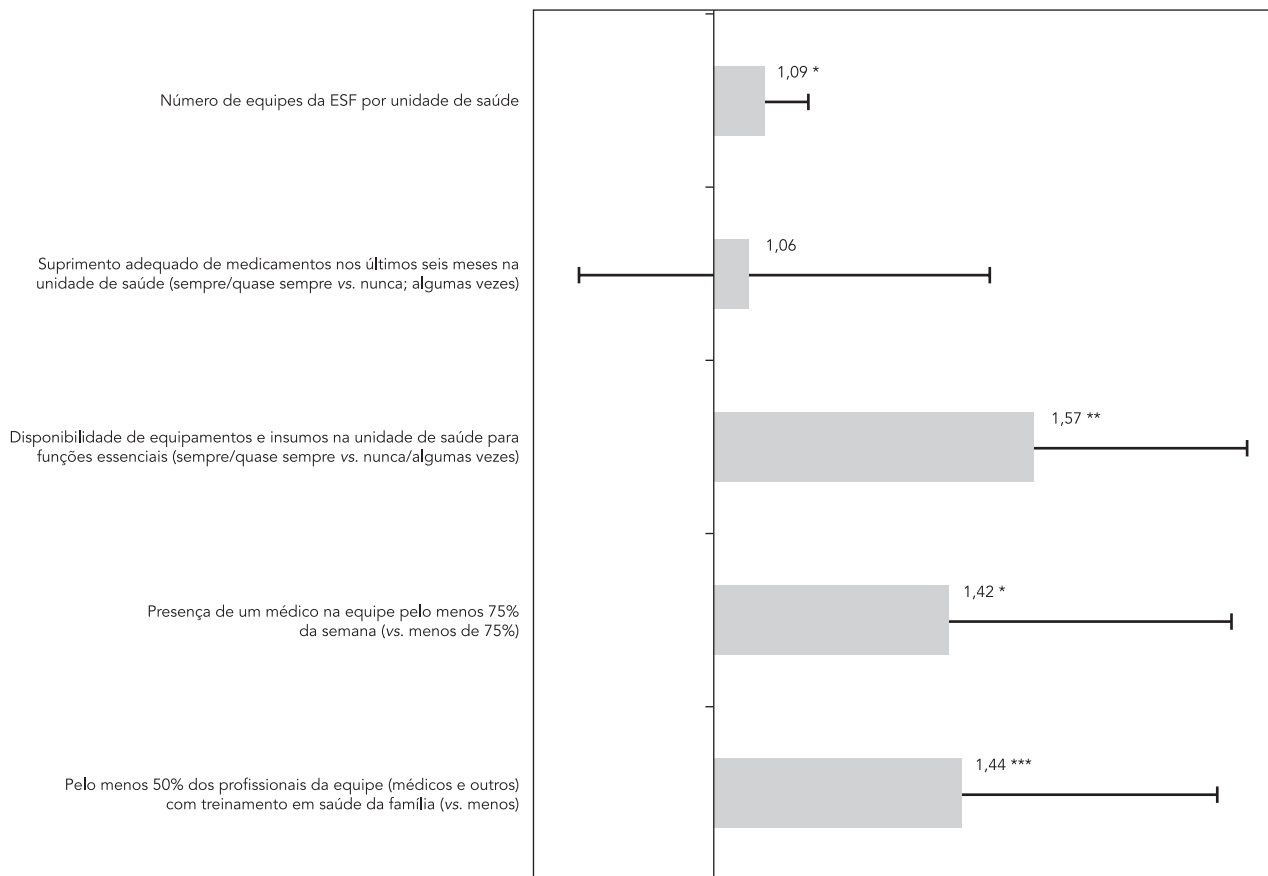
A revista foi informada sobre um erro na Figura 1. A Figura correta é:

The journal has been informed of an error in the Figure 1. The correct Figure is:

La revista fue informada sobre un error en la Figura 1. La Figura correcta es:

Figura 1

Razões de prevalência (RP) ajustadas das características das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das unidades básicas de saúde (UBS) associadas ao alto desempenho da atenção primária à saúde (APS). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.



* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$;

*** $p < 0,000$.