



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção à criança: estudo descritivo

Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes¹, Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹

¹Universidade Federal de Mato Grosso

RESUMO

Objetivo: avaliar, na perspectiva de médicos e enfermeiros, a estrutura das Unidades Básicas de Saúde que assistem a criança menor de um ano no município de Cuiabá-MT.

Método: Estudo descritivo avaliativo do qual participaram 26 profissionais (12 médicos e 14 enfermeiros) que atuam na rede básica de saúde. Os dados foram coletados mediante aplicação de questionário, no período de outubro a dezembro de 2010.

Resultados: A avaliação dos profissionais apontou para carências na estrutura física das unidades, principalmente a ausência de locais para o desenvolvimento de atividades educativas e acolhimento dos usuários, além da falta de materiais básicos para assistir à criança.

Conclusão: Pode-se considerar que, o atendimento em geral é bom, mas há necessidade de investimentos na estrutura física, capacitação dos profissionais, resolutividade e contrarreferência.

Descritores: Avaliação em saúde; Atenção primária à saúde; Qualidade da assistência à saúde; criança.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, sob forma de trabalho em equipe e dirigida a populações de territórios delimitados. Faz uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, destinada a resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, e tem sido o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. É orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e da continuidade do cuidado, vínculo, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social⁽¹⁾.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo norteador para a organização da AB é sustentada nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), tem caráter substitutivo em relação à rede de AB tradicional, atuando no território e realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua. Busca o cuidado dos indivíduos e das famílias, mantendo postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população adjacente⁽¹⁾.

Para apoiar e organizar a assistência à população infantil na rede básica e outros níveis de atenção voltados à saúde da criança, o Ministério da Saúde (MS) propôs a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil⁽²⁾ (Agenda), que define as principais diretrizes para as políticas de atenção à criança. Ela traz também as linhas de cuidados infantis que os serviços e toda a rede de atenção no nível local devem

oferecer, visando atender as reais necessidades de saúde dessa população.

A Agenda apresenta os princípios norteadores do cuidado na saúde da criança, com vistas ao planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, acesso universal, acolhimento, responsabilização, assistência integral e resolutive. Visa ainda a equidade, atuação em equipe, desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde, participação da família/controle social na gestão local e avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada⁽²⁾.

As propostas políticas atuais para atenção à saúde da criança giram em torno da reorientação de um novo modelo de assistência para a AB e criação de uma rede de assistência pública integral e humanizada. Entretanto, para que a atenção oferecida seja de qualidade é essencial que as unidades de saúde tenham estruturas adequadas, desde a área física, instalações, equipamentos e materiais até recursos humanos preparados e em número suficiente para assistir à criança e à família em suas necessidades.

Assim, para o alcance de bons resultados na atenção à saúde, o MS propõe critérios e padrões mínimos para programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação e construção das unidades básicas de saúde e para o trabalho das equipes, com vistas a fortalecer à AB e dar continuidade à mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil⁽³⁾.

A disponibilidade de estruturas adequadas nos serviços de saúde criam condições básicas para que se alcance um bom desempenho nos aspectos relacionados ao processo e aos resultados da assistência prestada aos usuários⁽⁴⁾.

Portanto, faz-se necessário ampliar a investigação e a discussão sobre as condições da organização e estrutura das unidades básicas de saúde para atender às crianças menores de um ano do município de Cuiabá-MT. Tendo em

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>

vista estas considerações, acredita-se que apesar das mudanças e avanços no âmbito da saúde da população em geral e infantil, desde a instituição do SUS e a implantação da ESF, a atenção de qualidade à saúde da criança em nossa realidade ainda é um desafio para profissionais, gestores e a comunidade.

Deste modo, o presente estudo objetivou avaliar, sob perspectiva de médicos e enfermeiros, a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que assistem à criança menor de um ano no município de Cuiabá-MT.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo avaliativo, realizado no município de Cuiabá-MT, que no ano de 2009 contava com uma população de 550.562 mil habitantes, sendo que 8.340 eram crianças menores de um ano, correspondendo a 1,5% da população total da capital⁽⁵⁾. A sua rede básica de saúde é composta, atualmente, por 85 unidades básicas, sendo 22 Centros de Saúde (UBS tradicionais) e 63 Unidades de Saúde da Família (USF), das quais 60 estão localizadas na zona urbana e três são rurais; dez clínicas odontológicas e uma unidade móvel para atender as 22 comunidades rurais. Atualmente, a ESF cobre 48% da população cuiabana⁽⁶⁾.

A pesquisa foi realizada em UBS tradicionais e USF que realizavam atendimento à criança menor de um ano de idade e que tinham no mínimo duas crianças cadastradas no momento da seleção da amostra. Assim, foram investigadas 15 UBS, sendo 14 USF e uma UBS tradicional.

Participaram do estudo 26 profissionais, dos quais 14 enfermeiros e 12 médicos, no mínimo um profissional de cada unidade de saúde que atendeu aos critérios de inclusão (prestar atendimento/assistência à criança menor de um ano de idade na unidade; ser médico ou enfer-

meiro) e exclusão (estar afastado do trabalho por motivo de licença, férias ou outros tipos de afastamento). Esses profissionais foram escolhidos por serem os responsáveis pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) das crianças, por conseguinte são os que mantêm maior contato com a criança e com a família nessas unidades.

Os dados foram coletados por meio de questionário estruturado, aplicado aos profissionais, durante os meses de outubro a dezembro de 2010. Este instrumento contemplou questões referentes à identificação do profissional (formação e pós-graduação; vínculo empregatício e; tempo de serviço na unidade), bem como dados sobre a estrutura, o processo e o resultado da assistência prestada à criança menor de um ano de idade, baseado no referencial de Donabedian⁽⁴⁾. Para a sua construção, tomamos por referência o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família⁽³⁾ e a Política Nacional de Atenção Básica⁽⁷⁾ (PNAB), e as principais diretrizes para assistência à criança previstas na Agenda⁽²⁾.

Dentre as várias abordagens de avaliação em saúde, optou-se, neste estudo, por utilizar o referencial Donabedian⁽⁴⁾, por entender que é o que melhor se adapta a nossa realidade e abrange todos os segmentos que pretendemos avaliar (estrutura, processo e resultado). Para este artigo, considerou-se a dimensão da estrutura, que abarca aspectos da área física, instalações, recursos humanos e materiais para proporcionar a atenção em saúde.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica e analisados por meio dos recursos de computação do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). O tratamento dos dados foi realizado através de estatística descritiva. Para proceder à avaliação da dimensão da estrutura, os dados obtidos foram comparados às proposições do Manual de Estrutura Física das

Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família⁽³⁾, Agenda⁽²⁾ e PNAB⁽⁷⁾, a fim de possibilitar uma análise da qualidade estrutural disponível para o atendimento à criança na realidade estudada, buscando evidenciar a presença de condições favoráveis ou não para assistência à criança na rede básica de saúde.

Após a autorização para a realização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT, o projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, protocolo nº 882/CEP-HUJM/2010. Os profissionais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem informados sobre os objetivos do estudo e a coleta de dados, sendo-lhes assegurado o anonimato.

RESULTADOS

A qualidade de um serviço de saúde é influenciada por vários fatores, dentre eles a estrutura. Boas condições estruturais têm maiores possibilidades de contribuir para um processo adequado de assistência e em resultados favoráveis.

Caracterização dos profissionais

A Tabela 1 mostra as características socio-demográficas dos profissionais estudados. Dos 26 profissionais de saúde, sete (26,9%) eram do sexo masculino e 19 (73,1%) do feminino. A idade variou entre 24 e 69 anos, com média de 38,8 anos. Quanto à natureza do vínculo empregatício, 13 (50,0%) profissionais eram efetivos, 12 (46,2%) contratados e um (3,8%) possuía outro tipo de vínculo. Em relação à jornada de trabalho, 24 (92,3%) trabalhavam em período integral (40 horas semanais).

Dos profissionais estudados, 12 (46,2%) possuíam pós-graduação *latu sensu* na área de

saúde pública ou saúde da família, 12 (46,2%) fizeram especialização em outras áreas afins e dois (7,7%) não possuíam nenhum curso de pós-graduação. Cabe ressaltar que nenhum profissional realizou pós-graduação na área de saúde da criança, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos profissionais que prestam assistência à criança na Rede Básica de Saúde. Cuiabá-MT, 2010 (n=26)

Variável	N	%
Formação		
Médico	12	46,2
Enfermeiro	14	53,8
Pós-Graduação <i>Latu Sensu</i>		
Saúde Pública/Estratégia Saúde	12	46,2
Família		
Outros	12	46,2
Nenhum	2	7,7
Natureza do vínculo		
Efetivo	13	50,0
Contratado	12	46,2
Outro	1	3,8
Jornada de trabalho		
Integral (40 horas)	24	92,3
30 horas	1	3,8
Outro	1	3,8
Total	26	100,0

Fonte: elaboração dos autores

Espaço Físico

Para 16 (61,5%) dos profissionais entrevistados, suas unidades não dispõem de espaço para acolhimento nem de sala para reuniões (12/46,2%). Verificou-se ainda, em relação à estrutura física, que todas as unidades dispõem de consultórios médico e de enfermagem, sala de vacina, local para dispensar medicamentos e sanitários para os usuários. A maioria possui sala de recepção (96,2%), sala de curativos (92,3%), sanitários exclusivos para os funcionários (88,5%) e sala de procedimentos (73,1%), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da estrutura física disponível nas unidades de saúde, segundo opinião dos profissionais. Cuiabá-MT, 2010 (n=26)

Variável	Sim		Não	
	N	%	N	%
Sala de acolhimento	10	38,5	16	61,5
Sala de recepção ou local de espera para pacientes	25	96,2	1	3,8
Sala de reuniões	14	53,8	12	46,2
Consultório de enfermagem	26	100	-	-
Consultório médico	26	100	-	-
Sala de procedimentos	19	73,1	7	26,9
Sala para curativos	24	92,3	2	7,7
Sala para armazenar e dispensar medicamentos	26	100	-	-
Sala exclusiva de vacinas	26	100	-	-
Sanitários exclusivos para funcionários	23	88,5	3	11,5
Sanitários para o público	26	100	-	-

Fonte: elaboração dos autores

Recursos materiais e equipamentos

Quanto à disponibilidade de equipamentos básicos para prestar assistência em uma unidade de saúde, destaca-se que nenhuma unidade possuía ambú infantil, 25 (96,2%) profissionais relataram que suas unidades não dispunham de cilindro de oxigênio, 21 (80,8%) disseram não possuir laringoscópio e 17 (65,4%) relataram não haver lanterna, conforme apresentado na Tabela 3.

Em relação à presença de materiais específicos para assistência à criança nas unidades, somente a balança e a fita métrica estavam disponíveis em todas as unidades. Por outro lado, 11 (42,3%) unidades não possuíam esfigmomanômetro infantil; oito (30,8%) não tinham otoscópio; sete (26,9%) não possuíam estetoscópio infantil; dois (7,7%) não dispunham de termômetro e; um (3,8%) não tinha régua antropométrica, conforme a Tabela 3 apresenta.

Tabela 3 – Distribuição de equipamentos e materiais básicos disponíveis nas unidades, segundo opinião dos profissionais. Cuiabá-MT, 2010 (n=26)

Variável	Sim		Não	
	n	%	n	%
Ambú infantil	-	-	26	100,0
Pontos de oxigênio/Cilindro de oxigênio	1	3,8	25	96,2
Laringoscópio	5	19,2	21	80,8
Lanterna	9	34,6	17	65,4
Balança infantil	26	100,0	-	-
Fita métrica	26	100,0	-	-
Esfigmomanômetro para criança	15	57,7	11	42,3
Otoscópio	18	69,2	8	30,8
Estetoscópio para criança	19	73,1	7	26,9
Termômetro	24	92,3	2	7,7
Régua antropométrica	25	96,2	1	3,8
Geladeira para armazenar medicamento	21	80,8	5	19,2
Pinças e tesouras	20	76,9	6	23,1
Negatoscópio	18	69,2	8	30,8
Termômetro de geladeira de vacinas	26	100,0	-	-
Oftalmoscópio	9	34,6	17	65,4
Geladeira exclusiva para vacina	25	96,2	1	3,8
Aparelho de aerossol ou nebulizador	25	96,2	1	3,8

Fonte: elaboração dos autores

Segundo os profissionais, todas as unidades dispõem dos insumos básicos necessários para prestar uma assistência de qualidade. No entanto, somente 12 (46,2%) profissionais informaram que em suas unidades possuíam luvas estéreis e produtos para esterilização química de materiais e somente uma unidade não possuía coletor de material perfurocortante.

De acordo com as informações dos profissionais, a maioria dos antibióticos nas unidades é padronizada pelo MS. A nistatina e o sulfato ferroso estavam disponíveis em todas as unidades. Por outro lado, a dipirona, o paracetamol e

o soro de reidratação oral foram encontrados em 25 (96,2%) unidades. Medicamentos como o permanganato de potássio e soro glicosado/fisiológico estavam presentes em 23 (88,5%) e 21 (80,8%) unidades, respectivamente.

Quanto às vacinas do calendário básico infantil, 25 (96,2%) profissionais informaram que suas unidades oferecem todas elas. Quanto às vacinas em geral, 21 (80,8%) profissionais relataram que as unidades dispõem de vacina antirrábica e 17 (65,4%) da H1N1. A vacina para varicela estava disponível em somente seis (23,1%) unidades.

Quanto aos formulários de apoio para assistência à criança, todos os profissionais relataram que suas unidades tinham as fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), formulário para referência e contrarreferência e as fichas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Já as fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) não estavam disponíveis em um (3,8%) unidade; a ficha do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em duas (7,7%) e; o espelho de vacina da criança em cinco (19,2%). Apenas 17 (65,4%) profissionais informaram que as suas unidades possuíam os gráficos para registrar o crescimento utilizado como espelho no prontuário da criança. Segundo relato de 17 (65,4%) entrevistados, suas unidades não dispõem de Ficha de avaliação da Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

Em relação à utilização de protocolos clínicos para atendimento à criança, 23 profissionais (88,5%) informaram fazer uso e três (11,5%) realizam o atendimento sem usar nenhum tipo de protocolo.

Quanto à disponibilidade de materiais/equipamentos de apoio para o desenvolvimento das atividades gerais na unidade, todos possuíam telefone fixo e a maioria dispunha de bebe-

douro (24/92,3%), mas somente as unidades de saúde de 14 (53,8%) profissionais apresentavam computadores funcionando e nenhuma unidade tinha acesso à internet. A impressora estava presente em 17 (65,4%) unidades; 22 (84,6%) unidades tinham televisão e 11 (42,3%) aparelho de DVD.

O estudo não avaliou o quantitativo de recursos humanos das unidades, já que objetivou a análise somente da atenção à criança. Destaca-se que as USF do município são compostas por uma equipe mínima, conforme define o MS⁽⁷⁾.

Todas as equipes do município estudadas possuem um médico e um enfermeiro, dois a três técnicos/auxiliares de enfermagem e uma média de 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a depender de sua área de abrangência. Além disso, algumas unidades possuem o digitador e todas têm um recepcionista e um guarda/segurança.

Por sua vez, as UBS tradicionais não possuem uma equipe mínima, sendo que muitas delas contam com dois enfermeiros, mais de um médico para atender as principais especialidades, no mínimo três auxiliares/técnicos de enfermagem, um dentista e um auxiliar de consultório odontológico. O ACS está presente somente nas unidades que desenvolvem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Cabe ressaltar que a maioria dessas unidades conta com um gerente do serviço.

DISCUSSÃO

O perfil dos participantes do estudo é composto por profissionais maduros, com média de idade de 38,8 anos, com especialização na área de saúde da família/saúde pública, o que demonstra preparo para atuar na AB. Há um predomínio de profissionais do sexo feminino, o que é compatível com a realidade da força de

trabalho da área da saúde em nosso município, conforme evidencia os resultados do estudo realizado em dez grandes centros urbanos do estado de Mato Grosso⁽⁸⁾.

No setor da saúde, em muitos países, a ocupação da força de trabalho feminino tem ultrapassado 75%, o que torna as mulheres indispensáveis à prestação dos serviços de saúde. Esse contingente é principalmente de pessoal da enfermagem⁽⁹⁾.

Para que exista uma prática assistencial com a qualidade esperada é essencial que os serviços de saúde disponham de estruturas adequadas abrangendo áreas físicas e instalações, materiais, equipamentos, número adequado de profissionais com preparo específico e, que interajam com o cliente e sua família, na perspectiva da criação de vínculo construído pela afetividade e respeito à autonomia dos usuários⁽¹⁰⁾.

Pelas informações prestadas pelos médicos e enfermeiros pôde-se verificar que, das 20 salas ou ambientes considerados indispensáveis pelo MS⁽³⁾ para o funcionamento de uma UBS, somente 05 estavam disponíveis em todas as unidades, identificando precariedade na estrutura. Para os participantes, as unidades de saúde possuem carência em alguns aspectos da estrutura, como ausência de espaço físico para realizar o acolhimento dos usuários e para recepção, sala de reuniões tanto para uso da equipe como para atividades de educação em saúde para a população e, de sanitários para os trabalhadores.

As características básicas da estrutura são relativamente estáveis e funcionam para produzir atenção e é um atributo do ambiente. Isto significa que a característica estrutural dos lugares onde é oferecida a atenção em saúde tem uma propensão de influenciar sobre o processo de atenção, diminuindo ou aumentando sua qualidade⁽⁴⁾.

Estudo que analisou a percepção dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre

o Programa Saúde da Família em dois municípios de Minas Gerais, Brasil, apontou que um dos pontos negativos encontrados nesta nova proposta de reorganização da AB, segundo a opinião dos médicos, ainda é a falta de infraestrutura adequada⁽¹¹⁾.

Em relação à sala de espera, que é um espaço destinado aos usuários do serviço e seus acompanhantes, deve ser planejada de forma a proporcionar um ambiente confortável e agradável, com adequada luminosidade, temperatura, ruídos e posicionamento apropriados dos assentos para facilitar a interação entre os indivíduos. Deve ser dimensionada conforme a demanda, para comportar, aproximadamente 15 pessoas por UBS, sem desconsiderar os critérios de humanização e bom fluxo interno⁽³⁾.

A sala de recepção das unidades deveria ser um espaço destinado a informações, registros, agendamentos e encaminhamentos, atentando-se para realizar um acolhimento digno do usuário. Sendo necessário balcão, ausência de grades ou vidros separando o trabalhador e usuário, cadeiras, prateleiras, quadro de avisos, computadores e telefones⁽³⁾.

Embora a maioria das unidades estudadas possuísse o ambiente de recepção, ele se encontra em condições precárias, não havendo ventilação adequada, com acomodações em número insuficientes e o local não comporta o número de usuários, já que muitas UBS são conjugadas e outras estão funcionando em prédios adaptados, além de faltar recursos de apoio como o uso de computadores.

Segundo as informações dos entrevistados, quase metade das unidades possuem sala de reuniões, que é um espaço destinado às atividades educativas em grupo, com objetivo de abordar temas relacionados à saúde da população em geral. As unidades devem dispor de um espaço com quadro negro e/ou branco, quadro mural, cadeiras em número compatível com a

quantidade de participantes, mesa, televisão, vídeo, computador, retroprojetor, tela de projeção e outros equipamentos de mídia. No caso de UBS compactas, a sala de espera principal poderá ser equipada para fazer as funções de sala de reuniões, depois do expediente⁽³⁾.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo que avaliou a estrutura de UBS tradicionais no município de Cuiabá-MT, o qual identificou que apenas 28% das unidades estudadas dispunham de sala para reuniões⁽¹²⁾.

Estudo que avaliou o desempenho da AB à saúde em 41 municípios na região Sul e Nordeste, identificou a existência de sala de recepção em quase a totalidade das UBS (98%), embora em apenas 13% dos serviços ela tenha sido considerada adequada (iluminação, ruído e ventilação). O referido estudo foi realizado por meio da caracterização de processo e resultado, na perspectiva de presidentes de Conselhos Municipais de Saúde, Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores de Atenção Básica, trabalhadores de saúde, usuários e indivíduos residentes na área de abrangência dos serviços⁽¹³⁾.

O intuito de existir uma sala de reuniões ou de espera que cumpra a função de realizar atividades educativas, é que elas são entendidas como estratégias para fortalecer o SUS, e para fornecer o acesso equânime, universal e igualitário aos pacientes que utilizam os serviços de saúde. Também pode ser considerado como um modo de cuidado capaz de ajudar e qualificar os indivíduos como para conhecer suas necessidades de saúde, identificar os problemas de suas comunidades, estimulando a criação de atitudes críticas e participativas que sinalizam a família e proporcionem à comunidade o bem-estar⁽¹⁴⁾.

A ambiência de uma unidade básica de saúde reflete o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para profissionais de saúde,

quanto para os usuários que acessam esse serviço. Ela é marcada pelos componentes estéticos e pelos sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição⁽³⁾.

Os dados encontrados nesta pesquisa são compatíveis com estudo realizado em 37 municípios do Centro-Oeste paulista que avaliou a qualidade da AB e mostrou que as instalações das unidades, em sua maioria, não são apropriadas. O espaço físico não é adequado à demanda, as condições básicas de infraestrutura muitas vezes são precárias, a ventilação é inapropriada e as unidades não possuem acesso à internet⁽¹⁵⁾.

Outro estudo que avaliou a estrutura e processo de 31 unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar de Pelotas-RS, identificou precariedade na estrutura e nos serviços, principalmente no que condiz à planta física, atingindo somente 38% do padrão estabelecido pelo instrumento de avaliação utilizado⁽¹⁶⁾.

Neste estudo, todas as unidades analisadas dispunham de consultório de enfermagem conforme relato dos profissionais, entretanto, no estudo realizado em UBS tradicionais do município de Cuiabá-MT, identificou-se que apenas 44% apresentavam esse espaço. Essa comparação não pode desconsiderar que se trata de dois modelos assistenciais diferentes, com formas de trabalho diferenciadas, sendo necessária uma análise mais aprofundada das diferenças encontradas⁽¹²⁾.

A avaliação dos profissionais mostrou ainda que alguns equipamentos e materiais básicos para o atendimento à criança não estavam disponíveis em todas as unidades. Cabe observar que muitos dos materiais usados nas unidades como o otoscópio, lanterna, oftalmoscópio, esfigmomanômetro e laringoscópio, eram de propriedade dos próprios profissionais.

Em relação aos equipamentos audiovisuais e de informática, foram encontrados resultados

semelhantes em estudo realizado em UBS tradicionais de Cuiabá-MT, em que, apenas 67% das unidades estudadas dispunham de televisão, 28% de computador e 17% de impressora, sendo que nenhuma unidade possuía acesso à internet⁽¹²⁾.

Estudo que avaliou a estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na ESF do município de São Paulo evidenciou resultados diferentes dos encontrados nesta pesquisa quanto aos recursos materiais, uma vez que a grande maioria das unidades avaliadas possuía insumos para o atendimento à criança conforme as recomendações do MS⁽¹⁰⁾.

A Política Nacional de Atenção Básica define que equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas precisam estar disponíveis, de forma a garantir a resolutividade da AB⁽⁷⁾.

Outro estudo que realizou um diagnóstico situacional da ação de acompanhamento do crescimento em menores de um ano, realizado em 18 municípios da Região Metropolitana do Recife e interior do estado, que abrangue unidades de saúde da rede pública (postos, centros, casas de parto, unidades mistas, hospitais regionais, além das unidades do Programa Saúde da Família e do Programa de Saúde em Casa que atendiam crianças menores de cinco anos) revelou que 84,2% das unidades pesquisadas dispunham de balança para bebê funcionando e, em 15,8% dos serviços, esse equipamento não funcionava ou não existia⁽¹⁷⁾.

Tomados em conjunto, os indicadores de estrutura mostram resultados semelhantes aos encontrados em diversos estudos de avaliação da ESF, em particular a carência de área física, também observada nesta pesquisa. Especificamente, no que se refere às condições para atenção à criança, apesar das unidades oferecerem as condições mínimas para a realização de ações básicas como a imunização, pois os

serviços cumprem critérios técnicos estabelecidos pelo MS, a carência de alguns materiais pode prejudicar o cuidado e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

As condições de infraestrutura também podem influenciar na reorientação do modelo assistencial, já que uma das estratégias proposta é assegurar a existência de espaço para o acolhimento, claramente ausente na maioria das unidades estudadas.

CONCLUSÃO

A pesquisa foi realizada por meio de questionário aplicado aos médicos e enfermeiros que assistiam à crianças menores de um ano em UBS e em USF de Cuiabá-MT. Uma limitação do estudo foi o uso exclusivo do questionário para avaliar a estrutura dos serviços, que apesar de possibilitar uma avaliação rápida e econômica, poderia ser mais aprofundado com a utilização de outras estratégias como a observação direta das unidades.

A estrutura disponível para o atendimento à criança referente às instalações físicas nas unidades básicas de saúde não correspondiam aos padrões mínimos adotados pelo MS, havendo uma deficiência considerável de determinados espaços necessários para tal atendimento. Na avaliação da estrutura das unidades estudadas vários aspectos necessitam de investimentos, dentre eles, um espaço físico para a realização de atividades educativas e acolhimento aos usuários, fundamentais para o bom atendimento à criança e à família, além de adequações do espaço físico de acordo com as normas do MS.

Quanto aos materiais e equipamentos específicos para atender à criança, há carências expressivas de muitos deles, o que pode prejudicar o trabalho dos profissionais em busca

de uma atenção integral e resolutiva à saúde infantil, interferindo nas práticas educativas e na prevenção de agravos.

Este trabalho contribuiu com uma visão mais aprofundada da estrutura das unidades básicas que assistem à criança menor de um ano em Cuiabá-MT, evidenciando que apesar dos avanços que vêm sendo alcançados no âmbito da atenção à saúde no município, ainda se tem muito a investir para garantir às crianças o direito de ter um atendimento integral e de qualidade.

Nesse sentido, o enfermeiro torna-se fundamental no sentido de implementar todos estes avanços no dia a dia do atendimento à criança, atentando-se para os princípios do SUS e das políticas voltadas para esta clientela.

REFERÊNCIAS

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 AACA, 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.

Recebido: 23/09/2011

Revisado: 14/08/2012

Aprovado: 28/05/2013