



Español

Universidad Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Estructura de las unidades básicas de salud para la atención al niño: estudio descriptivo

Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes¹, Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹

¹Universidade Federal de Mato Grosso

RESUMEN

Objetivo: valorar, en la perspectiva de médicos y enfermeras, la estructura de las Unidades Básicas de Salud que dan atención al niño menor de un año en el municipio de Cuiabá-MT.

Método: Estudio descriptivo valorativo en el cual participaron 26 profesionales (12 médicos y 14 enfermeras) que actúan en la red básica de salud. Los datos se recolectaron mediante la aplicación de un cuestionario, en el período comprendido desde octubre a diciembre de 2010.

Resultados: La valoración de los profesionales apuntó hacia las carencias en la estructura física de las unidades, principalmente la ausencia de locales para el desarrollo de actividades educativas y de atención a los usuarios, además de la falta de materiales básicos para brindarle atención al niño.

Conclusión: Se puede considerar que la atención en general es buena, sin embargo, se evidencia una necesidad de inversión en la estructura física, capacitación de los profesionales, resolución y contra-referencia.

Descriptor: Evaluación en Salud; Atención Primaria de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Niño.

INTRODUCCIÓN

La atención Básica (AB) se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, tanto en el ámbito individual como colectivo, propiciando la promoción y la protección de la salud, prevención de complicaciones, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y manutención de la salud, llevada a cabo a través del ejercicio de prácticas gerenciales y sanitarias, bajo la forma de trabajo en equipo y dirigida a poblaciones de territorios delimitados. Hace uso de tecnologías de elevada complejidad y baja densidad, destinada a resolver los problemas de salud de mayor frecuencia y relevancia en su territorio, y establece el contacto preferencial de los usuarios con los sistemas de salud. Está basada en los principios de universalidad, accesibilidad y continuidad del cuidado, vínculo, integridad, responsabilidad, humanización, equidad y participación social⁽¹⁾.

La Estrategia Salud de Familia (ESF) como eje central para la organización de la AB se sustenta en los preceptos del Sistema Único de Salud (SUS), posee un carácter sustitutivo en relación con la red de AB tradicional, actuando en el territorio y realizando captaciones domiciliario, diagnóstico situacional y acciones dirigidas a los problemas de salud de manera comprometida con la comunidad donde actúa. Persigue el cuidado de los individuos y de las familias, manteniendo una postura activa frente a los problemas de salud-enfermedad de la población adyacente⁽¹⁾.

Para apoyar y organizar la asistencia a la población infantil en la red básica y otros niveles de atención orientados a la salud del niño, el Ministerio de la Salud (MS) propone la Agenda de Compromisos para la Salud Integral del Niño y Reducción de la Mortalidad Infantil⁽²⁾ (Agenda), que define las principales directrices para las políticas de atención al niño. También traza las líneas de cuidados pediátricos que deben ofre-

cer los servicios y toda la red de atención en el nivel local, teniendo como objetivo atender las necesidades reales de salud de esa población.

La Agenda presenta los principios centrales del cuidado en la salud del niño, con vistas a planear y desarrollar acciones intersectoriales, acceso universal, cuidado, responsabilidad, asistencia integral y resolutive. Además, persigue la equidad, la actuación en equipo, desarrollo de acciones colectivas con énfasis en las acciones de promoción de salud, participación de la familia/control social en la gestión local y evaluación permanente y sistematizada de la asistencia prestada⁽²⁾.

Las propuestas políticas actuales para la atención de salud hacia el niño giran en torno a la reorientación de un nuevo modelo de asistencia para la AB y la creación de una red de asistencia pública integral y humanizada. Además, para que la atención ofrecida sea de calidad es esencial que las unidades de salud tengan estructuras adecuadas, desde el área física, instalaciones, equipamientos y materiales hasta recursos humanos preparados y en número suficiente para asistir las necesidades del niño y la familia.

De esta forma, para alcanzar buenos resultados en la atención de salud, el MS propone criterios y patrones mínimos para la programación y elaboración de proyectos para la reforma, ampliación y construcción de las unidades básicas de salud y para el trabajo de los equipos, con el objetivo de fortalecer la AB y dar continuidad al cambio del modelo de atención de salud en Brasil⁽³⁾.

La disponibilidad de estructuras adecuadas en los servicios de salud crean condiciones básicas para alcanzar un buen desempeño en los aspectos relacionados con el proceso y con los resultados de la asistencia prestada a los usuarios⁽⁴⁾.

Consecuentemente, es necesario ampliar la investigación y discusión sobre las condiciones

Modes PSSA, Gaíva MAM. Structure of children's basic health units: descriptive study. Online braz j nurs [Internet]. 2013 Sept [cited year month day]; 12 (2): 471-81. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3624>

de la organización y estructura de las unidades básicas de salud para asistir a niños menores de un año del municipio de Cuiabá-MT. Teniendo en cuenta estas consideraciones, se cree que a pesar de los cambios y avances en el ámbito de salud de la población en general y la infantil, desde la institución del SUS y la implantación de la ESF, la atención de calidad en la salud del niño en nuestra realidad constituye aún un desafío para los profesionales, gestores y la comunidad.

De este modo, el presente estudio tiene como objetivo evaluar, bajo la perspectiva de médicos y enfermeras, la estructura de las Unidades Básicas de Salud (UBS) que asisten al niño menor de un año en el municipio de Cuiabá-MT

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo evaluativo, realizado en el municipio de Cuiabá-MT, que en el año 2009 contaba con una población de 550.562 habitantes, donde 8.340 resultaron niños menores de un año, lo que corresponde a 1,5% de la población total de la capital⁽⁵⁾.

Actualmente, su red básica de salud está compuesta por 85 unidades, de las cuales 22 son Centros de Salud (UBS tradicionales) y 63 Unidades de Salud de la Familia (USF), de las cuales 60 se localizan en la zona urbana y tres en la rural; diez clínicas estomatológicas y una unidad móvil para atender las 22 comunidades rurales. En la actualidad la ESF cubre 48% de la población cuiabana⁽⁶⁾.

La investigación se realizó en UBS tradicionales y USF que brindaban atención al niño menor de un año de edad y que tenían al mínimo dos niños registrados en el momento de la selección de la muestra. De esta forma, se investigaron 15 UBS, 14 USF y una UBS tradicional.

Participaron en el estudio 26 profesionales, 14 enfermeros y 12 médicos, al menos un

profesional de cada unidad de salud coincidió con los criterios de inclusión (prestar atención/asistencia a un niño menor de un año de edad en la unidad; ser médico o enfermero) y exclusión (estar alejado del trabajo por motivo de licencia, vacaciones u otros tipos de distanciamiento laboral). Los profesionales se seleccionaron por ser los responsables del crecimiento y desarrollo (CD) de los niños, por consiguiente son los que mantienen el mayor contacto con el niño y con la familia en estas unidades.

Los datos se recolectaron por medio de un cuestionario estructurado, aplicado a los profesionales, durante los meses de octubre a diciembre de 2010. Este instrumento contiene puntos referentes a la identificación del profesional (formación y pos-graduación; vínculo laboral y; tiempo de servicio en la unidad), además de datos sobre la estructura, el proceso y el resultado de la asistencia prestada al niño menor de un año de edad, basado en el referencial Donabedian⁽⁴⁾. Para su construcción tomamos como referencia el Manual de Estructuras Físicas de las Unidades Básicas de Salud: Salud de la Familia⁽³⁾ y la Política Nacional de Atención Básica⁽⁷⁾ (PNAB), y las principales directrices para la asistencia del niño previstas en la Agenda⁽²⁾.

Dentro de los varios enfoques de evaluación, en este estudio se optó por utilizar el referencial Donabediano⁽⁴⁾, para entender qué es lo que mejor se adapta a nuestra realidad y abarque todos los segmentos que pretendemos evaluar (estructura, proceso y resultado). Para este artículo, se consideró la dimensión de la estructura, que abarca aspectos del área física, instalaciones, recursos humanos y materiales para proporcionar la atención en salud.

Los datos se almacenaron en planilla electrónica y analizados por medio de recursos de computación del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). El tratamiento de los datos se realizó a través de estadística descriptiva. Para

proceder a la evaluación de la dimensión de la estructura, los datos obtenidos se compararon con las proposiciones del Manual de Estructura Física de las Unidades Básicas de Salud: Salud de la Familia⁽³⁾, Agenda⁽²⁾ y PNAB⁽⁷⁾, con el fin de posibilitar un análisis de la calidad estructural disponible para la atención al niño en la realidad estudiada, buscando evidenciar la presencia de condiciones favorables o no para la asistencia del niño en la red básica de salud.

Previo a la autorización para realizar la investigación por parte de la Secretaria Municipal de Salud de Cuiabá-MT, el proyecto se analizó y aprobó por el Comité de Ética en Pesquisa del Hospital Universitario Júlio Muller, protocolo nº 882/CEP-HUJM/2010. Los profesionales participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado luego de ser informados sobre los objetivos del estudio y la recolección de datos, asegurando el anonimato de los mismos.

RESULTADOS

La calidad de un servicio de salud está influenciada por varios factores, dentro de los cuales se encuentra la estructura. Buenas condiciones estructurales tienen mayores posibilidades de contribuir al proceso adecuado de asistencia y a resultados favorables.

Caracterización de los profesionales

La tabla 2 muestra las características socio-demográficas de los profesionales estudiados. De los 26 profesionales de salud, siete (26,9%) eran de sexo masculino y 19 (73,1%) del femenino. La edad varió entre 24 y 69 años, con media de 38,8 años. En cuanto a la naturaleza del vínculo laboral, 13 (50%) profesionales eran efectivos, 12 (46,2%) contratados y uno (3,8%) poseía otro tipo de vínculo. En relación a la jornada

de trabajo, 24 (92,3%) trabajaban en período integral (40 horas semanales)

De los profesionales estudiados, 12 (46,2%) poseían curso de postgrados *latu sensu* en el área de salud pública o de salud de la familia, 12 (46,2%) hicieron especialización en otras áreas afines y dos (7,7%) no poseían ningún curso de postgrado. Cabe resaltar que ningún profesional realizó estudios de postgrado en el área de salud del niño, conforme a lo descrito en la Tabla 1.

Tabla 1 – Perfil de los profesionales que prestan asistencia al niño en la Red Básica de Salud. Cuiabá-MT, 2010 (n=26)

Variable	N	%
Formación		
Médico	12	46,2
Enfermero	14	53,8
Curso Postgrado Latu Sensu		
Salud Pública/Estrategia Salud Familia	12	46,2
Otros	12	46,2
Ninguno	2	7,7
Naturaleza del vínculo		
Efectivo	13	50,0
Contratado	12	46,2
Otro	1	3,8
Jornada de trabajo		
Integral (40 horas)	24	92,3
30 horas	1	3,8
Otro	1	3,8
Total	26	100,0

Fuente: elaboración de los autores

Espacio Físico

Para 16 (61,5%) de los profesionales entrevistados, sus unidades no disponen de espacio para la atención ni de sala de reuniones (12/46,2%). Aunque se verificó que en relación a la estructura física, todas las unidades cuentan con consultorios médicos y de enfermería, sala de vacunación, local para dispensar medicamentos y servicios sanitarios a los usuarios. La mayoría posee sala de recepción (96,2%), sala

de curaciones (92,3%), servicios sanitarios exclusivos para los funcionarios (88,5%) y sala de procedimientos (73,1%), conforme a lo presentado en la Tabla 2.

Tabla 2 – Distribución de la estructura física disponible en las unidades de salud, segundo opinión de los profesionales. Cuiabá-MT, 2010 (n=26)

Variable	Sí		No	
	N	%	N	%
Sala de atención	10	38,5	16	61,5
Sala de recepción o local de espera para pacientes	25	96,2	1	3,8
Sala de reuniones	14	53,8	12	46,2
Consultorio de enfermería	26	100,0	-	-
Consultorio médico	26	100,0	-	-
Sala de procedimientos	19	73,1	7	26,9
Sala para curaciones	24	92,3	2	7,7
Sala para almacenar y dispensar medicamentos	26	100,0	-	-
Sala exclusiva de vacunación	26	100,0	-	-
Sanitarios exclusivos para funcionarios	23	88,5	3	11,5
Sanitarios para el público	26	100,0	-	-

Fuente: elaboración de los autores

Recursos materiales e equipamientos

En relación a la disponibilidad de equipamientos básicos para prestar asistencia en una unidad de salud, se destaca que ninguna unidad poseía ambulatorio infantil, 25 (96,2%) profesionales relatan que sus unidades no disponen de balón de oxígeno, 21 (80,8%) alegaron no poseer laringoscopio y 17 (65,4%) expresaron no tener linterna, conforme a lo presentado en la Tabla 3.

En relación a la presencia de materiales específicos para la asistencia del niño en las unidades, solamente la pesa y la cinta métrica estaban disponibles en todas las unidades. Por otro lado, 11 (42,3%) unidades poseían esfigmomanómetro infantil; ocho (30,8%) no tenían

otoscopio; siete (26,9%) no poseían estetoscopio infantil; dos (7,7%) no contaban con termómetro y; uno (3,8%) no tenía regla antropométrica, de acuerdo con la Tabla 3.

Tabla 3 – Distribución de equipamientos y materiales básicos disponibles en las unidades, según la opinión de los profesionales. Cuiabá-MT, 2010 (n=26)

Variable	Sí		No	
	n	%	n	%
Ambulatorio infantil	-	-	26	100,0
Local de oxígeno/Balón de oxígeno	1	3,8	25	96,2
Laringoscopio	5	19,2	21	80,8
Linterna	9	34,6	17	65,4
Pesa infantil	26	100,0	-	-
Cinta métrica	26	100,0	-	-
Esfigmomanómetro para niños	15	57,7	11	42,3
Otoscopio	18	69,2	8	30,8
Estetoscopio para niños	19	73,1	7	26,9
Termómetro	24	92,3	2	7,7
Regla antropométrica	25	96,2	1	3,8
Refrigerador para almacenar medicamento	21	80,8	5	19,2
Pinzas y tijeras	20	76,9	6	23,1
Negatoscopio	18	69,2	8	30,8
Termómetro de refrigerador de vacunas	26	100,0	-	-
Oftalmoscopio	9	34,6	17	65,4
Refrigerador exclusivo para vacuna	25	96,2	1	3,8
Aparato de aerosol o nebulizador	25	96,2	1	3,8

Fuente: elaboración de los autores

De acuerdo con los profesionales, todas las unidades disponen de los insumos básicos necesarios para brindar una asistencia de calidad. Sin embargo, solamente 12 (46,2%) profesionales informaron que sus unidades contaban con guantes estériles y productos para la esterilización química de materiales y solamente una unidad poseía colector de material corto punzantes.

Teniendo en cuenta las informaciones de los profesionales, la mayoría de los antibióticos en las unidades se rige por el MS. La nistatina y el sulfato ferroso estaban disponibles en todas las unidades. Por otro lado, la dipirona, el paracetamol y las sales de rehidratación oral se encontraron en 25 (96,2%) unidades. Medicamentos como el permanganato de potasio y suero fisiológico estaban presentes en 23 (88,5%) y 21 (80,8%) unidades, respectivamente.

En cuanto a las vacunas del programa básico infantil, 25 (96,2%) profesionales informaron que sus unidades brindaron este servicio completamente. En relación a las vacunas en general, 21 (80,8%) profesionales opinaron que sus unidades disponen de vacunas antirrábicas y 17 (65,4%) de H1N1. La vacuna contra la varicela estaba disponible en solamente seis (23,1%) unidades.

En relación a los formularios de apoyo para la asistencia al niño, todos los profesionales expresaron que sus unidades tenían fichas del Sistema de Información de Complicaciones de Notificación (SINAN), formulario para referencia y contra-referencia y las fichas del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN).

Las fichas del Sistema de Información de Atención Básica (SIAB) no estaban disponibles en un (3,8%) de las unidades; la ficha del Programa Nacional De Suplementación de Hierro en dos (7,7%) y; el modelo de vacunación del niño en cinco (19,2%). Apenas 17 (65,4%) profesionales informaron que sus unidades poseían los gráficos para registrar el crecimiento utilizado como modelo en el prontuario del niño. De acuerdo a la opinión de 17 (65,4%) entrevistados, sus unidades no disponían de Ficha de Evaluación de Atención Integrada de las Enfermedades comunes en la Infancia (AIDPI).

En relación a la utilización de protocolos clínicos para la atención del niño, 23 profesionales (88,5%) informaron hacer uso de ellos y tres

(11,5%) llevan a cabo la asistencia sin el uso de ningún tipo de protocolo.

En cuanto a la disponibilidad de materiales/equipamientos de apoyo para el desarrollo de las actividades generales de las unidades, todos poseían teléfono fijo y la mayoría contaban con bebederos (24/92,3%), pero solamente las unidades de salud de 14 (53,8%) profesionales disponían de computadoras funcionando y ninguna unidad tenía acceso a Internet. En 17 unidades (65,4%) había impresora; en 22 (84,6%) televisor y en 11 (42,3%) reproductor de DVD.

El estudio no evaluó la cantidad de recursos en las unidades, pues centró su objetivo solamente en la atención al niño. Cabe destacar que las USF del municipio están compuestas por un equipo mínimo, conforme lo define el MS⁽⁷⁾.

Todos los equipos del municipio estudiado poseen un médico y un enfermero, de dos a tres técnicos/auxiliares de enfermería y una media de 12 Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en dependencia del área comprendida. Además Algunas unidades poseen un digitador y todas tienen un recepcionista y un guardia/custodio.

Por su parte, las UBS tradicionales no poseen un equipo mínimo, muchas de ellas cuentan con dos enfermeros, más un médico para atender las principales especialidades, al menos tres auxiliares/técnicos de enfermería, un estomatólogo y un auxiliar de consultorio estomatológico. El ACS está presente solamente en unidades que llevan a cabo el Programa de Agentes Comunitarios de Salud. Es válido destacar que la mayoría de estas unidades cuenta con un administrador de servicios.

DISCUSIÓN

El perfil de los participantes del estudio está compuesto por profesionales maduros, con media de edad de 38,8 años, con especialización

en el área de salud de la familia/salud pública, lo que demuestra la preparación para actuar en el AB. Existe un predominio de profesionales del sexo femenino, lo que es compatible con la realidad de fuerza de trabajo en el área de salud en nuestro municipio, conforme a la evidencia de los resultados del estudio realizado en diez grandes centros urbanos del estado de Mato Grosso⁽⁸⁾.

En el sector de la salud, en muchos países, la ocupación de la fuerza de trabajo femenino ha sobrepasado el 75%, lo que convierte a las mujeres en indispensables a la hora de tratar la prestación de servicios de salud. Este grupo es principalmente de personal de enfermería⁽⁹⁾.

Para que exista una práctica asistencial con la calidad esperada es esencial que los servicios de salud dispongan de estructuras adecuadas incluyendo áreas físicas e instalaciones, materiales, equipamientos, número adecuado de profesionales con preparación específica y, que interactúan con el cliente y su familia, en la perspectiva de la creación de vínculo construido por la afectividad y el respeto a la autonomía de los usuarios⁽¹⁰⁾.

Por las informaciones prestadas por los médicos y enfermeros se puede verificar que de las 20 salas o ambientes considerados indispensables por el MS⁽³⁾ para el funcionamiento de una UBS, solamente 05 estaban disponibles en todas las unidades, identificando precariedad en la estructura. Para los participantes, las unidades de salud poseen carencia en algunos aspectos de la estructura, como ausencia de espacio físico para llevar a cabo la atención de los usuarios y para la recepción, sala de reuniones tanto para uso del equipo como para actividades de educación en salud para la población y, de servicios sanitarios para los trabajadores.

Las características básicas de las estructuras son relativamente estables y funcionan para producir atención y es un atributo del ambiente.

Esto significa que la característica estructural de los lugares donde se ofrece la atención de salud tiene influencia sobre el proceso de atención, disminuyendo o aumentando su calidad⁽⁴⁾.

Un estudio que analizó la percepción de los profesionales de salud, gestores y usuarios sobre el Programa Salud de la Familia en dos municipios de Minas Gerais, Brasil, apuntó que uno de los puntos negativos encontrados en esta nueva propuesta de reorganización de la AB, de acuerdo a la opinión de los médicos, es la falta de infraestructura adecuada⁽¹¹⁾.

En relación a la sala de espera, que es un espacio destinado a los usuarios del servicio y sus acompañantes, debe ser planeada de forma que proporciona un ambiente confortable y agradable, con adecuada iluminación, temperatura, ruidos y ubicación apropiados de los asientos para facilitar la interacción entre los individuos. Sus dimensiones deben estar diseñadas conforme a la demanda, para albergar, aproximadamente 15 personas por UBS, sin olvidar los criterios de humanización y buen flujo⁽³⁾.

La sala de recepción de las unidades debería ser un espacio destinado a informaciones, registros, citas y remisiones, para llevar a cabo una atención digna del usuario. Se hace necesaria la presencia de balcones, ausencia de rejas o vidrios que separen al trabajador y usuarios, sillas, estantes, cuadros de avisos, computadoras, teléfonos⁽³⁾.

Aunque la mayoría de las unidades investigadas poseía un ambiente de recepción, este se encontraba en situaciones precarias, sin ventilación adecuada, con asientos insuficientes y el local es pequeño para el número de usuarios, ya que muchas UBS son integradas y otras están funcionando en edificios apartados, además de la falta de recursos de apoyo como el uso de computadoras.

De acuerdo a las informaciones de los entrevistados, casi la mitad de las unidades poseen

sala de reuniones, que es un espacio destinado a las actividades educativas en grupo, con el objetivo de abordar temas relacionados con la salud de la población en general. Las unidades deben disponer de un espacio con cuadro negro y/o blanco, cuadro mural, sillas en número compatible con la cantidad de participantes, mesa, televisor, video, retroproyector, tela de proyección y otros equipos. En el caso de UBS compactas, la sala de espera principal podrá estar equipada para hacer función de sala de reuniones, después del expediente⁽³⁾.

Datos semejantes se encontraron en el estudio que evaluó la estructura de UBS tradicional en el municipio de Cuiabá-MT, el cual identificó que apenas 28% de las unidades investigadas contaban con sala de reuniones⁽¹²⁾.

Un estudio que evaluó el desarrollo de la AB en la salud en 41 municipios de la región Sur y Nordeste, identificó la existencia de sala de recepción en casi la totalidad de las UBS (98%), sin embargo apenas 13% de los servicios están considerados adecuados (iluminación, ruido y ventilación). El referido estudio se realizó por medio de la caracterización de proceso y resultado, en la perspectiva de presidentes de Consejos Municipales de Salud, Secretarios Municipales de Salud y Coordinadores de Atención Básica, trabajadores de salud, usuarios e individuos residentes en el área de salud de cubre los servicios⁽¹³⁾.

El objetivo de una sala de reuniones o de espera que cumpla la función de realizar actividades educativas, es que estas son estrategias para fortalecer el SUS, y para propiciar el acceso ecuánime, universal e igualitario a los pacientes que utilizan los servicios de salud. También puede considerarse como un modo de cuidado capaz de ayudar y calificar a los individuos para conocer sus necesidades de salud, identificar los problemas de sus comunidades, estimulando la creación de actitudes críticas y participativas que

tengan como centro a la familia y proporcionen bienestar a la comunidad⁽¹⁴⁾.

La existencia de una unidad básica de salud que refleje el espacio físico (arquitectónico), debe proporcionar un atención acogedora y humana, tanto para el profesional de salud, como para los usuarios que tiene acceso a este servicio. Está marcada por componentes estéticos y por los sensibles que comprenden la vista, el olfato y la audición⁽³⁾.

Los datos encontrados en esta investigación son compatibles con el estudio realizado en 37 municipios del Centro-Oeste paulista que evaluó la calidad de la AB y mostró que las instalaciones de las unidades, en su mayoría, no son apropiadas. EL espacio físico no se corresponde con la demanda, las condiciones básicas de infraestructura muchas veces son precarias, la ventilación es inapropiada y las unidades no poseen acceso a internet⁽¹⁵⁾.

Otro estudio que evaluó la estructura y proceso de 31 unidades de salud de la Secretaria Municipal de Salud y Bienestar de Pelotas-RS, identificó la precariedad en la estructura y en los servicios, principalmente en lo referente a planta física, solo el 38% cumplió con el patrón establecido por el instrumento de evaluación utilizado⁽¹⁶⁾.

En este estudio todas las unidades analizadas contaban con consultorio de enfermería conforme a las opiniones de los profesionales, sin embargo, en el presente estudio en UBS tradicionales del municipio de Cuiabá-MT, se detectó que solo el 44% presentaban este espacio. En esa comparación no puede ignorarse el hecho de que se trata de dos modelos de asistencia diferentes, con formas de trabajo diferenciadas, siendo necesario un análisis más profundo de las diferencias encontradas⁽¹²⁾.

La evaluación de los profesionales mostró además que algunos equipamientos y materiales básicos para la asistencia de los niños no

estaban disponibles en todas las unidades. Cabe destacar que muchos de los materiales usados en las unidades como otoscopio, linterna, oftalmoscopio, esfigmomanómetro y laringoscopio eran propiedad de los propios profesionales.

En relación a los equipos audiovisuales y de informática, se encontraron resultados semejantes en el estudio realizado en UBS tradicionales de Cuiabá-MT, en el que apenas 67% de las unidades investigadas contaban con televisor, 28% con computadoras, 17% con impresora y ninguna unidad con acceso a internet⁽¹²⁾.

La investigación que evaluó la estructura destinada a la consulta de enfermería para atención al niño en la ESF del municipio de Sao Paulo evidenció resultados diferentes a los encontrados en el presente estudio en cuanto a recursos materiales, pues la gran mayoría de las unidades evaluadas poseía insumos para la atención al niño conforme a las recomendaciones del MS⁽¹⁰⁾.

La Política Nacional de Atención Básica define que equipamientos y materiales adecuados al grupo de acciones propuestas necesitan estar disponibles, para garantizar la actuación de la AB⁽⁷⁾.

Otro estudio que realizó un diagnóstico situacional sobre la atención relacionada con el crecimiento del niño menor de un año, realizado en 18 municipios de la Región Metropolitana de Recife y el interior del estado, que comprendió unidades de salud de la red pública (puestos, centros, casas de parto, unidades mixtas, hospitales regionales, además de unidades del Programa Salud de la Familia y del Programa de Salud en Casa que asistían a niños menores de cinco años) reveló que 84,2% de las unidades investigadas contaban con pesa para bebé funcionando y, en 15,8% de los servicios, ese equipamiento no funcionaba o no existía⁽¹⁷⁾.

Analizados en conjuntos, los indicadores de estructura muestran resultados semejantes a los

encontrados en diversos estudios de evaluación de la ESF, en particular la carencia de área física, también evidenciada en esta investigación. Específicamente, en lo relacionado a las condiciones para atender al niño, a pesar de que las instalaciones ofrecen las condiciones mínimas para la realización de acciones básicas como la inmunización, pues los servicios cumplen los criterios técnicos establecidos por el MS, la carencia de algún material puede perjudicar el cuidado y atención hacia el crecimiento y desarrollo infantil.

Las condiciones de infraestructura también pueden influenciar la reorientación del modelo asistencial, ya que una de las estrategias propuestas es asegurar la existencia de espacio para la asistencia, claramente ausente en la mayoría de las unidades estudiadas.

CONCLUSIÓN

La investigación se realizó por medio de cuestionarios aplicados a los médicos y enfermeros que asistían a niños menores de un año en UBS y en USF de Cuiabá-MT. Una limitación del estudio fue el uso exclusivo del cuestionario para evaluar la estructura de los servicios, que a pesar de posibilitar una evaluación rápida y económica, podría ser más profundo con el empleo de otras estrategias como la observación directa de las unidades.

La estructura disponible para la atención del niño referente a las instalaciones físicas en las unidades básicas de salud no correspondían a los patrones mínimos adoptados por el MS, evidenciándose una deficiencia considerable en determinados espacios necesarios para tal atención. En la evaluación de las estructuras de las unidades estudiadas varios aspectos necesitan inversión, dentro de ellos, un espacio físico para la realización de actividades educativas para los

usuários, fundamentais para uma boa atenção ao filho e à família, além de adequados espaços de acordo com as normas do MS.

Em relação aos materiais e equipamentos específicos para atender ao filho, existem deficiências expressivas de muitos deles, o que pode prejudicar o trabalho dos profissionais em busca de uma atenção integral e resolutiva na saúde infantil, interferindo nas práticas educacionais e na prevenção de complicações.

Este trabalho contribuiu para trazer uma visão mais profunda das estruturas das unidades básicas que atendem a crianças menores de um ano em Cuiabá-MT, evidenciando-se que apesar dos avanços que se alcançaram no âmbito da atenção à saúde no município, ainda se deve investir muito para garantir às crianças o direito a uma atenção integral e de qualidade.

Em esse sentido, o enfermeiro se torna parte fundamental no sentido de implementar todos esses avanços no dia a dia que compreende a atenção ao filho, baseando-se nos princípios do SUS e das políticas dirigidas a esses usuários.

CITAS

1. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Política nacional de atenção básica. Secretaria de atenção à saúde. 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução de mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
3. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed.. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
4. Donabedian A. La calidad de La atención médica: Definición y métodos de evaluación. [S.l.]: Prensa Médica Mexicana; 1991.
5. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá [homepage on internet]. Relatório de Gestão 2009 [cited 2011 Abril 21]. Available from: <<http://www.saude.cuiaba.mt.gov.br/site/conteudo.php?id=332>>.
6. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá [homepage on internet]. Relatório de Gestão 2008 [cited 2011 Abril 21]. Available from: <<http://www.saude.cuiaba.mt.gov.br/site/conteudo.php?id=331>>.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no. 648 de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa saúde da família (PSF) e o programa agentes comunitários de saúde (PACS). Diário Oficial da União 29 mar 2006; Seção 1.
8. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad Saúde Pública. 2006 set; 22(9): 1881-92.
9. Organização Mundial de Saúde [homepage on internet]. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Spotlight: estatísticas sobre a força de trabalho em saúde [Cited 2011 Apr 19]. Available from: http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_2_PO.pdf
10. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. Rev esc enferm USP. 2010 mar. 44(1): 92-8.
11. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc saúde coletiva. 2008 fev; 13(1): 23-34.
12. Pedrosa ICF. A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro [dissertação]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso; 2011.
13. 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 set; 11(3): 660-81.

14. Pedro E, Cabral F, Colomé J, Cocco M, Soder R, Crossetti M. Ethics of care in public health educative actions - a literature review Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]. 2006 Apr [Cited 2012 Sep 22]; 5(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/112>.
15. Castanheira ERL. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. Saúde soc. 2009; 18 Suppl 2: 84-9.
16. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad saúde pública. 2001 fev; 17(1): 131-39.
17. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AAC, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. Cad saúde pública. 2008 mar; 24(3): 675-85.

Recibido: 23/09/2011

Revisado: 14/08/2012

Aprobado: 28/05/2013