



## Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde

Evaluation of the physical structure of Basic Health Units

Evaluación de la estructura física de Unidades Básicas de Salud

Raimundo Nonato Silva Gomes<sup>1</sup>, Nytale Lindsay Cardoso Portela<sup>1</sup>, Aliny de Oliveira Pedrosa<sup>1</sup>, Luma Ravena Soares Monte<sup>1</sup>, Juliane Danielly Santos Cunha<sup>2</sup>, Thiego Ramon Soares<sup>3</sup>

**Objetivo:** avaliar a infraestrutura de unidades básicas de saúde, quanto à adequação às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. **Métodos:** estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em 18 unidades básicas de saúde. Para coleta de dados, utilizou-se checklist construído com base na Portaria Ministerial 2.226/09. A análise dos dados foi realizada por meio do Statistical Package for the Social Sciences e empregou-se escala de pontuação (0-10) para classificação das unidades de saúde. **Resultados:** das unidades analisadas, 16,6% ficaram com a nota igual a 3,5; 16,6% com 3,0; 5,5% com 2,5; 16,6% com nota 2,0; 11,1% com 1,5; 11,1% com 1,0; e 22,2% ficaram com 0,5, estando, portanto, todas com estrutura física inadequada. **Conclusão:** o município não oferece ao público um serviço que contemple os padrões ideais em sua estrutura, na maioria das unidades inspecionadas.

**Descritores:** Avaliação de Serviços de Saúde; Infraestrutura Sanitária; Atenção Primária à Saúde.

**Objective:** to evaluate the infrastructure of basic health units, as the adaptation to the standards recommended by the Ministry of Health. **Methods:** descriptive study with a quantitative approach, carried in 18 basic health units. For data collection, we used a checklist built based on Ministerial Decree 2,226/09. Data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences and a scoring scale (0-10) was used for the classification of health facilities. **Results:** 16.6% of the analyzed units received the average score of 3.5; 16.6% received 3.0; 5.5%, 2.5; 16.6% received grade 2.0; 11.1%, 1.5; 11.1%, 1.0; and 22.2% received 0.5 and, therefore, all units had inadequate physical structure. **Conclusion:** the city does not offer the public a service that addresses the ideals standards in its structure in most of the inspected units.

**Descriptors:** Health Services Evaluation; Health Infrastructure; Primary Health Care.

**Objetivo:** evaluar la infraestructura de unidades básicas de salud, cuanto a la adaptación a las normas recomendadas por el Ministerio de la Salud. **Métodos:** estudio descriptivo, con abordaje cuantitativa, realizado en 18 unidades básicas de salud. Para recolección de datos, se utilizó lista construida con base en el Decreto Ministerial 2.226/09. Se realizó el análisis de datos utilizando el *Statistical Package for the Social Sciences* y empleó a escala de puntuación (0-10) para clasificación de los unidades de salud. **Resultados:** de las unidades analizadas, 16,6% estaban con puntuación media de 3,5; 16,6% con 3,0; 5,5% con 2,5; 16,6% con nota 2,0; 11,1% con 1,5; 11,1% con 1,0; y 22,2% alcanzaron 0,5, por lo tanto, todas con estructura física inadecuada. **Conclusión:** la ciudad no ofrece al público servicio que contemple las normas ideales en su estructura, en la mayoría de las unidades inspeccionadas.

**Descritores:** Evaluación de Servicios de Salud; Infraestructura Sanitaria; Atención Primaria de Salud.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Maranhão. Caxias, MA, Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão. Caxias, MA, Brasil.

<sup>3</sup>Hospital Regional do Norte de Sobral. Sobral, CE, Brasil.

Autor correspondente: Raimundo Nonato Silva Gomes

Rua Manoel Gonçalves, 548, Centro, CEP: 65.600-110. Caxias, MA, Brasil. E-mail: raigomezz19@gmail.com

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde, no Brasil, se desenvolveu de duas formas: no modelo da Programação em Saúde, nos anos 1970, e no modelo do Programa de Saúde da Família, nos anos 1990. O modelo da Programação em Saúde teve origem na atuação da Saúde Pública, no século XX, no momento em que se trabalhava na perspectiva da integração dos serviços de saúde pública com os serviços de assistência médica. Já a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos moldes do Programa Saúde da Família é mais recente, tendo sido proposto pelo Ministério da Saúde em 1996. Este programa é uma estratégia de universalização da atenção à saúde e reorientação do sistema de saúde no Brasil para ações de promoção, prevenção da saúde e assistência à saúde, de maneira integrada, em um território definido<sup>(1)</sup>.

A assistência à saúde no Brasil, advinda do Sistema Único de Saúde, é realizada por meio de Redes de Atenção à Saúde, definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde. De diferentes densidades tecnológicas e integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, estas buscam garantir a integralidade do cuidado e promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Para isto, as Redes de Atenção à Saúde têm a Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, como o centro de comunicação da Rede<sup>(2)</sup>.

Passados vinte anos da criação do Programa Saúde da Família, atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família, observa-se a preocupação com sua estruturação e fortalecimento, visto que para que as atividades propostas na Estratégia Saúde da Família sejam desenvolvidas com qualidade é necessário não só a ampliação na cobertura da população assistida, mas também que as Unidades Básicas de Saúde tenham uma estrutura mínima<sup>(3)</sup>.

Diante disso, foi criada a Portaria 2.226/2009 pelo Ministério da Saúde com a finalidade de instituir,

no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Estratégia Saúde da Família. A Portaria estabelece que a estrutura física mínima necessária para as Unidades Básicas de Saúde deve conter: sala de espera, podendo ser conjunta com a recepção; consultório; consultório odontológico; sala de procedimentos; sala exclusiva de vacinas; sala de curativos; sala de reuniões; copa/cozinha; área de depósito de materiais de limpeza; sanitário para o público, adaptado para pessoas com deficiência; banheiro para funcionários; sala de utilidades/apoio à esterilização; depósito de lixo; e abrigo de resíduos sólidos (expurgo). Podem conter ainda: almoxarifado; administração/gerência; e sanitário exclusivo para pessoas com deficiência<sup>(4)</sup>.

Em função do exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a infraestrutura de unidades básicas de saúde, quanto à adequação às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

## Método

Pesquisa do tipo exploratório, observacional, transversal e com abordagem quantitativa, foi realizada no período de maio a agosto de 2014 no município de Caxias, no interior do Estado do Maranhão, região nordeste do Brasil. A cidade possui 32 unidades básicas de saúde, sendo 11 na zona rural e 21 na urbana, e com 50 equipes de Saúde da Família, cobrindo de cerca de 92,0% da área total do município. Censo populacional realizado no ano de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a cidade de Caxias, que faz parte da região leste do Maranhão, contava com número estimado de 155.129 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,614.

Para a coleta de dados, utilizou-se um checklist construído com base na Portaria Ministerial 2.226/09, tratando-se de questões referentes à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde. Tal instrumento contou com 15 itens, divididos em quatro tópicos, que avaliavam a presença de ambientes previstos para

compor a estrutura mínima necessária das unidades, tais como: recepção, sala de espera, consultórios, sala de procedimentos, sala de vacinação, sala de curativo, sala de reuniões, almoxarifado, copa/cozinha, área de depósito de materiais de limpeza, sanitários para o público, sanitários para os funcionários, abrigo de resíduos sólidos (expurgo) e área total mínima dos ambientes.

Para o estudo, utilizou-se amostragem não probabilística, da qual foram excluídas as Unidades Básicas de Saúde da zona rural. Das 21 unidades básicas na zona urbana, três não participaram da pesquisa por motivo de reforma estrutural, restando 18 unidades para estudo. Sendo assim, como critérios de recrutamento das unidades de saúde que iriam compor a amostra, utilizou-se a distância das unidades básicas de saúde da sede do município, uma vez que apenas as unidades de saúde da zona urbana participaram da investigação.

A classificação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde foi baseada em uma avaliação global dos critérios estabelecidos no formulário de avaliação, construído segundo a Portaria 2.226/09, no qual se atribuiu uma pontuação cuja pontuação está assim definida: de 9 a 10 pontos, considera-se ótima; de 7 a 8 pontos, boa; e de 0 a 6 pontos, ruim. O índice geral para cada aspecto foi calculado como a média da pontuação de todas as unidades.

Para a coleta dos dados, os pesquisadores visitaram cada uma das unidades de saúde e avaliaram-nas pessoalmente por meio de observação direta e aplicação do checklist.

Após a coleta, construiu-se um banco de dados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 18.0 for Windows), e, posteriormente, os resultados foram consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritivas (média e frequência).

Por não envolver coleta direta ou indiretamente com profissionais das unidades, não foi necessário submeter o projeto à apreciação ética com seres humanos. Entretanto foi obtida a concordância formal com cada uma das unidades para o estudo.

## Resultados

A Tabela 1 evidencia os resultados obtidos na avaliação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, na qual se observou que a sala de vacinação foi o item com melhor avaliação, e as salas de espera, consultórios, salas de procedimentos e expurgos foram os ambientes com as piores avaliações. Quanto à avaliação, utilizaram-se os termos “Sim” e “Não” para indicar adequação e inadequação, respectivamente, das unidades avaliadas.

**Tabela 1** - Avaliação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde

Itens	Sim	Não
	n(%)	n(%)
Recepção	1(5,6)	17(94,4)
Sala de espera	-	18(100,0)
Consultórios	-	18(100,0)
Sala de procedimentos	-	18(100,0)
Sala de vacina	15(83,3)	3(16,7)
Sala de curativos	14(77,8)	4(22,2)
Sala de reuniões	1(5,6)	17(94,4)
Almoxarifado	5(27,7)	13(72,3)
Copa/Cozinha	8(44,4)	10(55,6)
Área de depósito de materiais de limpeza	4(22,2)	14(77,8)
Avaliação dos sanitários para o público	6(33,3)	12(66,7)
Sanitários para os funcionários	1(5,5)	17(94,5)
Abriço de resíduos sólidos (expurgo)	-	18(100,0)
Área total mínima dos ambientes	-	18(100,0)

A Tabela 2 refere-se à classificação geral das Unidades Básicas de Saúde investigadas, levando-se em consideração nota pré-estabelecida por meio do checklist utilizado. Na qual, as notas variaram de 0 a 10.

**Tabela 2** - Avaliação individual das Unidades Básicas de Saúde

Notas	n(%)
0,5	4(22,2)
1,0	2(11,1)
1,5	2(11,1)
2,0	3(16,7)
2,5	1(5,5)
3,0	3(16,7)
3,5	3(16,7)
Total	18(100,0)

Assim, conforme padrão de notas estabelecidas por meio instrumento de coleta de dados observou-se que todas as unidades básicas de saúde analisadas foram classificadas como ruins.

## Discussão

A Atenção Primária à Saúde é responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo. Evidências demonstram que esse nível de atenção tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, por meio da realização de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema, lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde. Um dos fatores que contribuem de forma significativa para a qualidade do serviço disponibilizado à comunidade é o acolhimento, uma vez que o ambiente físico-funcional influencia de forma decisiva na sua efetividade<sup>(5)</sup>.

O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, sugere que esses ambientes sejam um espaço destinado a atividades educativas em grupo e prevê que o acesso seja feito de forma que os usuários não necessitem transitar nas demais dependências da Unidade Básica de Saúde<sup>(6)</sup>.

No que se refere ao aspecto normativo, a Política Nacional de Atenção Básica preconizou a valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde, como itens necessários à realização das ações de atenção primária, sendo destacados: uma lista de ambientes que devem estar presentes em cada unidade de saúde, os equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas, a composição da equipe multiprofissional e a garantia dos fluxos de referência e contra referência para os serviços especializados<sup>(7)</sup>.

Um estudo realizado em dois municípios baianos evidenciou resultados semelhantes ao desta pesquisa, posto que os dois municípios estudados

(apresentados como “município A” e “município B”, por critérios de confidencialidade) apresentaram deficiências quanto à estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, que foram mais acentuadas no município B, onde todos os itens avaliados foram observados em menos de 70,0% das Unidades de Saúde da Família. No município A, 12,5% das Unidades de Saúde da Família e 55,6% das Unidades Básicas de Saúde apresentavam as dependências básicas<sup>(7-8)</sup>.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Pelotas/RS, no qual evidenciou-se uma média global de 70,0% dos estabelecimentos da Rede Básica de Assistência à Saúde como precárias. Considerando-se somente as unidades que realizavam um serviço indispensável na atenção básica, o pré-natal, a média passou para 73,0%, sendo igualmente classificadas como precárias<sup>(8)</sup>.

A análise estrutural de Unidade Básica de Saúde realizada no Mato Grosso apresentou resultados parecidos aos encontrados nesta pesquisa, na qual 39,0% das unidades estudadas foram classificadas como “adequadas” quanto à estrutura física; 56,0% das unidades de saúde foram classificadas como “suficientes”, em relação à disponibilidade de equipamentos; e referente aos materiais/insumos, a maioria (83,0%) das unidades foi classificada como “suficientes” por dispor de mais de 80% dos itens elencados para cada variável como fundamentais ao desenvolvimento das práticas do enfermeiro e das equipes de saúde<sup>(9)</sup>.

Pesquisa multicêntrica, realizada em sete estados brasileiros demonstrou os déficits arquitetônicos dessas unidades de saúde, pois 59,8% das unidades foram classificadas como não adequadas, quando avaliada a sua infraestrutura. Em 44,2% das Unidades Básicas de Saúde analisadas foram encontrados degraus inapropriados que dificultavam o acesso de pessoas com deficiência. A inexistência de rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas foi verificada em 63,0% das unidades e, entre

aquelas que tinham rampas, 72,8% não dispunham de corrimão. Os corrimãos também eram inexistentes em 95,0% dos corredores e em 91,7% dos degraus de acesso das unidades de saúde<sup>(10)</sup>.

Uma avaliação das estruturas físicas de Unidades Básicas de Saúde de duas regiões do país (Nordeste e Sul) demonstrou também dificuldade de acesso para pessoas com deficiências em alguns ambientes da unidade, como os banheiros. Em 77,4% dos banheiros das unidades não existiam portas que garantissem o acesso de cadeirantes e em 75,8% dos banheiros não era possível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas. A indisponibilidade de cadeiras de rodas foi outro problema encontrado, sendo referida em 74,7% das unidades de saúde para atender aos usuários no caso de necessidade. As cadeiras das salas de espera foram consideradas inadequadas para os usuários por 67,8% dos profissionais das equipes das unidades de saúde<sup>(10-9)</sup>.

Quanto à estrutura dos banheiros, destaca-se que os banheiros internos dos centros de saúde devem ter lavatório e bacia sanitária. Aconselha-se prever também sanitários públicos separados por gênero e pelo menos um sanitário destinado a pessoas com deficiência<sup>(11)</sup>.

De acordo com a Portaria 2.226/09 do Ministério da Saúde, os banheiros para funcionários devem ser ambientes destinados à troca de roupas, guarda de pertences e para a realização das necessidades fisiológicas, e deverão ser diferenciados por sexo, providos de lavatório, vasos sanitários e chuveiro<sup>(9)</sup>.

A inexistência de salas de procedimentos nas unidades de saúde avaliadas neste estudo também é um aspecto que merece destaque. Dados corroborantes foram evidenciados em estudo realizado na capital no Mato Grosso, que ao analisar a existência da sala de procedimentos de enfermagem, esta foi encontrada em 16 (89,0%) das unidades avaliadas, sendo que 13 (72,0%) dispunham de sala ou algum compartimento

específico para depósito de material de limpeza, 11 (61,0%) unidades tinham espaço destinado à coleta de material para análises clínicas a ser encaminhado ao laboratório e nove (50,0%) possuíam abrigo para resíduos sólidos<sup>(11,9)</sup>.

Já estudo realizado na Macrorregião Oeste de Minas Gerais, que avaliou salas de vacinas, evidenciou que um dos fatores determinantes da ineficiência de salas de vacinas é a supervisão de enfermagem, cuja ausência pode ocasionar o comprometimento de imunobiológicos disponibilizados à população, haja vista que a supervisão em enfermagem é um instrumento indispensável à manutenção da estrutura físico-funcional das salas de vacinas<sup>(11-12)</sup>.

Em cada organização faz-se necessária a atuação de gerentes que têm o papel de solucionar problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, desenvolver estratégias, efetuar diagnósticos de situações, garantir o desempenho de uma ou mais pessoas entre outras atividades que são imprescindíveis para o desempenho da mesma. Nesse contexto, a ação gerencial numa Unidade Básica de Saúde caracteriza-se em grande parte pela análise do processo de trabalho, com identificação de problemas e busca de soluções<sup>(13)</sup>. Sendo assim, o gerente atua como interlocutor e mediador do processo de trabalho.

Com base nisso, observa-se que um dos grandes problemas na manutenção de uma boa gerência nas Unidades Básicas de Saúde é o déficit organizacional do serviço, que apresenta um imprevisto na estrutura física das Unidades Básicas de Saúde e um completo descumprimento da Portaria Ministerial 2.226/2009<sup>(14)</sup>.

Uma variedade de estratégias e técnicas podem ser utilizadas para proporcionar uma educação adequada no desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas na Atenção Primária em Saúde. No entanto, essa prática está condicionada a um bom funcionamento da Unidade Básica de Saúde, que é o principal serviço de saúde da atenção básica<sup>(15)</sup>.

## Considerações Finais

A Atenção Primária em Saúde é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde e, responsável pela prevenção e promoção da saúde. É importante que as Unidades Básicas de Saúde satisfaçam a clientela e, também cumpram os padrões exigidos pelo Ministério da Saúde na sua estrutura física e humana. Porém, este estudo, dados apontam que o município não oferece ao público um serviço que contemple os padrões ideais em sua estrutura, na maioria das unidades inspecionadas.

Dos itens analisados, a sala de vacina foi o quesito que obteve melhor avaliação. Visto isso, faz-se necessário uma melhor vistoria do setor da saúde na esfera Estadual e pelas autoridades locais para um maior comprometimento com a população, pois a inadequação da estrutura física de uma Unidade Básica de Saúde influencia de forma direta na qualidade do serviço prestado à comunidade.

A temática investigada é importância para a equipe de enfermagem, em função de os profissionais que tem um maior contato com a população e suas ações dependem diretamente da infraestrutura da unidade para uma melhor qualificação da atenção e do cuidado e, conseqüentemente, para a obtenção de melhores resultados em saúde.

A pesquisa apresentou como principal limitação o fato do instrumento, embora construído com base na legislação vigente, não passou por um processo de validação prévio. Ademais, os resultados apresentados são circunscritos a uma localidade específica, portanto, sugere-se que estudos dessa natureza sejam replicados em outras cidades.

## Colaborações

Gomes RNS contribui para concepção, elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados. Portela NLC e Cunha JDS contribuíram com a redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Pedrosa AO, Monte LRS e Soares TR contribuíram com a versão final a ser publicada.

## Referências

1. Sala S, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):948-60.
2. Poton WL, Szpilman ARM, Siqueira MP. Avaliação para a melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ): relato de experiência. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2011; 13(3):57-61.
3. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010; 1(Supl. 1):61-8.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Rehem TCMSB, Egrý EY. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(12):4755-66.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 2838, de 1º de dezembro de 2011. Institui a programação visual padronizadas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010; 10(supl. 1):69-81.
8. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(1):12-9.
9. Pedrosa ICF, Corrêa ACP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Ciênc Cuid Saúde.* 2011; 10(1):58-65.

10. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):39-44.
11. Abrahão AL, Souza RF. The work of nurses in the family health strategy – aspects of promoting health practice. *Rev Rene*. 2013; 14(4):740-7.
12. Oliveira VC, Gallardo PS, Gomes TS, Passos LMR, Pinto IC. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(4):345-60.
13. Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAU. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010; 6(1):567-78.
14. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(9):1772-84.
15. Darder JJT, Carvalho ZMF. La interface del cuidado de enfermería con las políticas de atención al anciano. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(5):721-9.