

ANÁLISE DE CONFORMIDADE E NÃO CONFORMIDADE DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CONFORMITY AND NON-CONFORMITY ANALYSIS IN FAMILY HEALTH UNITS

ANÁLISIS DE CONFORMIDAD Y NO CONFORMIDAD DE UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA

Mariluce Karla Bomfim de Souza¹
Leidiane Andrade Barreto²
Elaine Andrade Leal Silva³

Como citar este artigo: Souza MKB, Barreto LA, Silva EAL. Análise de conformidade e não conformidade de unidades de saúde da família. Rev baiana enferm. 2017;31(4):e18418.

Objetivo: identificar e discutir conformidades e não conformidades de unidades de saúde da família, de dois municípios do estado da Bahia, Brasil. **Método:** estudo descritivo e de avaliação normativa realizado em 23 unidades de saúde de um município de grande e outro de médio porte, no Nordeste brasileiro, no ano de 2014. Utilizou-se um roteiro de *check-list* elaborado a partir de manual ministerial sobre a estrutura física de unidades, sendo considerada a regulamentação técnica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o programa EpiData para registro e arquivamento dos dados. **Resultados:** condições estruturais adaptadas e adequações de imóveis para o funcionamento de estabelecimentos de saúde podem interferir sobre a qualidade da oferta dos serviços. **Conclusão:** constatou-se a necessidade de estruturação e de priorização da Atenção Primária à Saúde, a fim de não comprometer a mudança do modelo assistencial.

Descritores: Avaliação em saúde. Estrutura dos serviços. Atenção primária à saúde.

Objective: to identify and discuss conformities and non-conformities of family health unities in two municipalities in the state of Bahia, Brazil. Method: descriptive study and of normative evaluation carried out in 23 health unities of one large and one medium sized city, in northeastern Brazil, in the year of 2014. Was used a checklist script elaborated from a ministerial manual about the unities' physical structure, observing the technical regulations by the Brazilian Regulatory Agency and the EpiData program for data registering and filing. Results: adapted structural conditions and building adjustments for the operation of health care facilities may interfere on the offered service quality. Conclusion: the necessity of structuring and prioritize the Primary Health Care, in order to not compromise the change in the assistance model, was confirmed.

Descriptors: Evaluation in health. Service structure. Primary Health Care.

Objetivo: identificar y discutir conformidades y no conformidades de unidades de salud de la familia, de dos municipios del estado de Bahía, Brasil. Método: estudio descriptivo y de evaluación normativa realizado en 23 unidades de salud de un municipio de grande y otro de mediano porte, en el Nordeste brasileño, en el año 2014. Se utilizó un guión de check-list elaborado a partir de manual ministerial sobre la estructura física de unidades, siendo considerada la reglamentación técnica de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria y el programa EpiData

¹ Enfermeira. Docente da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

² Enfermeira. Coordenadora de Vigilância Epidemiológica. Muniz Ferreira, Bahia, Brasil. leilla-06@hotmail.com

³ Enfermeira. Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

para registro y archivo de los datos. Resultados: condiciones estructurales adaptadas y adecuaciones de inmuebles para el funcionamiento de establecimientos de salud pueden interferir en la calidad de la oferta de los servicios. Conclusión: se constató la necesidad de estructuración y de priorización de la Atención Primaria a la Salud, a fin de no comprometer el cambio del modelo asistencial.

Descriptores: Evaluación en salud. Estructura de los servicios. Atención primaria a la salud.

Introdução

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) impulsionam a discussão sobre a garantia do acesso à saúde enquanto direito que constitucionalmente coloca o sistema público de saúde brasileiro como uma política pública universal. Nesse sentido, mais de cinco mil municípios no país desafiam suas limitações, inclusive estruturais, no sentido de garantir o acesso e a atenção integral aos seus munícipes.

Com o intuito de ampliar o acesso, desde a década de 1990, o Ministério da Saúde tem influenciado na expansão do Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), para reorientação do modelo assistencial de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica. No entanto, a operacionalização da ESF compete aos gestores municipais que enfrentam muitos desafios para garantir a oferta dos serviços de acordo com os princípios da integralidade, da vigilância à saúde, da equidade, e baseada no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização^(1,2,3).

Estudos evidenciam que problemas relacionados à cultura organizacional dos serviços, bem como deficiências na infraestrutura das unidades podem comprometer desde o acesso, resolutividade, humanização, até conflitos entre usuários e profissionais e dificuldades no desempenho e na realização de práticas com qualidade⁽⁴⁾. Todavia, quando as condições sanitárias são adequadas, as unidades podem potencializar a oferta do cuidado de modo que contribui para a segurança e qualidade da atenção.

Dentre os desafios e problemas a serem enfrentados pelos gestores municipais, destacam-se as não conformidades estruturais, organizacionais e de funcionamento das unidades de saúde da família, tomadas como objeto de discussão neste artigo. Nesse sentido, este

estudo questiona: Quais as inconformidades identificadas nas Unidades de Saúde e como estas podem interferir na estrutura operacional dos serviços? Este estudo justifica-se pela importância do (re)conhecimento e da discussão das dificuldades estruturais e organizacionais encontradas em Unidades de Saúde que podem provocar a reflexão sobre estratégias e estimular o desenvolvimento de ações de enfrentamento para tais problemas.

Assim, tem-se por objetivo: identificar e discutir as conformidades e não conformidades de unidades de saúde da família de dois municípios do estado da Bahia, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e de avaliação normativa desenvolvido em duas distintas realidades municipais do estado da Bahia do Nordeste brasileiro. Os municípios de Salvador (SSA) e Santo Antônio de Jesus (SAJ), de grande e de médio porte, respectivamente, estão localizados na macrorregião Leste de Saúde.

Salvador, capital do estado, é sede de região de saúde e tem uma população de mais de 12 milhões e 800 mil pessoas. Seu território está dividido em 12 distritos sanitários (DS), em que se distribuem os diversos serviços para a população, valendo destacar a baixa cobertura da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) que ultrapassa pouco mais de 30%⁽⁵⁾. Por outro lado, Santo Antônio de Jesus, situado no recôncavo baiano, também sede de região que recebe o mesmo nome, é dividido em quatro DS, tem uma população de mais de 90 mil habitantes e cobertura de quase 100% da AB, com quase 90% de cobertura de Estratégia Saúde da Família⁽⁶⁾.

A fim de conhecer e discutir as conformidades e não conformidades das Unidades de Saúde da

Família (USF) de ambos os municípios, foram incluídas 15 unidades de saúde da capital baiana e 8 unidades de SAJ, assegurando-se a representatividade de todos os DS. As unidades foram selecionadas de modo aleatório, totalizando 23 unidades.

Dentre as unidades de SSA incluídas neste estudo, a maioria (12) aloca mais que uma equipe de saúde da família (EqSF) e dez unidades dispõem de uma equipe de saúde bucal (EqSB). Ao contrário, em SAJ, apenas uma unidade aloca mais que uma EqSF.

Foi utilizado como instrumento de produção dos dados um roteiro de *check-list* elaborado a partir das informações contidas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família,⁽⁷⁾ o que segue os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50/Anvisa/fevereiro/2002, que dispõe sobre a Regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS)⁽⁸⁾. Tal instrumento permitiu conhecer as conformidades e não conformidades relacionadas às condições de ambiência, ventilação, luminosidade, fluxo de usuários e facilidade na limpeza e desinfecção, cuidados com resíduos e considerações sobre cada ambiente que integra a unidade de saúde da família.

O *check-list* foi realizado durante os meses de abril e maio de 2014 em SAJ, e no período de fevereiro a julho do mesmo ano em Salvador.

Foi utilizado o programa EpiData versão 3.1 para registro, documentação e arquivamento dos dados. A análise dos resultados foi realizada em três etapas: 1) verificação e leitura repetida dos dados registrados; 2) identificação de quatro grupos temáticos: Espaço físico e ambiência de unidades de saúde da família; Cuidado com resíduos; Mobiliários, equipamentos e instrumentais; Condições de atendimento clínico e odontológico e das dependências de apoio; 3) apresentação comparada e análise interpretativa sobre as conformidades e não conformidades, tomando-se por referência recomendações normativas, regulamentações, outros estudos e referenciais.

Os princípios éticos exigidos para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos

foram respeitados conforme trata a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾. A submissão dos projetos se deu separadamente para os dois campos de pesquisa, sendo ambos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) sob os protocolos nº 364.713 e CAAE: 17842013.0.0000.5030, para SSA; e nº 520.954, CAAE: 24516113.1.0000.5030, para SAJ.

Resultados e Discussão

Espaço físico e ambiência de unidades de saúde da família

Os resultados deste estudo apontaram sobre a condição de funcionamento das unidades no que tange ao espaço físico em termos prediais, de modo que em Salvador, verificou-se que 14 das unidades funcionam em prédios próprios, enquanto no município de SAJ quase todas funcionam em casas alugadas e adaptadas para esse fim.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, utilizam-se como parâmetro, nos grandes centros urbanos, uma unidade básica de saúde (UBS) com Saúde da Família para no máximo 12 mil habitantes⁽¹⁰⁾. A grande concentração populacional nas periferias das capitais brasileiras demanda maior número de equipes de saúde da família as quais podem ser alocadas em uma mesma USF como estratégia para ampliação da oferta e do acesso e também otimização de custo. No entanto, em muitas realidades municipais, tais unidades funcionam em prédios alugados com estrutura física adaptada, por exemplo, em SAJ, conforme demonstrado por este estudo.

As estruturas alugadas se constituem em desafio para os profissionais de saúde na adequação das suas práticas dentro da restrição dos espaços nas unidades, seja por rodízio de salas ou por disposição improvisada de materiais e equipamentos. A inadequação na infraestrutura das unidades pode ser explicada, segundo o estudo de Oliveira et al.⁽¹¹⁾, pelo fato de grande parte das unidades não ter sido alocada em imóveis construídos para esta finalidade, comprometendo, portanto, o atendimento as exigências

normativas de implantação adequada conforme regidas pelo Ministério da Saúde. Desse modo, as adaptações mediante reformas e ampliação caracterizam a realidade de unidades alocadas em imóveis alugados, como evidenciou um estudo realizado em Goiás⁽¹²⁾.

Além da oferta dos serviços, a acessibilidade, a utilização e a circulação dentro da unidade podem estar comprometidas pelas barreiras físicas e arquitetônicas existentes. Os resultados revelaram que nenhuma das unidades visitadas em SAJ, por exemplo, dispunha de banheiros adaptados, barras de apoio ou corrimão, nem pisos antiderrapantes, ainda que em seis delas tenham sido adaptadas rampas. Do mesmo modo, em metade das unidades visitadas em SAJ o espaço para circulação era restrito por conta de a largura dos corredores ser menor do que 120 cm.

Em SSA, por sua vez, quatro das 15 USF não tinham banheiros adaptados e barras de apoio, duas não tinham rampas de acesso interno e quatro não tinham desde o acesso da área externa. Quanto à área externa, todas as USF de SAJ têm passeio de proteção no perímetro externo da edificação, e na maioria das unidades de SSA também.

Corroborando com as realidades investigadas, outros estudos apontam a existência de barreiras arquitetônicas ao acesso de idosos e deficientes físicos. Estudos realizados em Niterói-Rio de Janeiro, Campina Grande-Paraíba, estado de Goiás e município do Rio Grande do Sul denunciam não conformidades sobre a acessibilidade⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Destarte, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), no que tange as normas de acessibilidade, prevê que os locais de utilização pública e privada de uso comunitário devam dispor de espaços adaptados, com o propósito de promover maior acessibilidade possível aos indivíduos, sendo que as rampas não podem ter pisos escorregadios e obrigatoriamente devem ter corrimãos⁽¹⁶⁾.

Sobre as condições dos pisos, tetos e paredes das unidades foram identificadas que em SAJ, a maioria (cinco) não é lavável, enquanto que em SSA todas são laváveis. Sobre os lavatórios e pias, nenhuma das USF de SAJ atende

à regulamentação (Resolução de Diretoria Colegiada ANVISA – RDC nº 50)⁽⁸⁾, no que diz respeito à profundidade que permita a lavagem do antebraço, e nem possuem torneiras que dispensam o uso das mãos. Em SSA esse fato corresponde a 10 das 15 unidades visitadas, sendo que em oito das 15 unidades há torneiras adequadas.

Um estudo realizado em UBS em Parnamirim-Rio Grande do Norte demonstrou que, em um total de 15 unidades incluídas no estudo, sete não dispunham de instalações próprias sendo submetida dessa maneira a improvisos para que os serviços fossem disponibilizados. E o estudo ainda denuncia problemas como: infiltrações; mofo; superfícies, pisos, tetos de difícil higienização; e instalações elétricas e hidráulicas com necessidade de manutenção⁽¹⁷⁾.

Um ponto consensual entre os resultados apresentados em ambas as realidades se refere às bancadas, armários e estantes: todas as unidades dos dois municípios apresentaram estrutura duradoura com superfícies lisas de fácil limpeza e desinfecção.

Quanto à ambiência, as unidades investigadas apresentavam iluminação natural e artificial, porém foi possível escutar ruídos gerados pela localização e vizinhança, tanto em SAJ (três USF) quanto em SSA (12 USF). Entretanto, no geral, em ambos os municípios, os aspectos exigidos sobre a ambiência corresponderam em parte ao determinado pelo Manual de estrutura física do Ministério da Saúde.

Segundo a Política Nacional de Humanização, a ambiência das unidades de saúde destaca-se como um pressuposto, entendendo-a como forma de favorecer ao usuário a confortabilidade e a utilização desses espaços para encontros e trocas⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, a garantia da ambiência está limitada pelas inadequações estruturais que de algum modo podem interferir no processo de acolhimento no atendimento. Um estudo realizado em três estados do Nordeste: Bahia, Sergipe e Ceará, apontou a precariedade das instalações das USFs, bem como a ausência de espaços físicos apropriados nas unidades, problemas com tamanho e/ou disposição das salas, climatização e ruídos⁽¹⁹⁾.

Quanto ao horário de funcionamento, as unidades nos dois municípios funcionam no período de 7 às 17 horas, exceto duas unidades em SAJ que, por ser localizada uma na zona rural e outra inserida no contexto de violência, tinham horário diferenciado.

A quase totalidade das unidades investigadas apresentou identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos recomendados pela Norma Técnica Brasileira nº 9.050⁽¹⁶⁾, a qual dispõe sobre critérios e parâmetros técnicos a serem utilizados nos projetos de construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos referentes às condições de acessibilidade.

No bojo dessa discussão sobre espaço físico e ambiência, vale destacar como importante estratégia criada pelo Ministério da Saúde, em 2011, o programa Requalifica que tem por objetivo corroborar na estruturação e fortalecimento da Atenção Básica/APS a partir de incentivos financeiros para construção, reforma e ampliação das UBS⁽²⁰⁾. Dados mais recentes apontam que ambos os municípios estudados foram contemplados com recursos deste programa que anuncia mudanças nos estabelecimentos nestas realidades. Nesse sentido, deve-se ter como prioridade a construção de unidades principalmente em bairros periféricos e de maior concentração populacional.

Cuidado com resíduos

Sobre o cuidado com resíduos recomendado pela RDC nº 306/2004⁽²¹⁾, chamou a atenção que nenhuma das unidades visitadas em SAJ dispunha de cópia de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) no momento da visita, e em SSA, essa realidade correspondeu a quase metade (sete) das unidades.

De acordo com a RDC⁽²¹⁾, o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde refere-se a um conjunto de procedimentos no âmbito da gestão, que deve ter por objetivo “reduzir a produção de resíduos e direcionar os resíduos produzidos um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e

do meio ambiente”^(3,21). Já a Resolução Conama nº 358/2005 dispõe sobre o tratamento e a disposição final desses resíduos, sendo apresentada em seu artigo 4º a elaboração do PGRSS pelos geradores de resíduos de serviços de saúde, conforme a legislação vigente⁽²²⁾.

Quanto ao acondicionamento dos resíduos, no caso de SAJ, nem todas as unidades apresentam área externa para armazenar os resíduos sólidos; ao contrário de SSA, em que a maioria das unidades (13) dispõe de ambiente externo e exclusivo para acondicionamento desses resíduos. Sobre os resíduos líquidos, a realidade em SAJ também evidencia que metade das unidades não faz a guarda em frascos de material resistente ou bombonas com tampa antivazamento.

Sobre o lixo não contaminado ou que possa provocar acidentes (gaze, luvas, gesso), na maioria das USF em SAJ, na ocasião da visita, não foi encontrado acondicionado em sacos impermeáveis e não estavam identificados, em SSA, duas unidades foram encontradas com a mesma situação.

A discussão sobre gerenciamento dos resíduos sólidos tem sido ainda incipiente, todavia é preciso pensar sobre o cuidado aos resíduos e sobre os riscos inerentes ao seu descarte.

Mobiliários, equipamentos e instrumentais

A respeito dos mobiliários, equipamentos e instrumentais que integram as unidades de saúde da família e que são imprescindíveis para seu funcionamento, há que destacar que todas as USF, nos dois municípios investigados, dispõem de sala de recepção com prontuários arquivados por família. Pôde-se identificar que a sala de espera, na maioria das unidades, dispõe de mais de 10 assentamentos para acomodação dos usuários e apenas uma das unidades em ambos os municípios têm 50 ou mais acomodações. Em três das USF de SAJ não há bebedouros, enquanto todas as unidades visitadas de SSA têm bebedouros.

Sobre o local destinado às atividades administrativas, nenhuma das oito unidades de SAJ as têm disponível, ao contrário de SSA, em que apenas uma das 15 não dispõe de uma. Quanto à sala para reuniões, em ambas as realidades, a

maioria das unidades possui esse espaço e o utiliza também como sala para uso dos agentes comunitários de saúde. Referente ao almoxarifado, todas as unidades de SSA dispõem de prateleiras e acesso limitado a funcionários, enquanto em SAJ, duas dentre as oito não dispõem.

Quanto à disponibilidade de equipamentos e materiais para comunicação e informação, este estudo revelou diferenças entre as realidades nos municípios. Em SSA, as unidades estão todas providas com computador e sete apresentam impressora, enquanto em SAJ, em nenhuma das unidades estes equipamentos estão disponíveis para a recepção. Resultados semelhantes aos encontrados em SSA correspondem à realidade de Niterói, no Rio de Janeiro, em que na maioria das unidades foram encontrados computadores em condição para uso, sendo que metade destas tinha acesso à internet⁽¹³⁾. Referente à disponibilidade de telefone, sete das 15 USF de SSA dispõem e, em SAJ, cinco das oito. Quanto à disponibilização de televisão nas unidades, em SSA, a maioria dispõe, ao contrário de SAJ. Nas duas realidades, a maioria das unidades utiliza o quadro de avisos como meio de publicização de informes e atendimentos.

Quanto à disposição dos equipamentos e materiais para a realização de atendimento e

procedimentos pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde da família dos municípios estudados, o Quadro 1 aponta alguns resultados.

Com relação à farmácia, três das oito unidades visitadas em SAJ têm espaço para funcionamento da farmácia, as demais unidades acondicionam e dispensam medicamentos na recepção. Em SSA, existem farmácias em todas as 15 unidades investigadas, computador, ar-condicionado e armazenamento adequado dos medicamentos, e ainda, três dessas têm frigobar, sendo que apenas uma não tem acesso independente. Em SAJ, nas farmácias das três unidades o acesso é independente, porém não dispõem de ar-condicionado, computador e/ou refrigerador ou frigobar.

Condições de atendimento clínico e odontológico e das dependências de apoio

Sobre as condições de atendimento clínico, constatou-se que nenhuma das unidades visitadas em SAJ tem consultório ginecológico, o que supõe que os exames preventivos ginecológicos são realizados no consultório de enfermagem ou médico, no entanto, vale destacar que em apenas quatro das oito unidades investigadas foram encontrados biombos. No caso

Quadro 1 – Disposição de equipamentos e materiais para a realização de atendimento nas unidades de saúde da família. Salvador e Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil, 2014 (N = 23)

Descrição dos equipamentos e materiais disponíveis na sala de imunização	SSA	SAJ
Pia	14	7
Torneira com fechamento que dispense uso das mãos	7	0
Forma que o usuário não transite nas dependências da USF	10	1
Refrigerador 260 litros	15	6
Caixa térmica	15	8
Descrição dos equipamentos e materiais disponíveis na sala de curativos	SSA	SAJ
Pia	14	8
Torneira com fechamento que dispense o uso das mãos	7	0
Forma que o usuário não transite nas demais dependências da USF	9	1
Lava-pé que possibilite a higienização de pés dos pacientes	7	0
Área próxima à sala de lavagem e descontaminação	1	0
Descrição dos equipamentos e materiais do consultório odontológico	SSA	SAJ
Bancada com pia para processamento de materiais e instrumentais	14	7
Torneira com fechamento que dispense o uso das mãos	10	0
Raios-X	10	0
Autoclave (ou uso de equipamento compartilhado pela equipe)	7	7
Compressor com válvula de segurança	12	7

de SSA, existe consultório ginecológico em 10 das 15 unidades visitadas, com sanitário privativo anexo, mesa ginecológica e instrumental (espéculos, lâminas etc.) disponíveis. Quanto às condições dos equipamentos é válido salientar que nos dois municípios, foram encontrados equipamentos em desuso por estarem quebrados por falta de manutenção preventiva e reparativa/corretiva.

Deficiências nas instalações de atendimento clínico e odontológico foram constatadas em diversos estudos⁽¹²⁻¹⁵⁾ os quais evidenciaram inconformidades nestas instalações e até mesmo inexistência de alguns ambientes como: expurgo, sala de reuniões, sala de esterilização, farmácia os quais comprometem o atendimento a saúde dos indivíduos.

Além da estrutura física e restrita disposição de recursos e materiais, registram-se possíveis dificuldades na aquisição e disposição de equipamentos para atendimento clínico e odontológico e a falta de manutenção preventiva e/ou reparativa/corretiva, situações que limitam a resolutividade dos serviços prestados na AB/APS.

Ao contrário do investimento necessário que deve ser direcionado para a Atenção Básica, que deve ser priorizada e fortalecida pelo propósito da mudança de modelo pautada na promoção da saúde, o que se percebe é que se tem destinado esforços à construção e ampliação das unidades de pronto atendimento, ao ponto que se consegue resolver os problemas de saúde de cunho singular e efêmero⁽³⁾.

Duas unidades do município de SAJ não estavam com sala de imunização em funcionamento, a unidade da zona rural não dispõe deste espaço e em outra, embora exista a sala, a oferta de vacina era disponibilizada em caixas térmicas, pois o refrigerador de 260 litros encontrava-se quebrado. Em apenas uma unidade, em ambos os municípios, a sala de imunização não apresentava pia. No caso de SSA, a sala de imunização das quinze unidades encontrava-se em funcionamento. Nestas salas, as caixas térmicas e a caixa para dispensação do material perfuro-cortante utilizado estavam disponíveis em ambos os municípios.

Identificou-se sala para coleta de material (por exemplo, sangue) em três das 15 unidades visitadas em SSA, e em nenhuma de SAJ, entretanto, este procedimento acontece em outra sala em cinco das USF de SSA, e em sete USF de SAJ. Tal realidade evidencia a improvisação nas unidades pelas inconformidades na estrutura física desses serviços.

Quanto à sala de nebulização, as unidades visitadas em SAJ não dispõem deste espaço reservado, e no caso de SSA, apenas uma USF apresenta sendo, portanto, este procedimento realizado em outro espaço/sala das unidades. No caso da capital, seis das unidades dispõem de central de nebulização com filtros e saídas e oito têm nebulizador portátil, em SAJ, uma tem a central e seis têm nebulizador portátil.

Sobre a sala de curativos, uma das unidades visitadas em SAJ dispõe, com destaque ao fato desta sala ter placa de identificação como sala de curativos, todavia, esta sala não é exclusiva para a realização deste procedimento e não dispõe de torneira com fechamento que dispense o uso das mãos, nenhuma tem lavapé e biombo. Na realidade de Salvador, 14 das unidades têm pia e sete têm torneira adequada e lavapé. Quanto ao acesso a este serviço que deve ser para demanda espontânea, em todas as unidades de SAJ se faz necessário o trânsito por dentro das unidades, ao contrário de SSA, em que seis unidades não se fazem necessário.

Sobre o atendimento odontológico, todas as unidades visitadas em SSA dispõem de consultórios em funcionamento, todavia em SAJ uma entre as oito unidades não dispõem de atendimento odontológico. O consultório odontológico nas USF de SAJ não dispõe de aparelhos de raios-X, câmara escura, aparelho de ultrassom, não tem torneira com fechamento que dispense o uso das mãos e não atendem a área mínima de 12 m² para instalação da cadeira odontológica. Em SSA, a maioria das unidades dispõe de área mínima de 12 m² para instalação da cadeira, torneira adequada, iluminação, raio-x, câmara escura, compressor, amalgamador, fotopolimerizador, e 11 das 15 têm aparelho de ultrassom com jato de bicarbonato.

Coadunando com os resultados aqui apresentados, um estudo realizado em Recife sobre a avaliação da implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas equipes de Saúde da Família aponta dificuldades quanto à aquisição de insumos e equipamentos bem como a sua manutenção, afirmando, portanto, que tais problemas geram no profissional um sentimento de frustração pela dificuldade de resolução, justificadas pelas cobranças e solicitações para manutenção e/ou reposição desses equipamentos, de modo que essa problemática tende a comprometer a qualidade da assistência⁽²³⁾.

Nenhuma das unidades visitadas de SAJ dispõe de escovário, enquanto em SSA, três das 15 USF têm escovário com disposição de três ou quatro torneiras e um deles com espelho de altura adequada para uso de crianças, adolescentes e adultos. Em 4 das unidades de SAJ há área para o compressor e bomba, entretanto apenas uma delas respeita a distância máxima de 7 metros do compressor ao consultório, e 3 do lado de fora da unidade e sem tratamento acústico para redução de emissão de ruídos. Em SSA, 14 das unidades tem área reservada, em sua maioria situada no lado de fora da unidade e com atendimento a distância máxima de 7 metros, porém apenas seis unidades têm tratamento acústico para reduzir a emissão de ruídos.

Outros atendimentos também estão restritos, especialmente na realidade de SAJ, o que pode estar relacionado às limitações estruturais dos imóveis em que funcionam as unidades de saúde da família, a exemplo do atendimento odontológico, disposição de escovário e área para compressor com distância adequada.

Sobre as limitações de espaço físico, o compartilhamento de salas para a realização de alguns procedimentos, como nebulização, curativo, sala de esterilização foi citada no estudo de Ribeiro⁽¹²⁾. No entanto, cabe assinalar que os improvisos ou adaptações utilizadas podem comprometer veementemente a dinâmica de trabalho dos profissionais, incorrendo em riscos à saúde⁽¹⁵⁾.

Sobre outros ambientes, classificados como apoio, destacam-se os sanitários, copa/cozinha, área de serviço, depósito de material e limpeza

(DML) e central de esterilização. Sobre os sanitários, 14 das USF em SSA são separados por sexo, com 11 unidades com pelo menos um sanitário para deficientes e com banheiros exclusivos para funcionários. Em SAJ, nenhuma das unidades visitadas tem banheiros separados por sexo, nem adaptados para deficientes. Todas as unidades de SSA dispõem de copa/cozinha com acesso restrito a funcionários e três das 8 unidades de SAJ, sendo apenas duas com acesso restrito.

Sobre o DML, as realidades são bem diferentes entre os dois municípios. Apenas uma unidade de SSA não tem DML e dispõe, na maioria delas, de tanque de louça ou de aço e área mínima de 3 m²; ao contrário de SAJ, em que apenas duas das unidades têm DML e somente uma tem tanque adequado e área mínima.

Para a lavagem e descontaminação de material dentro da unidade, o ambiente apropriado é a Central de Material e Esterilização (CME), que está disponível na maioria das unidades nas duas realidades municipais. A CME existe em 14 das unidades de SSA, com localização distante da sala de curativo em algumas destas, embora disponha de sala de recepção, lavagem e descontaminação, tendo 12 delas guichê para comunicação com a área de esterilização e autoclave sobre bancada, e nove dispõem de exaustor. Em SAJ, a CME apenas não existe na unidade da zona rural, em quatro delas têm sala de recepção, lavagem e descontaminação, três têm autoclave sobre bancada, duas tem guichê para comunicação com área de esterilização e apenas uma têm exaustor. Destaca-se a distância entre a sala de lavagem e descontaminação e a sala de curativo e, com tais dependências separadas por andar, em boa parte das unidades visitadas na capital baiana, colocando em risco às pessoas que circulam pelas unidades (trabalhadores e usuários) e a contaminação do ambiente pelo material infectado gerado na realização de determinados procedimentos.

A constatação da adaptação e do improviso pelas não conformidades da estrutura física se deu nas visitas às dependências das unidades e no conhecimento sobre a disponibilidade e disposição dos serviços e equipamentos. Os achados evidenciados neste estudo pela

aplicação do *check-list* em unidades de saúde da família são coerentes com as percepções de gestores, profissionais de saúde e usuários quanto às condições sanitárias das unidades em que trabalham e frequentam.

O estudo de Barreto et al.⁽²⁴⁾, desenvolvido nas mesmas USF de Santo Antônio de Jesus-Bahia onde foi aplicado o *check-list* e que buscou responder se há alguma relação entre a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde e as condições sanitárias das unidades de saúde da família, apontou que a maioria dos gestores e profissionais referiram que as deficiências nas condições sanitárias estavam quase sempre relacionadas à ambiência, estrutura física e falta de insumos no trabalho, em acordo com as percepções dos usuários, sendo destacados por estes a falta de medicamentos e equipamentos. Tal estudo concluiu que a estrutura para atender às necessidades de saúde da população pode, em algum grau, comprometer a resolutividade da APS, assim como alterar os fluxos dos demais níveis de atenção à saúde e por sobrecarregar os serviços da atenção secundária e terciária.

Outro artigo⁽²⁵⁾ sobre as condições sanitárias de USF que tomou por referência para análise os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde apontou, a partir dos depoimentos de gerentes e profissionais de saúde de unidades de Salvador-Bahia, problemas de infraestrutura e condições de acesso coerentes com as constatações da aplicação do *check-list*, concluindo, portanto, que as ações dos *agentes* de trabalho são dificultadas pela limitação dos *meios e instrumentos* o que compromete, em algum grau, a *finalidade* do trabalho.

Com base na apresentação, análise e discussão dos achados, é possível afirmar que as não conformidades identificadas nas USF em muitas realidades do país trazem consequências diversas, requerendo dos gestores esforços e investimentos financeiros para o provimento de serviços efetivos a fim de assegurar o princípio da integralidade. É válido destacar que algumas iniciativas podem ser desenvolvidas pelos gestores, a saber: ampliação e/ou construção de unidades de saúde, bem como, as reformas estruturais, a provisão de recursos materiais e a

manutenção preventiva, dentre outras. No entanto, o panorama de reformas restritas à pintura e reparação elétrica e hidráulica e a falta ou descontinuidade de manutenção preventiva não tem sido suficiente para corrigir muitas das não conformidades aqui apresentadas e discutidas.

Conclusão

As não conformidades, reveladas pelas limitações das condições estruturais e adaptações para o funcionamento de estabelecimentos de saúde, repercutem em algum grau sobre a qualidade da oferta dos serviços, de modo que apontam para a falta de prioridade para organização e estruturação da AB/APS, o que pode comprometer a mudança do modelo assistencial prevista na política nacional.

Os achados deste estudo indicam a necessidade de reestruturação da AB/APS, o que perpassa por condições adequadas ao funcionamento das unidades, estrutura satisfatória e aquisição de equipamentos e insumos suficientes de modo a garantir o acesso e a prestação do cuidado com qualidade. Nessa perspectiva, faz-se necessário repensar os caminhos da Saúde Pública no Brasil, destacando a priorização de recursos e esforços políticos no âmbito da AB/APS, para que não incorra, inclusive, em retrocessos às inúmeras conquistas alcançadas.

Os resultados aqui apresentados e discutidos podem contribuir para a reflexão e formulação de estratégias para a melhoria das condições dos serviços e assistência à saúde, tendo em vista a implementação de modelos que deem centralidade a APS, aos profissionais e sua situação de trabalho e à população para a qual o direito à saúde com qualidade e segurança deve ser assegurado. Cabe ressaltar que neste estudo não foram incluídas todas as unidades dos dois municípios e que a situação revelada corresponde ao período em que as unidades foram visitadas, cabendo, portanto, a continuidade de estudos nessa linha de pesquisa – condições sanitárias de serviços de saúde –, o que pode ampliar os resultados aqui apresentados e discutidos para estes municípios e para outras realidades do território brasileiro, inclusive apontar iniciativas,

limites e possibilidades para a modificação da realidade dos serviços de saúde e efetivação do sistema público de saúde de qualidade.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Mariluce, Leidiane, Elaine;
2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Mariluce, Leidiane e Elaine;
3. aprovação final da versão a ser publicada: Mariluce, Leidiane e Elaine.

Financiamento:

Apoio financeiro pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), processo nº 020/2013.

Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Cien Saude Colet.* 2009;14(3):794-83.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(2):176-64.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica. *Diário Oficial União.* 24 out 2011.
4. Pedrosa ICM, Corrêa ACP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Rev Cien Cuid Saúde.* 2011;10(1):58-65.
5. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Salvador: Secretaria Municipal de Saude; 2014.
6. Santo Antônio de Jesus. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2013. Santo Antônio de Jesus: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
8. Brasil. Resolução Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial União.* 4 set 2002.
9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, Sobre Pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 2013;4(2):3-12.
10. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2012.
11. Oliveira DC, Mandú ENT, Corrêa, Tomiyoshi JT, Teixeira RC. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery.* 2013;7 (3):446-54.
12. Ribeiro PR, Mamed SN, Souza MR, Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Rev Eletr. Enf.* 2015;17(3).
13. Janssen M, Fonseca SC, Alexandre GC. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. *Rev Saúde Debate.* 2016;40(111):140-52.
14. Rocha ACD, Sousa CPC, Queiroz D, Pedraza DF. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. *Rev RAS.* 2012;(14)54.
15. Strehlow BR, Fontana RT. Implicações da estrutura física de Unidades de Saúde da Família na dinâmica do trabalho. *Rev Enferm UFPE on line.* 2016;10(7):2624-33.
16. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9.050: 1994. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2001.
17. Vieira AMP, Cruz APF, Cunha UF. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde do município de Panamirim-RN. *Rev Científica Esc Saúde Catussaba.* 2012;2(1):35-49.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: ambiência.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
19. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do programa saúde da família: coerência com processo de humanização em saúde. *Rev Cien Saude Colet.* 2011;16(3):1969-80.

20. Brasil. Portaria Nº 1.170, de 05 de junho de 2011. Habilita municípios a receber recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), componente ampliação. Diário Oficial União. 19 set 2012.
21. Brasil. Resolução Nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial União. 10 ago 2004.
22. Brasil. Resolução Conama Nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial União. 10 set 2005.
23. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família. Rev Cienc. Saude Colet. 2011;16(2):623-33.
24. Barreto LA, Souza MKB, Silva EAL. Rede de atenção e condições sanitárias das unidades de saúde da família: há alguma relação?. Rev Enferm UERJ. 2016;24(6):17440.
25. Barreto HIV; Souza MKB. Análise das condições sanitárias de Unidades de Saúde da Família com base no referencial sobre processo de trabalho. Revista APS. No prelo. 2017.

Recebido: 06 de novembro de 2016

Aprovado: 06 de outubro de 2017

Publicado: 20 de dezembro de 2017