

Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian

Evaluación de la Estrategia Salud de la Familia a la luz de la triada de Donabedian

Assessment of the Family Health Strategy in the light of Donabedian triad

Cómo citar: Ferreira J; Geremia DS; Geremia F; Celuppi IC; Tombini LHT; Souza JB. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. Av Enferm. 2021;39(1):63-73. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85939>

1 Jéssica Ferreira

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8284-7883>
Correio eletrônico: ferreira.jessica@ebserh.gov.br

Contribuição: concepção da pesquisa, planejamento, análise, interpretação dos dados, redação do trabalho e aprovação da versão final do manuscrito.

2 Daniela Savi Geremia

Universidade Federal da Fronteira Sul (Chapecó, Santa Catarina, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2259-7429>
Correio eletrônico: daniela.geremia@uffs.edu.br

Contribuição: concepção da pesquisa, planejamento, análise, interpretação dos dados, redação do trabalho e aprovação da versão final do manuscrito.

3 Fabiano Geremia

Universidade Federal da Fronteira Sul (Chapecó, Santa Catarina, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8263-5795>
Correio eletrônico: fabiano.geremia@uffs.edu.br

Contribuição: concepção da pesquisa, planejamento, análise, interpretação dos dados, redação do trabalho e aprovação da versão final do manuscrito.

4 Ianka Cristina Celuppi

Universidade Federal de Santa Catarina (Florianópolis, Santa Catarina, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2518-6644>
Correio eletrônico: iankacristinaceluppi@gmail.com

Contribuição: análise, interpretação dos dados, redação do trabalho e aprovação da versão final do manuscrito.

5 Larissa Hermes Thomas Tombini

Universidade Federal da Fronteira Sul (Chapecó, Santa Catarina, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6699-4955>
Correio eletrônico: larissa.tombini@uffs.edu.br

Contribuição: análise, interpretação dos dados, redação do trabalho e aprovação da versão final do manuscrito.

6 Jeane Barros de Souza

Universidade Federal da Fronteira Sul (Chapecó, Santa Catarina, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0512-9765>
Correio eletrônico: jeane.silva@uffs.edu.br

Contribuição: análise, interpretação dos dados, redação do trabalho e aprovação da versão final do manuscrito.

DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85939>

Recibido: 29/03/2020 Aceptado: 10/12/2020

ISSN (IMPRESO): 0121-4500
ISSN (EN LÍNEA): 2346-0261



Resumo

Objetivo: avaliar a qualidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio das dimensões de estrutura, processo e resultado e suas relações com atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS).

Materiais e método: pesquisa quantitativa com desenho transversal. A amostra foi intencional, estratificada e proporcional. Foram entrevistados 95 profissionais, 48 enfermeiros e 47 médicos da equipe saúde da família, além de 203 usuários de todas as 26 unidades do município de Chapecó, Santa Catarina, Brasil. O instrumento de coleta de dados foi fundamentado no modelo teórico de Avedis Donabedian. Utilizou-se análise estatística inferencial e regressão linear múltipla na análise de dados primários.

Resultados: a qualidade da ESF no município de Chapecó é determinada pela dimensão estrutural por meio do número de equipes de saúde por habitante, pelo acesso, pela localização da unidade de saúde no território e pela disponibilidade de medicamentos. Na dimensão do processo de trabalho, são analisados o vínculo e a integralidade, a efetividade das visitas domiciliares e as iniciativas de apoio institucional para os processos de avaliação. Na dimensão de resultado, as formas de agendamento das consultas, a agilidade do atendimento e o vínculo terapêutico foram aspectos responsáveis pela satisfação dos usuários.

Conclusões: a qualidade da ESF, medida pela matriz analítica das dimensões de estrutura, processo e resultado, está relacionada significativamente com os atributos essenciais da APS. Esses atributos podem fortalecer a ESF como política pública de saúde.

Descritores: Avaliação em Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Qualidade dos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde (fonte: DECS, BIREME).

Resumen

Objetivo: evaluar la calidad de los servicios de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) a través de las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus relaciones con los atributos esenciales de la atención primaria en salud (APS).

Materiales y método: investigación cuantitativa con diseño transversal. La muestra fue intencional, estratificada y proporcional. Se entrevistaron 95 profesionales, 48 enfermeros y 47 médicos del equipo salud de la familia y 203 usuarios de las 26 unidades del municipio del Chapecó, Santa Catarina, Brasil. El instrumento de recolección de datos se fundamentó en el modelo teórico de Avedis Donabedian. Se utilizó análisis estadístico inferencial y regresión lineal múltiple para el análisis de datos primarios.

Resultados: la calidad de la ESF en el municipio estudiado se determinó a partir de la dimensión estructural, mediante el número de equipos de salud por habitante, el acceso a los servicios prestados, la ubicación de la unidad sanitaria en el territorio y la disponibilidad de medicamentos. En la dimensión del proceso de trabajo se analizó el vínculo y la integridad, la efectividad de las visitas a domicilio y las iniciativas de apoyo institucional para procesos de evaluación. En la dimensión del resultado, las formas de programación de las consultas, la agilidad de la atención y el vínculo terapéutico fueron aspectos responsables de la satisfacción de los usuarios.

Conclusiones: la calidad de la ESF, medida por la matriz analítica de las dimensiones estructurales, procesos y resultados, está significativamente relacionada con los atributos esenciales de la APS. Estos atributos pueden fortalecer la ESF como política pública de salud.

Descriptorios: Evaluación en Salud; Estrategia de Salud de la Familia; Calidad de los Servicios Sanitarios; Sistema Único de Salud (fuente: DECS, BIREME).

Abstract

Objective: To assess the quality of Family Health Strategy (FHS) services by measuring structure, process, and result dimensions, as well as their relations with essential attributes of primary health care (PHC).

Materials and method: Quantitative research study with a cross-sectional design. The sample was intentional, stratified, and proportional. A total of 95 professionals, 48 nurses and 47 medical doctors of family health team, as well as 203 public health users in all the 26 primary health care units at the municipality of Chapecó, Santa Catarina, Brazil, were interviewed. The data collection tool was based on Avedis Donabedian's theoretical framework. Inferential statistical analysis and multiple linear regression was used for primary data analysis.

Results: The quality of FHS in the studied city is determined by its structural dimension, which is established by the number of health teams per inhabitant, access to health services, the location of primary health care units in each territory, and the availability of medicine. The working process dimension evaluated bonding and integrality in health services, the effectiveness of house calls, and the initiatives of institutional support to assessment processes. Regarding the result dimension, the means of consultation events scheduling, care agility, and the therapeutic relationship were responsible for users' satisfaction.

Conclusions: The quality of FHS, assessed by using the analytic matrix structure, process, and result dimensions, is significantly related to essential attributes of PHC. These attributes may strengthen the FHS as public health policy.

Descriptors: Health Evaluation; Family Health Strategy; Quality of Health Care; Brazilian Unified Health System (source: DECS, BIREME).

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de organização e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Para tanto, baseia-se em atributos essenciais para seu desenvolvimento, como acesso, primeiro contato e vínculo com os indivíduos e as famílias, integralidade do cuidado, longitudinalidade e coordenação da atenção em meio à rede assistencial (1). Entretanto, a conjuntura do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstra que a existência real do modelo de ESF enfrenta dificuldades na implementação de sua proposta assistencial, gerando contrariedades na clínica e na gestão (2).

Avaliar a qualidade da ESF contribui para monitorar os avanços e pontuar os obstáculos existentes, viabilizando o direcionamento de ações no processo de planejamento e a delimitação de estratégias para sua melhoria e alcance de maior resolutividade. Com esse intuito, entre outras ações, o Ministério da Saúde criou, em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (3), com a proposta de incentivar os gestores e as equipes na melhoria da qualidade dos serviços ofertados, instituindo processos contínuos e progressivos de avaliação e monitoramento como parte do planejamento e do cotidiano dos serviços. Essa iniciativa trouxe grandes avanços, fomentando debates sobre o delineamento da APS e a condução de pesquisas de abrangência nacional (4).

No entanto, apesar do largo incremento no desenvolvimento de processos de avaliação em saúde no Brasil (5), evidencia-se a necessidade de ampliar a utilização de ferramentas e iniciativas a serem aplicadas no monitoramento da ESF para fortalecer a cultura de avaliação nas instituições de saúde pública. Sem reconhecer as características locais da ESF, não é possível subsidiar a estruturação de avanços e superar os obstáculos existentes.

Assim, ressalta-se a tríade de orientação da avaliação dos serviços de saúde, desenvolvida criteriosamente por Donabedian, baseada nas dimensões de estrutura, processo e resultado, como forma de mensurar os diversos fatores envolvidos na qualidade da atenção à saúde (6). Essa proposta permite a utilização de diferentes mecanismos metodológicos para orientar a avaliação das dimensões.

A concepção adotada para este estudo é a da avaliação do primeiro ponto de atenção da rede de serviços de saúde, que abarca as dimensões da APS, seus atributos essenciais e derivados. Considera-se a qualidade da APS como catalisadora para o avanço da integralidade da assistência, para a ampliação da cobertura universal e para a resolutividade das necessidades de saúde da população (7).

Nesse íterim, emergem os seguintes questionamentos: como são avaliados os serviços de ESF nas dimensões de estrutura, processo e resultado em um município polo do oeste de Santa Catarina? Qual a relação da avaliação da qualidade da ESF com os atributos essenciais da APS? Nesse sentido, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade dos serviços da ESF por meio da percepção dos profissionais sobre a dimensão estrutural desses serviços e seu processo de trabalho, o resultado sob a ótica dos usuários da ESF e as relações estabelecidas com os atributos essenciais da APS.

Materiais e método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa com desenho transversal (8). O referencial teórico de avaliação dos serviços de saúde utilizado nesta pesquisa foi de Avedis Donabedian, que se baseia nas dimensões de estrutura, processo e resultado (6).

A dimensão de estrutura avalia as condições existentes para a execução da assistência à saúde e compreende os recursos humanos, materiais e físicos, as normas, as rotinas e as instalações. A dimensão de processo concerne às atividades ofertadas pelos serviços de saúde no desenvolvimento da assistência, abrangendo procedimentos, técnicas, aspectos éticos e relação terapêutica. O componente do resultado refere-se ao impacto da interação entre o serviço de saúde e os usuários, e o efeito dessa interação na saúde da população (6).

O cenário da pesquisa consistiu em todas as 26 unidades de saúde da família de Chapecó, em Santa Catarina, no Brasil, considerado município polo da região, que abrange outros 38 municípios. Chapecó apresenta população estimada de 213.279 habitantes, tendo cobertura de ESF de 91,12 %, com 53 equipes de saúde da família (9).

O estudo abordou dois públicos diferentes na pesquisa. Na dimensão de análise de estrutura e processo de trabalho, os entrevistados foram os

enfermeiros e os médicos das unidades de saúde da família do município. Já para a dimensão de resultados foram entrevistados os usuários vinculados às respectivas unidades.

O público profissional entrevistado foi composto de todos os enfermeiros e médicos da ESF do município que se encaixaram nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. O método de escolha foi intencional, considerando a função profissional na ESF. Como critério de inclusão, foram considerados enfermeiros e médicos que atuavam na ESF por no mínimo um ano, e, como critérios de exclusão, profissionais que estavam em férias, afastados ou em licença saúde. Ao todo foram abordados 48 enfermeiros e 47 médicos, totalizando 95 profissionais das 53 equipes de saúde da família.

A amostra aplicada aos usuários foi intencional, estratificada e proporcional à cobertura da ESF no município. Foi adotado um intervalo de confiança de 93 %, com um erro amostral de 7 %. De acordo com o cálculo amostral utilizado (10), considerou-se a população de 213.279 habitantes com a cobertura populacional da ESF estimada em 91,12 % (9), que equivale a 194.339 habitantes; assim, determinou-se com o cálculo a população amostra de 203 usuários.

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad n_0 = \frac{1}{0,07^2} \quad n_0 = \frac{1}{0,07^2} = 204$$

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0} \quad n = \frac{194339 \times 204}{194339 + 204} = 203$$

Legenda: n_0 — primeira aproximação do tamanho da amostra; E — erro amostral tolerável; N — tamanho da população; n — tamanho da amostra.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2018. Foram realizadas entrevistas utilizando-se dois instrumentos, um para profissionais e outro para os usuários. Antes da aplicação, no intuito de validá-los e ajustá-los, os instrumentos de coleta foram testados e avaliados quanto ao grau de congruência com os objetivos da pesquisa e à facilidade de compreensão por seis profissionais, sendo três médicos e três enfermeiros, e 15 usuários.

Foi elaborado um termo de compromisso livre e esclarecido (TCLE) para os profissionais de saúde entrevistados e outro para os usuários da ESF, nos quais constaram todas as informações da pesquisa. O TCLE foi exposto e posteriormente assinado pelos entrevistados.

Para analisar a dimensão de estrutura e processo, o primeiro instrumento, com 24 questões fechadas, foi aplicado de forma presencial em todas as equipes de saúde da família do município. Foi realizado o contato telefônico ou verbal com os coordenadores das unidades básicas de saúde e agendadas as aplicações dos formulários para uma reunião das equipes de saúde da família durante os cinco meses da coleta de dados, já que nela se encontravam os profissionais públicos-alvo do estudo. Para a avaliação da dimensão de resultado, aplicou-se o segundo instrumento, contendo 18 questões fechadas, também de forma presencial aos usuários da ESF do município. A mensuração dos formulários da pesquisa foi avaliada em um escore de um a três pontos (3 — bom; 2 — regular; 1 — ruim).

Todos os dados foram organizados em uma base de dados do Microsoft Excel 10, versão 14.0.7212.5000, ao passo que, para a análise, utilizou-se o software livre Gnu Regression, Econometrics and Time-series Library (GRET), versão 1.1. A análise estatística inferencial dos dados por regressão linear múltipla transcorreu por meio da seleção de variáveis preditoras (independentes), que foram agrupadas para explicar a variável resposta (dependente) nas dimensões de estrutura, processo e resultado. Ademais, o modelo de análise permitiu a comparação entre a combinação das variáveis em cada uma das dimensões estudadas, conforme o Quadro 1.

Neste estudo, foi utilizado o banco de dados da pesquisa “Gestão da qualidade na Atenção Primária à Saúde: uma avaliação da estrutura, processo e resultado” (11) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul no ano de 2018, com o Parecer n. 2.492.799.

Resultados

O perfil dos participantes da pesquisa foi composto de 49,5 % de profissionais médicos e 50,5 % enfermeiros, com tempo de atuação na saúde da família entre 1 e 20 anos, sendo a média de 3 anos e 8 meses. No que se refere à formação e à capacitação profissional, metade dos profissionais (50,5 %) apresenta especialização na área de APS, saúde da família ou saúde coletiva. Quanto aos usuários das unidades de saúde, apresentam média etária de 43 anos; 8,9 % têm superior completo; 34,0 %, ensino médio completo; 25,1 %, ensino fundamental completo e 32,0 %, ensino fundamental incompleto ou não são alfabetizados. Em seguida, serão apresentados os resultados de acordo com as dimensões estudadas.

Quadro 1. Matriz de análise da qualidade na Estratégia Saúde da Família

Tríade de Donabedian	Categorias de análise	Variáveis
Estrutura dos serviços	Recursos humanos (CE1)	Número de equipes de saúde da família por habitante
		Formação em APS/saúde coletiva
	Recursos físicos (CE2)	Distribuição das salas
		Localização das unidades no território
	Recursos materiais (CE3)	Disponibilidade de medicamentos
		Disponibilidade de imunobiológicos
Materiais de consumo diário		
Processo de trabalho	Relação terapêutica (CP1)	Aspectos éticos entre profissional e paciente
		Vínculo e integralidade no atendimento
		Utilização de protocolos clínicos e técnicos
		Procedimentos privativos da categoria profissional
		Efetividade das visitas domiciliares
		Efetividade das ações em espaços comunitários
	Planejamento do cuidado (CP2)	Rastreamento de pacientes de risco
		Agendamento de consultas
		Projeto terapêutico singular
	Gestão e gerenciamento do serviço (CP3)	Resolutividade das reuniões de equipe
		Articulação com o conselho local de saúde
		Apoio da Secretaria Municipal de Saúde
		Funcionamento/organização da rede municipal
		Trabalho em equipe
		Aspectos éticos entre profissionais da equipe
Resultado/satisfação	Acesso e acessibilidade (CR1)	Avaliação e monitoramento na ESF
		Cumprimento dos indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)
		Acessibilidade geográfica da unidade
		Estrutura física da unidade
		Horário de funcionamento
		Acolhimento recebido
		Agendamento de consultas
		Aspectos éticos entre profissional e paciente
		Vínculo com a equipe
		Tempo de espera para atendimento médico
	Tempo de espera para o atendimento com enfermeiro	
	Resolutividade (CR2)	Disponibilidade de medicamentos
		Educação em saúde
		Autoavaliação do estado de saúde
		Resolutividade no atendimento
Agilidade da referência e contra referência		
Qualidade do atendimento médico		
Qualidade do atendimento do enfermeiro		
Adesão às atividades de educação em saúde		
Satisfação com o serviço		

Legenda: CE — categoria de estrutura; CP — categoria de processo; CR — categoria de resultado.

Fonte: elaboração própria.

Dimensão de estrutura

A Tabela 1 demonstra os resultados da estimação das variáveis estruturais para o funcionamento e organização da ESF no município pesquisado, conforme avaliação dos profissionais das equipes de saúde da família. Os resultados revelam que, na regressão linear dos mínimos quadrados ordinários (MQO), o coeficiente alfa não é estatisticamente significativo (NES), sugerindo se tratar de uma regressão pela origem, em que o intercepto não é estatisticamente diferente de zero.

Tabela 1. Estrutura dos centros de saúde da família. Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2018

Estrutura dos centros de saúde da família				
Variável dependente: funcionamento e organização da Atenção Primária				
	Coeficiente	Erro padrão	razão-t	p-valor
Constante	0,139846	0,784494	0,1783	0,85893
N. de equipes de saúde da família x habitante (CE1)	0,228377	0,0846476	2,6980	0,00836 *
Distribuição das salas (CE2)	0,0202364	0,0717972	0,2819	0,77872
Localização do centro de saúde da família no território (CE3)	0,291441	0,167614	1,7388	0,08557 ***
Disponibilidade de medicamentos (CE4)	0,287208	0,109525	2,6223	0,01029 **
Disponibilidade de imunobiológicos (CE5)	0,117398	0,252261	0,4654	0,64281
Materiais de consumo diário (CE6)	-0,020049	0,112876	-0,1776	0,85943
Média var. dependente	2,368421	D.P. var. dependente		0,669274
R-quadrado	0,218565	R-quadrado ajustado		0,165285

(*) Probabilidade de erro de 1,0 %, com significância de 99,0 %.

(**) Probabilidade de erro de 5,0 %, com significância de 95,0 %.

(***) Probabilidade de erro de 10,0 %, com significância de 90,0 %.

Legenda: CE — categoria de estrutura.

Fonte: elaboração própria.

Na avaliação dos profissionais das equipes de saúde da família sobre qualidade da estrutura para o funcionamento das atividades das unidades básicas, na lógica da ESF, o fato de a constante ser igual a zero representa que as variáveis independentes utilizadas no modelo explicam o funcionamento e a organização da Atenção Primária.

A variável de maior significância no modelo de análise é a disponibilidade do número de equipes de saúde da família por habitante (CE1), que se apresenta significativa ao nível de 1,0 %. Com relação à disponibilidade de medicamentos na unidade (CE4),

apresenta-se significativa ao nível de 5,0 %, enquanto a variável de localização geográfica (CE3) da unidade apresenta significância a 10,0 % de probabilidade de erro. Dada às combinações, as demais variáveis não apresentam significância estatística para a dimensão da estrutura. Embora sejam NES, essas variáveis não podem ser negligenciadas pelos serviços, pois essa situação ocorre em função das diferenças na percepção dos profissionais no que se refere a essas três variáveis.

Outro elemento importante com relação ao modelo utilizado que merece ênfase diz respeito ao nível explicativo ou ao índice de correlação das variáveis. Esse modelo tem o nível explicativo apresentado pelo "R-quadrado ajustado" de 16,5 %. Em termos práticos, significa que, na avaliação dos profissionais de saúde, as variáveis estruturais pesquisadas explicam em 0,1652, o que representa 16,5 % a qualidade da estrutura.

Em primeira análise, esse índice de correlação é relativamente baixo; não obstante, é relevante considerar os elementos empíricos que influenciam na avaliação de cada unidade por parte dos profissionais, como os diferentes bairros, as diferentes estruturas físicas, a qualificação e o tempo de serviço das equipes de saúde da família. Esses elementos sempre apresentam subjetividades relacionadas à percepção do profissional, o que gera grande dispersão nas percepções avaliativas. Assim, o nível explicativo, embora seja baixo, identifica as variáveis relevantes da dimensão estrutural das unidades.

Dimensão de processo

A estimação das variáveis do processo assistencial na ESF é apresentada na Tabela 2. O coeficiente de intercepto apresenta nível de significância a 5,0 %, com coeficiente negativo de (- 1,28). Isso expressa que, ao não considerar as variáveis do modelo, a avaliação do processo de trabalho pelos profissionais das equipes de saúde da família seria negativa.

A variável de maior significância estatística no modelo que avalia os processos de trabalho das equipes de saúde da família é a efetividade das visitas domiciliares (CP2), que se apresentou significativa ao nível de 1,0 % de probabilidade de erro. Já na avaliação do processo de vínculo e longitudinalidade (CP1) e do processo de avaliação, monitoramento e implementação do PMAQ-AB (CP7), o nível de significância foi a 5,0 %.

Tabela 2. Processo de trabalho da equipe da saúde da família. Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2018

Processo de trabalho da equipe da saúde da família					
Variável dependente: funcionamento e organização da atenção primária					
	Coeficiente	Erro padrão	razão-t	p-valor	
Constante	-1,28444	0,555023	-2,3142	0,02301	**
Vínculo e longitudinalidade (CP1)	0,353953	0,168016	2,1067	0,03803	**
Efetividade das visitas domiciliares (CP2)	0,324068	0,116275	2,7871	0,00653	*
Rastreamento de pacientes de risco (CP3)	0,0758436	0,0825165	0,9191	0,36057	
Resolução de problemas apresentados em reunião de equipe (CP4)	0,0992634	0,0748207	1,3267	0,18809	
Apoio institucional (CP5)	0,174147	0,0936141	1,8603	0,06623	***
Trabalho em equipe (CP6)	0,106532	0,141254	0,7542	0,45277	
Avaliação, monitoramento e implementação do PMAQ (CP7)	0,266146	0,13225	2,0124	0,04727	**
Média var. dependente	2,368421	D.P. var. dependente		0,669274	
R-quadrado	0,426251	R-quadrado ajustado		0,380088	

(*) Probabilidade de erro de 1,0 %, com significância de 99,0 %.

(**) Probabilidade de erro de 5,0 %, com significância de 95,0 %.

(***) Probabilidade de erro de 10,0 %, com significância de 90,0 %.

Legenda: CP — categoria de processo.

Fonte: elaboração própria.

Nesse modelo, dadas as combinações entre as variáveis, os demais coeficientes não apresentam significância estatística para a dimensão do processo de trabalho. Conforme destacado na tabela anterior, embora sejam NES, essas variáveis não podem ser descuidadas pelos serviços. Outrossim, é possível deduzir que elas apresentam nível de eficiência bastante dispares entre as unidades básicas de saúde do município pesquisado.

O coeficiente de correlação desse modelo, que determina o nível explicativo das variáveis, representado pelo “R-quadrado ajustado”, foi de 0,38, o que representa 38,0 %. Esse coeficiente pode ser considerado relevante, porquanto existem variáveis no modelo que apresentam significativa dispersão de informações, o que diminui a correlação entre a variável explicada das variáveis explicativas.

Dimensão de resultado

A Tabela 3 apresenta a estimação das variáveis relacionadas à satisfação dos usuários das unidades de saúde. Esse modelo tem alta significância estatística para boa parte das variáveis. O intercepto apresenta significância ao nível de 10,0 %,

e seu coeficiente foi negativo (- 0,49), o que determinaria grau negativo de satisfação dos usuários caso não existissem as variáveis explicativas do modelo. Verifica-se, a partir da estimação dos coeficientes, que o grau de satisfação dos usuários da ESF está relacionado diretamente à estrutura física do serviço (CR2), ao vínculo com a equipe (CR3), ao agendamento de consultas (CR4) e à qualidade das consultas realizadas (CR8).

Tabela 3. Satisfação dos usuários dos centros de saúde da família. Chapecó, Santa Catarina, Brasil, 2018

Satisfação dos usuários dos centros de saúde da família					
Variável dependente: satisfação com o centro de saúde da família					
	Coeficiente	Erro padrão	razão-t	p-valor	
Constante	-0,49351	0,288517	-1,7105	0,08877	***
Acessibilidade (CR1)	0,0268587	0,0563691	0,4765	0,63427	
Estrutura física do centro de saúde da família (CR2)	0,386883	0,0876219	4,4154	0,00002	*
Vínculo com a equipe (CR3)	0,387551	0,0823659	4,7052	<0,00001	*
Agendamento de consultas (CR4)	0,108255	0,0446835	2,4227	0,01632	**
Agilidade no atendimento da rede de saúde (CR5)	0,11665	0,0671394	1,7374	0,08390	***
Disponibilidade de medicamentos (CR6)	-0,0542229	0,0382511	-1,4176	0,15793	
Efetividade da assistência (CR7)	0,0792209	0,0663003	1,1949	0,23359	
Qualidade das consultas do centro de saúde da família (CR8)	0,153729	0,0684456	2,2460	0,02583	**
Média var. dependente	2,591133	D.P. var. dependente		0,609593	
R-quadrado	0,544838	R-quadrado ajustado		0,526068	

(*) Probabilidade de erro de 1,0 %, com significância de 99,0 %.

(**) Probabilidade de erro de 5,0 %, com significância de 95,0 %.

(***) Probabilidade de erro de 10,0 %, com significância de 90,0 %.

Legenda: CR — categoria de resultado.

Fonte: elaboração própria.

As variáveis de estrutura física (CR2) e vínculo com a equipe (CR3) apresentam nível de significância a 1,0 %; as variáveis agendamento de consultas (CR4) e qualidade das consultas (CR8) apresentam significância a 5,0 %, e a agilidade no atendimento da rede de saúde (CR5) tem significância a 10,0 %.

O potencial explicativo desse modelo pode ser considerado altamente relevante, porquanto o coeficiente de correlação foi de 0,5260, o que representa 52,6 %, demonstrado na Tabela 3 pelo R-quadrado ajustado. Por conseguinte, dado que o modelo apresenta três variáveis NES, as demais

variáveis têm potencial altamente explicativo. É pertinente destacar que, na análise de grau de satisfação, em que inevitavelmente persiste algum nível de subjetividade, um potencial explicativo de 52,6 % é relevante.

Discussão

A avaliação realizada permitiu identificar que, na dimensão estrutural, o número de equipes de saúde da família por habitante, a localização das unidades no território e a disponibilidade de medicamentos detêm maior impacto para a qualidade do serviço.

A prática da ESF segue o modelo de territorialização, no qual delimita-se o critério de adscrição para o cadastro da população de determinada área a uma equipe de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica vigente, revisada no ano de 2017, delimita a faixa populacional de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe de saúde da família, mas flexibiliza essa relação em prol da autonomia do gestor municipal para a definição do espaço territorial de vinculação com a população (12, 13).

Tal revisão da política representa um risco para a qualidade da assistência, pois o número de equipes de saúde da família completas por habitante configura um componente estrutural necessário, associado ao melhor desempenho da clínica ampliada na ESF e à corresponsabilização dos profissionais pelos usuários (3, 14). O número de equipes por habitante impacta diretamente no desenvolvimento do processo de trabalho e na efetividade do serviço, como constatado no presente estudo.

Outro fator impactante na dimensão estrutural das unidades básicas de saúde é sua localização no território. O território na APS constitui um espaço interativo, permeado por objetos geográficos, sociais e culturais, que permitem compreensão do contexto de potencialidades e riscos inerentes à forma de viver da comunidade (15). O próprio acesso aos serviços de saúde é pior onde se tem populações vulneráveis (16). Nesse sentido, a localização inadequada das unidades no território constitui uma barreira para o acesso; dessa forma, o local de uma unidade deve ser estratégico e projetado para reconhecer e responder às especificidades existentes.

A disponibilidade de medicamentos configurou a última variável estrutural com maior significância para a qualidade. A carência de insumos, como

medicamentos, interfere diretamente na efetividade dos planos terapêuticos e, conseqüentemente, no êxito da atenção às necessidades de saúde dos usuários, reduzindo a resolutividade desse primeiro nível de atenção (17, 18). Estudos recentes constatam que a ESF teve uma evolução positiva na disponibilidade de medicamentos, sendo esse um dos fatores responsáveis pela capacidade de sanar as demandas de saúde da população, reduzindo inclusive as internações por causas sensíveis à atenção primária (14, 18-20).

No que se refere à dimensão de processo, as variáveis que mais influenciaram o processo de trabalho dos profissionais de saúde foram o vínculo, a longitudinalidade, a efetividade das visitas domiciliares, o apoio institucional e o PMAQ-AB. O vínculo longitudinal abarca a identificação da ESF como fonte continuada de cuidados, expressa a relação mútua interpessoal das equipes de saúde da família com a população e assegura a conexão de informações entre os profissionais de saúde para a condução do cuidado (19). Esses atributos permitem um diagnóstico preciso sobre as demandas dos usuários e a organização de planos terapêuticos individualizados, levando a menores custos e hospitalizações por meio da prevenção de certos agravos (20).

O processo saúde-doença é influenciado pelo conjunto de singularidades presentes no cotidiano de cada comunidade. Dessa forma, o vínculo e a longitudinalidade, ao valorizarem o diálogo e a rede de subjetividades intrínseca a cada território, favorecem a competência cultural e o estabelecimento de relações horizontais entre profissionais e usuários (16, 23-25). Logo, os atributos da APS em questão são uma das principais potencialidades a serem exploradas pelas equipes de saúde da família, pois representam um aspecto central da idiosincrasia do modelo de saúde brasileiro.

A visita domiciliar desempenhada na ESF representa um espaço facilitador do vínculo e da longitudinalidade e destaca-se como uma intervenção capaz de consubstanciar as ações dos profissionais para o cuidado individualizado. Assim, tem como base o cotidiano das famílias e seus recursos disponíveis para o desenvolvimento do autocuidado, com a construção de relações terapêuticas mais satisfatórias (21). Compreende-se que a realização de visitas domiciliares efetivas colabora para a concretização de uma ESF de caráter singular e resolutivo em suas ações.

O apoio institucional representa um subsídio de suporte aos profissionais de saúde para a produção de um planejamento compartilhado. Esse apoio vai em contraposição às formas tradicionais de coordenar e avaliar e estimula espaços de análise coletiva, coerentes com o modelo de atenção adotado, o que possibilita práticas de gestão adequadas à rotina de trabalho das equipes (22). A variável “apoio institucional” traduz uma ação propulsora da qualidade, ao passo que retrata, de forma dinâmica, o aprimoramento clínico e gerencial dos serviços.

A variável da implantação do PMAQ-AB corresponde a um avanço para a cultura de avaliação e monitoramento instituída com sua implementação. É uma metodologia que permite a avaliação externa e a autoavaliação das equipes de saúde da família, a fim de oportunizar espaços de discussão e negociação das relações de trabalho e educação permanente (4), refletindo uma iniciativa de enfrentamento aos desafios instaurados na ESF e na rede de atenção.

No que diz respeito à dimensão de resultado, refletida neste estudo pela satisfação dos usuários, a estrutura das unidades de saúde foi determinante para a qualidade, pois influencia o papel da ESF como porta de entrada preferencial, uma vez que fragilidades relacionadas a essa variável limitam o acesso dos usuários (18, 23). Uma estrutura adequada contempla condições dignas de atendimento às demandas comunitárias, favorece a satisfação dos usuários e a qualidade final da assistência.

O vínculo constituiu variável determinante para a satisfação dos usuários, já apontado na avaliação dos profissionais de saúde sobre o processo de trabalho. Para os usuários, o vínculo gera maior aceitabilidade das práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, pois a intimidade que estreita as relações e o conforto durante o atendimento propiciam a consolidação da relação terapêutica e a legitimidade do plano de cuidados (24).

Outras variáveis que determinam a satisfação dos usuários foram o acesso aos serviços de saúde/primeiro contato correspondente à facilidade do agendamento de consultas, a agilidade no atendimento e a qualidade das consultas médicas e de enfermagem. Um estudo que avaliou os últimos 30 anos da saúde pública no Brasil, constatou que cerca de 95 % dos usuários receberam atendimento de saúde na primeira vez que buscaram o serviço, e atribuem à ampliação da APS sustentada pela

ESF a responsabilidade pelos avanços significativos de acesso à saúde no país e consequente satisfação dos usuários (25).

Entre as variáveis, a organização do agendamento de consultas com foco no acolhimento dos usuários — a exemplo do sistema de classificação de risco (26) — a ampliação do papel do enfermeiro na oferta de consultas e procedimentos na ESF (27) e as diversificações das formas de acesso para reduzir a demanda reprimida têm demonstrado inovações para a APS. Essas variáveis demonstram resultados positivos que fortalecem as demais variáveis pontuadas neste estudo.

A análise das três dimensões da ESF e os resultados expostos evidenciam os principais condicionantes para a qualidade da oferta dos serviços e para a satisfação de quem os utiliza, proporcionando uma melhor compreensão da realidade do primeiro nível de atenção em nível municipal. Ainda, a matriz avaliativa inovadora deste estudo contribui para a ampliação dos instrumentos institucionais adotados pela gerência local e pela gestão municipal, e incentiva a cultura de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde. A abordagem e a consideração das características que constituem o processo avaliativo podem contribuir na melhoria do desempenho dos serviços de saúde (28).

A aplicabilidade deste estudo se dá por meio da possibilidade de conhecer e reconhecer a realidade estrutural, dos processos de trabalho e da satisfação do usuário em cada território. De mais a mais, o desafio de criar uma cultura de avaliação sobre as práticas desenvolvidas pelos gerentes e gestores permite a implementação de políticas e estratégias focalizadas e resolutivas, garantindo maior qualidade na assistência à saúde.

Sinalizam-se como limitação do estudo as subjetividades relacionadas à avaliação dos entrevistados e às diferentes percepções sobre o mesmo serviço, o que influenciou na dispersão dos dados e na redução do nível explicativo de algumas variáveis. Entretanto, tais limitações representam novas possibilidades de estudos para melhor compreender os elementos subjetivos inerentes à avaliação dos indivíduos.

Conclusões

O presente artigo é inovador ao contemplar uma metodologia avaliativa da qualidade dos serviços

de saúde que abrange as três dimensões de Donabedian. O estudo demonstrou que a avaliação oferece contribuições para a tomada de decisão assistencial e gerencial no desenvolvimento dos serviços e sistemas de saúde.

Foi possível estabelecer uma relação entre as variáveis de análise das dimensões de estrutura e processo, realizadas pelos profissionais, e as variáveis de resultado, realizadas pelos usuários, demonstrando que ambos os grupos de entrevistados, mesmo em perspectivas diferenciadas de quem oferta e de quem recebe o atendimento, apresentam critérios semelhantes de avaliar os serviços da ESF.

Os fatores da matriz analítica proposta que apresentam maior significância no processo de avaliação foram os atributos essenciais da APS (acesso/primeiro contato/acolhimento, longitudinalidade/vínculo, abrangência/integralidade e coordenação). Nesse ínterim, fortalecer os atributos da APS na organização das redes de atenção e serviços do SUS representa avanços ante a consolidação da ESF como política pública resolutive e conseqüentemente melhorias das condições de saúde da população.

Apoio financeiro

Agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Universidade Federal da Fronteira Sul o apoio financeiro.

Referências

- (1) Arantes LJ; Shimizu HE; Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: A literature review. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1499-1510. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
- (2) Fertoni HP; Pires DEP; Biff D; Scherer MDA. The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(6):1869-1878. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- (3) Lima CA; Moreira SK; Barbosa BCS; de Souza Junior RL; Pinto MQC; Costa SM. Full care for community: Self-assessment of family health teams. *Av. enferm*. 2019;37(3):303-312. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.76998>
- (4) Lima JG; Giovanella L; Fausto MCR; Bousquat A; Silva EV. Essential attributes of Primary Health Care: National results of PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2018;42(esp. 1):52-66. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s104>
- (5) Sousa AN. Monitoring and evaluation in primary care in Brazil: Recent experience and challenges for its consolidation. *Saúde debate*. 2018;42(esp. 1):289-301. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>
- (6) Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. *Ann Arbor: Health Administration Press*. 1980;1:77-125.
- (7) Hone T; Macinko J; Millett C. Revisiting Alma-Ata: What is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet*. 2018;392(10156):1461-1472. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4)
- (8) Setia MS. Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian J Dermatol* 2016;61(3):261-264. <http://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>
- (9) Ministério da Saúde do Brasil. e-Gestor Atenção Básica: informação e gestão da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2017. <https://bit.ly/37L1QPr>
- (10) Barbeta PA. Técnicas de amostragem. Estatística aplicada às ciências sociais. 5ª ed. Florianópolis: Editora UFSC; 2002. p. 41-63.
- (11) Geremia DS. Gestão da qualidade na Atenção Primária à Saúde: uma avaliação da estrutura, processo e resultado. Projeto Guarda-chuva de pesquisa. UFFS; 2019.
- (12) Ministério da Saúde do Brasil. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2017. <https://bit.ly/3poydJP>
- (13) Fausto MCR; Rizzoto MLF; Giovanella L; Seidl H; Bousquat A; Almeida PF; Tomasi E. The future of Primary Health Care in Brazil. *Saúde debate*. 2018;42(1):12-14. <http://doi.org/10.1590/0103-11042018s101>
- (14) 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://doi.org/10.1590/0102-311X00132114>
- (15) Pinto AGA; Jorge MSB; Marinho MNASB; Vidal Emery CF; Aquino PS; Vidal Eglídia CF. Experiences in the Family Health Strategy: demands and vulnerabilities in the territory. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):920-927. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0033>
- (16) Khanassov V; Pluye P; Descoteaux S; Haggerty JL; Russel G; Gunn J; Levesque JF. Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: A scoping review. *Int J Equity Health*. 2016;15:168. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0459-9>

- (17) Bousquat A; Giovanella L; Fausto MCR; Fusaro ER; Mendonça MHM; Gagno J; Viana ALA. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(8):e00037316. <http://doi.org/10.1590/0102-311x00037316>
- (18) Lima SAV; Silva MRF; Carvalho EMF; Pessoa EAC; Brito ESV; Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*. 2015;25(2):635-656. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>
- (19) Cunha EM; Andrade GRB; Oliveira CCM; Marques MC; Vargens JMC; O'Dwyer G; Gondim GMM. Matriz avaliativa do vínculo longitudinal na Atenção Primária: processo de validação por especialistas. *Cad. saúde colet*. 2017;25(2):249-258. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700020208>
- (20) Macinko J; Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018;42(1 spe):18-37. <http://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>
- (21) Motta LCS; Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. *Rev bras educ med*. 2015;39(2):196-207. <http://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00912014>
- (22) Guizardi FL; Lemos ASP; Machado FRS; Passeri L. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. *Physis*. 2018;28(4):e280421. <http://doi.org/10.1590/s0103-73312018280421>
- (23) Ferreira J; Celuppi IC; Baseggio L; Geremia DS; Madureira VSF; Souza JB. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saude soc*. 2018;27(1):69-79. <http://doi.org/10.1590/s0104-12902018170296>
- (24) Santos DS; Mishima SM; Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc saude coletiva*. 2018;23(3):861-870. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>
- (25) Castro MC; Massuda A; Almeida G; Menezes-Filho NA; Andrade MV; Noronha KVMS *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
- (26) Moreira DA; Tibães HBB; Batista RCR; Cardoso CML; Santos CS; Brito MJM. Manchester Triage System in Primary Health Care: A new hosting way? *Int Arch Med*. 2015;8(261):1-9. <http://doi.org/10.3823/1860>
- (27) Barbiani R; Nora CRD; Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: A scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2721. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
- (28) Rohrbasser A; Harris J; Mickan S; Tal K; Wong G. Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae — A scoping review. *PLoS ONE*. 2018;13(12):e0202616. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202616>