

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO**

INÊS DE CÁSSIA FRANCO PEDROSA

**A INFRAESTRUTURA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CUIABÁ-MT E SUA RELAÇÃO COM AS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO**

**Cuiabá-MT
2011**

INÊS DE CÁSSIA FRANCO PEDROSA

**A INFRAESTRUTURA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CUIABÁ-MT E SUA RELAÇÃO COM AS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Trabalho, Cuidados e Subjetividades em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Áurea Christina de Paula
Corrêa

**Cuiabá-MT
2011**

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por meio de qualquer fonte convencional ou eletrônica, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

P372i

Pedrosa, Inês de Cássia Franco.

A infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá - MT e sua relação com as práticas do enfermeiro. / Inês de Cássia Franco Pedrosa. -- Cuiabá (MT): Faculdade de Enfermagem/UFMT, 2011.

122 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós - Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Áurea Christina de Paula Corrêa .

Inclui bibliografia.

1. Saúde - Serviços. 2. Unidades Básicas de Saúde - Infraestrutura. 3. Enfermagem. I. Título.

CDU: 614.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

INÊS DE CÁSSIA FRANCO PEDROSA

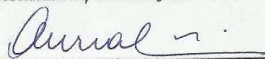
A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro.

Aprovada em: 29/03/2011

Banca Examinadora:

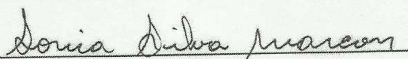
Profa. Dra. Áurea Christina de Paula Corrêa
(Orientadora) Instituição: UFMT

Assinatura:



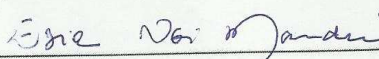
Profa. Dra. Sonia Silva Marcon
(Membro externo) Instituição: UEM-PR

Assinatura:



Profa. Dra. Edir Nei Teixeira Mandú
(Membro interno) Instituição: UFMT

Assinatura:



Prof. Dr. Antonio César Ribeiro
(Membro suplente) Instituição: UFMT

Assinatura:



Dedicatória:

À minha mãe

Agradecimentos especiais

- ♠ Ao meu pai, irmãos, irmãs, sobrinhos, sobrinhas, cunhados e cunhadas, pela torcida, paciência, carinho e compreensão.
- ♠ À Profa. Áurea Christina pela amizade, atenção e apoio durante o processo de definição do estudo e orientação.
- ♠ À Profa Edir, pelo apoio no processo de finalização da dissertação.
- ♠ À UFMT, pela oportunidade de realização do curso de mestrado.
- ♠ Aos colegas do Programa de Mestrado, professores, funcionários da FAEN e aos participantes do grupo de pesquisa “Projeto Argos”, que contribuíram para meu crescimento científico e intelectual e a novas amizades que surgiram desta oportunidade.
- ♠ À Secretaria Municipal de Saúde, pela autorização do estudo e aos colegas enfermeiros, dessa secretaria, colaboradores da pesquisa.
- ♠ À Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso pela liberação e disponibilidade do vínculo.
- ♠ Aos colegas de trabalho pela força, apoio e paciência pela ausência e solicitações.
- ♠ Aos amigos: Alexandre, Susi, Ivanete, Edite, Lurdinha, Lurdinha Assis, Gilce, Micheline, Andresa e Regina pela amizade, apoio e “troca de figurinhas”.
- ♠ Ao Dino, o Mascote.

Epígrafe:

*“Muda, que quando a gente muda o mundo
muda com a gente
A gente muda o mundo na mudança da mente
E quando a mente muda, a gente anda pra frente
Na mudança de atitude não há mal que não se
mude, nem doença sem cura
Na mudança de postura a gente fica mais seguro
Na mudança do presente a gente molda o futuro”.*

Gabriel o pensador

PEDROSA, I.C.F. A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, 122 p. Orientadora: Profa. Dra. Áurea Christina de Paula Corrêa.

RESUMO: No cotidiano dos serviços de saúde, profissionais justificam a forma como suas práticas laborais são desenvolvidas, dentre outras razões com base na infraestrutura organizacional de seu local de trabalho, como resultado dessas condições. Devido a tal relação, as práticas desenvolvidas seriam limitadas, marcadas por improvisos e caracterizadas por infraestrutura precária. Diante de tal fato, faz-se necessário analisar as condições existentes para o oferecimento de cuidados de enfermagem em Atenção Primária à Saúde, no que se refere à disponibilidade de estrutura física, equipamentos e insumos e sua relação com as práticas profissionais do enfermeiro, de maneira a identificar como os enfermeiros percebem tal influência. Este estudo objetivou analisar a infraestrutura existente em unidades básicas de saúde tradicionais, no município de Cuiabá-MT, e sua relação com as práticas do enfermeiro. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualiquantitativa e delineamento transversal, desenvolvida em serviços da rede básica de saúde do município. Num primeiro momento, participaram do estudo 22 enfermeiros atuantes em 18 unidades básicas tradicionais. A coleta de dados foi realizada através de entrevista, sendo utilizado para tal um instrumento estruturado, buscando caracterizar o cenário das unidades e as práticas dos enfermeiros ali desenvolvidas. A análise descritiva desses dados foi realizada com uso do Programa *Excell 2003*, seguida da discussão com base no referencial teórico levantado. Num segundo momento, utilizou-se a abordagem qualitativa, visando identificar como os enfermeiros percebem a influência da infraestrutura em suas práticas, através da técnica de análise temática. Os dados foram colhidos através da aplicação de entrevistas abertas aos enfermeiros atuantes em unidades básicas tradicionais, há mais de um ano. Dos 22 enfermeiros em atividade na rede básica de saúde tradicional, no período do estudo, apenas 5 aceitaram participar do estudo preenchendo os critérios de inclusão. O estudo mostra que, das unidades básicas de saúde tradicionais apenas 36% foram classificadas como adequadas no quesito estrutura física; no que diz respeito aos equipamentos, 50% foram classificadas como suficientes; e 82% como suficientes para os insumos, por disporem de mais de 80% dos itens estabelecidos como imprescindíveis para o desenvolvimento das ações, para cada variável estudada. No que diz respeito às práticas, 32% dos enfermeiros foram classificados como adequados por realizar mais de 70% dos procedimentos elencados como primordiais em atenção primária, revelando uma prática assistencial fragmentada e voltada para a demanda espontânea. Para enfermeiros, deficiências na estrutura física comprometem suas práticas, à medida que limitam a realização de ações, além das preconizadas pelo modelo biomédico, desrespeitam o usuário e dificultam a realização de ações de forma resolutiva. A falta de materiais e insumos obsta ou impede o desenvolvimento de cuidados clínicos adequados. Os dados levantados apontam para a necessidade de adequação da planta física, de disponibilização e manutenção de equipamentos e insumos, de capacitação dos enfermeiros e de organização da rede de atenção à saúde através de maiores investimentos no setor, de forma a valorizar a infraestrutura como elemento potencializador das práticas, com vistas à mudança do modelo assistencial.

Palavras chave: Atenção primária à saúde. Serviços de saúde. Assistência de enfermagem. Enfermagem.

PEDROSA, I.C.F. The infrastructure of basic health units of the municipality of Cuiabá-MT and its relationship with the nursing practices. Dissertation. (Masters in Nursing). Nursing Post-graduation Course. Federal University of Mato Grosso, Nursing Institute, Cuiabá, 122 p. Advisor: Profa. Dra. Áurea Christina de Paula Corrêa.

ABSTRACT: In the daily routine of the health services professionals justify the way their work practices are developed, among other reasons based on the organizational infrastructure of their place of work, as a result of these conditions. Due to this relationship, the practices developed would be limited, marked by improvisation and characterized by precarious infrastructure. Because of this, it is necessary to analyze the conditions existent for the delivery of nursing care in Primary Health Care, regarding the availability of the physical structure, equipment and inputs and their relationship with the professional practices of the nurses, in order to identify how the nurses notice such influence. This study aimed at analyzing the existent infrastructure in traditional basic health units in the municipality of Cuiabá-MT and its relationship with the practices of the nurse. It is a descriptive research, with a qualiquantitative approach and a cross-sectional design study, developed in services of the basic health care of the municipality. First, 22 nurses that were working in 18 traditional basic units participated in the study. Data collection was carried out through a structured instrument, seeking to show the setting of the units and the nursing practices developed there. The descriptive analysis of these data was performed using the *Excell 2003 Program*, followed by a discussion based on the surveyed theoretical referential. In a second moment, the qualitative approach was used, aiming at identifying how the nurses notice the influence of the infrastructure in their practices, through the thematic analysis technique. The data were collected through open interviews applied to nurses who have been working in traditional basic units for more than a year. Of the 22 nurses that were working in the traditional basic health care unit, during the study, only 5 accepted to participate attending the inclusion criteria. The study shows that of the traditional Basic Health Units only 36% were classified as adequate in the aspect physical structure; in relation to the equipments, 50% were classified as sufficient; and 82% as sufficient for the inputs, since they had more than 80% of the items established as essential in the development of the actions, for each variable being studied. In relation to the practices, 32% of the nurses were classified as adequate for performing more than 70% of the procedures listed as the most important in primary care, revealing a fragmented care practice and directed to the spontaneous demand. For nurses, deficiencies in the physical structure harm their practices, when they limit the actions that are beyond those that are recommended by the biomedical model, disrespect the users and make difficult the fulfillment of actions in a problem-solving way. Lack of material and inputs hinders the development of adequate clinical care. The data collected point to the need for the adequacy of the physical setting, of the availability and maintenance of equipments and inputs, training of the nurses and of organization of health care networks through higher investments in the area, so as to give value to the infrastructure as an enhancer element of the practices, aiming at health care model change.

Key-words: Primary health care. Health services. Nursing Care. Nursing.

PEDROSA, I.C.F. La infraestructura de unidades básicas de salud de la ciudad de Cuiabá-MT y su relación con las prácticas del enfermero. Disertación (Máster de Enfermería). Curso de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Mato Grosso, Facultad de Enfermería, Cuiabá, 122 p. Orientadora: Profa. Dra. Áurea Christina de Paula Corrêa.

RESUMEN: En el cotidiano de los servicios de salud profesionales justifican la manera como sus prácticas laborales son desarrolladas, de entre otras razones con base en la infraestructura organizacional de su local de trabajo, como resultado de estas condiciones. Debido a esta relación, las prácticas desarrolladas serían limitadas, marcado por la improvisación y caracterizado por una infraestructura deficiente. Delante de tal hecho, se hace necesario analizar las condiciones existentes para el ofrecimiento de cuidados de enfermería en Atención Primaria de salud, con lo que se refiere a la disponibilidad de estructura física, equipamientos y insumos y su relación con las prácticas profesionales del enfermero, de manera a identificar como los enfermeros perciben esa influencia. Este estudio objetivó analizar la infraestructura existente en unidades básicas de salud tradicionales en la ciudad de Cuiabá-MT y su relación con las prácticas del enfermero. Se trata de una investigación descriptiva, con enfoque cualicuantitativa y delineación transversal, desarrollada en servicios de la red básica de salud de la Capital. En un primero momento, participaron en el estudio 22 enfermeros actuantes en 18 unidades básicas tradicionales. La recolección de datos fue realizada a través de entrevista, siendo utilizado para tal un instrumento estructurado, buscando caracterizar el escenario de las unidades y las prácticas de los enfermeros allí desarrolladas. El análisis descriptivo de esos datos fue realizado con el uso del programa *Excell* 2003, seguido de un debate basado en la teoría planteada. En un segundo momento, se utilizó un enfoque cualitativo, teniendo por objeto identificar como los enfermeros perciben la influencia de la infraestructura en sus prácticas utilizando la técnica de análisis temático. Los datos fueron recolectados a través de la aplicación de entrevistas abiertas a las enfermeras actuantes en unidades básicas tradicionales hace más de un (1) año. De los 22 enfermeros en actividad en la red básica de la salud tradicional, en el período de estudio, sólo 5 aceptaron participar en el estudio cumpliendo los criterios de inclusión. El estudio muestra que las unidades tradicionales de atención primaria, solamente 36% fueron clasificadas como adecuadas en el requisito estructura física; por lo que respecta a los equipamientos, 50% fueron clasificados como suficiente; y el 82% como suficientes para los insumos, por disponerse de más de 80% de los ítem establecidos como imprescindible en el desarrollo de las acciones, para cada variable estudiada. Con respecto a las prácticas, el 32% de los enfermeros fueron clasificados como adecuados por realizar más de 70% de los procedimientos presentados como primordiales en atención primaria, revelando una práctica asistencial fragmentadas y vuelta para la demanda espontánea. Para los enfermeros, las deficiencias en la estructura física comprometen sus prácticas, a medida que limitan a la realización de las acciones, además de las preconizadas por el modelo biomédico, sin tener respeto al usuario y dificultan la realización de acciones de manera resolutive. La falta de materiales y insumos obsta el desarrollo de cuidados clínicos adecuados. Los datos recogidos apuntan para la necesidad de adecuación de la planta física, con disponibilidad y manutención de equipamientos y insumos, de capacitación de los enfermeros y de organización de la red de atención a la salud a través de mayores inversiones en el sector, de manera a valorar la infraestructura como parte potenciador de las prácticas, con miras al cambio de modelo asistencial.

Palabras Clave: Atención primaria de Salud. Servicios de salud. Asistencia de enfermería. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	19
2.1 GERAL	19
2.2 ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
3.2 ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS	28
3.2.1 Conceito e conformação	28
3.2.2 Infraestrutura	30
3.2.3 Ações do enfermeiro na APS	34
4 PERCURSO METODOLÓGICO	37
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	37
4.2 DESENHOS DA PESQUISA	41
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	45
5 RESULTADOS	46
5.1 INFRAESTRUTURA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE TRADICIONAIS: ESTUDO DE SUA ADEQUAÇÃO EM UMA CAPITAL DA REGIÃO CENTRO OESTE	47
5.2 AÇÕES DOS ENFERMEIROS DOS CENTROS DE SAÚDE: ESTUDO DE SUA ADEQUAÇÃO EM UMA CAPITAL DA REGIÃO CENTRO OESTE.....	63
5.3 PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE AS INFLUÊNCIAS DA INFRAESTRUTURA EM SUAS PRÁTICAS, EM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE.....	80
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	109

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CE	Consulta de Enfermagem
CCO	Colpocitologia Oncótica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIE	Conselho Internacional dos Enfermeiros
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CS	Centro de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEMAT	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Mato Grosso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SES/MT	Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCR	Referência e Contra-Referência

1 – INTRODUÇÃO

Profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS)¹, por vezes, atribuem dificuldades em seu potencial de trabalho cotidiano às limitadas condições organizacionais dos serviços de saúde que, via de regra, são marcadas por improvisos e infraestrutura precária. Tal percepção também está presente entre enfermeiros que associam suas práticas com a infraestrutura existente nos serviços de saúde da Atenção Primária (OLIVEIRA; CARVALHO ; SILVA, 2008).

Segundo Facchini *et al.*(2006), a persistência de problemas históricos na infraestrutura dos serviços de saúde reforça questionamentos sobre a efetividade da APS, visando respostas às necessidades de saúde da população, relacionando-as, em alguma medida, às práticas profissionais e suas respostas que também podem ser aplicadas às práticas do enfermeiro.

Tais fatos motivaram a realização deste estudo, que busca caracterizar a adequação de infraestrutura e ações desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais do Município de Cuiabá-MT e a percepção dos enfermeiros sobre essa relação, uma vez que também nesse espaço não é incomum ouvir que limitadas condições de infraestrutura das unidades de saúde justificam problemas no desempenho profissional.

A organização da APS no Brasil é normatizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria GM nº. 648, de 28 de março de 2006, que caracteriza a APS como:

(...) conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (...) Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006a).

¹ A APS em sentido abrangente, dentre outros entendimentos, configura-se como um dos eixos e princípios da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS). De modo estrito, corresponde à denominação de ABS, na perspectiva da organização dos serviços no âmbito municipal (GIL, 2006), sentido que assume neste trabalho.

A PNAB objetiva promover a APS no Brasil e define princípios, financiamento, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho e atribuições dos profissionais, para esse nível de atenção. Inclui ainda as especificidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), determinada como modelo preferencial para a APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde, que aponta três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, propõe mudanças e condições significativas à execução/efetivação do SUS, dentre as quais cabe ressaltar a garantia de infraestrutura apropriada para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada (BRASIL, 2006b).

Sousa (2001) define infraestrutura como o conjunto de elementos relativos aos recursos humanos, materiais, regulamentações e incentivos, entre outros elementos que facilitam o processo de responder organizadamente às questões e desafios apresentados aos serviços de saúde. Respostas essas, produtos da atuação das equipes, manifestas nas práticas profissionais. Assim, entende-se que a infraestrutura pode ser concebida como parte do arcabouço de sustentação do trabalho em saúde e, portanto, das práticas profissionais do enfermeiro.

As práticas executadas por enfermeiros são influenciadas pelo sistema de saúde e suas limitações. Essa relação é percebida, dentre outras formas, a partir da disponibilidade e da qualidade dos instrumentos ou dos meios de trabalho disponíveis nos serviços de saúde e do próprio trabalho do enfermeiro (NAUDERER E LIMA, 2008).

Peduzzi e Hausmann (2005) afirmam que o enfermeiro responde por inúmeras atribuições no âmbito da APS, entre elas a Consulta de Enfermagem (CE), além de outras relacionadas à promoção da saúde, prevenção e recuperação de agravos e à administração e gestão dos serviços locais.

No contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS) faz-se necessário considerar que para alcançar a eficácia no trabalho, seja na gestão ou na assistência, o enfermeiro precisa ter a sua disposição meios de trabalho, desde a disponibilização de consultórios e ambientes de recepção, instrumentos básicos para realização de diagnóstico, vacinas e medicamentos, e

tudo que se faça necessário para o atendimento e resolução satisfatória de necessidades em saúde.

Sznelwar e Abrahão (2007), estudando a organização do trabalho em serviços de saúde, apontam que as possibilidades de atuação de profissionais dependem fortemente dos equipamentos, edifícios e ferramentas disponíveis. Para esses autores, as carências existentes podem comprometer o trabalho das equipes e os resultados operacionais.

No que diz respeito à prática profissional do enfermeiro, o Conselho Internacional de Enfermeiros aponta para a necessidade de criação de ambientes favoráveis à prática profissional com vistas a assegurar a realização de cuidados de qualidade, com base em evidências, garantindo que os serviços de saúde sejam prestados de forma segura (CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS, 2007).

Para além, é preciso ter por referência que a qualidade e a eficiência da assistência também dependem da competência dos profissionais de saúde. Mas a realização de práticas adequadas requer a existência de um ambiente de trabalho que suporte a excelência do desempenho, no sentido de que este ambiente precisa, necessariamente, de infraestrutura de qualidade (CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS, 2007).

Segundo o CIE, o frequente subinvestimento que acontece no setor da saúde, em muitos países, resulta numa deterioração das condições de trabalho, com impacto negativo sobre o recrutamento e retenção do pessoal de saúde, na produtividade, no desempenho das instalações de saúde e, em última instância, nos resultados do cuidado (CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS, 2007).

No cotidiano das UBS observam-se as restritas condições organizacionais², compondo um quadro de “banalização da atenção primária à saúde em que tudo pode porque é um nível de atenção sem complexidade. Pode inclusive, como é comum ocorrer, oferecer serviços sem qualidade à população” (MINAS GERAIS, 2004: 39).

Esse fato é evidenciado por outros estudos que analisam a realidade cotidiana do trabalho das equipes de saúde (SCHIMITH E LIMA, 2004; RIBEIRO; PIRES; BLANK,

² A organização se refere a uma ordenação, agrupamento de atividades e recursos que visa à uma finalidade com metas estabelecidas (OLIVEIRA, 2006). Uma estrutura organizacional remete como as atividades de uma organização são divididas, organizadas e coordenadas (STONER, 1999).

2004; VANDERLEI, 2005; FACCHINI, *et al.*, 2006; DOWBOR, 2008; OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008; OLIVEIRA, 2010), destacando uma ou mais das seguintes condições a que as equipes estão submetidas: composição insuficiente das equipes; perfil inadequado de profissionais; diferentes modalidades de contrato de trabalho; estrutura física inadequada e em situação precária; sobrecarga de atendimento, dificultando a execução do planejamento e discussão da dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contra-fluxo dos usuários e das informações entre os diferentes níveis do sistema; falta de medicamentos; problemas de fidedignidade na alimentação dos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); além das expectativas contraditórias e conflitos das equipes com os poderes locais e a população, quando as equipes não conseguem atender à demanda; entre outros

A realização deste estudo também se relaciona ao fato de a pesquisadora atuar na equipe técnica da Coordenadoria da Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, o que possibilitou perceber a precariedade de condições organizacionais de UBS do Estado, fato este corroborado pelos estudos de Canesqui e Spinelli (2006).

Muitos estudos de avaliação e análise de programas e serviços de saúde (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001 *et al.*, 2001; COTTA *et al.*, 2006; COLOMÉ e LIMA, 2006; MASCIA *et. al*, 2007; COSTA, 2007; SERRA e RODRIGUES, 2010; NASCIMENTO *et. al*, 2007; COSTA *et al.*, 2009) demonstram que, a estrutura das unidades básicas de saúde se constitui em fator de interferência na organização dos serviços e na qualidade da assistência prestada.

Assim, parte-se do pressuposto de que a infraestrutura das unidades básicas de saúde, em alguma medida, interfere na assistência prestada pelo enfermeiro, aplicando-o ao contexto das UBS tradicionais de Cuiabá.

Colocam-se as seguintes questões de pesquisa:

1. Como se caracteriza o grau de adequação da infraestrutura das UBS tradicionais a partir de parâmetros normativos?
2. Como se caracteriza o grau de adequação das ações desenvolvidas pelos enfermeiros das UBS tradicionais a partir de parâmetros normativos?
3. Como o enfermeiro dessas unidades percebe a influência da infraestrutura em suas práticas?

Com vistas a tais questionamentos, busca-se neste estudo, analisar a relação entre infraestrutura das UBS tradicionais do município de Cuiabá-MT e as práticas dos enfermeiros atuantes nessas unidades.

Para a análise das características de infraestrutura e das ações dos enfermeiros toma-se por referência a PNAB (BRASIL, 2006), a Lei do exercício profissional (BRASIL, 1986), o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família (BRASIL, 2008), a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21/02/2002 (BRASIL, 2002), e a avaliação normativa realizada pelo MS sobre a implantação do PSF no Brasil (BRASIL, 2004b).

O recorte nas UBS tradicionais justifica-se pelo fato de que elas têm grande relevância em grandes centros urbanos como Cuiabá, por ainda responderem pelo atendimento básico de saúde da maior parte da população - 60% (BRASIL, 2010b), uma vez que as equipes de Saúde da Família não têm alcançado impacto na população geral, devido a sua baixa cobertura populacional (40%) (BOUSQUAT *et al.*, 2005).

Assim, é fundamental conhecer os principais aspectos relacionados à organização da APS, de maneira a identificar seu potencial e seus limites na busca pela transformação das práticas em saúde, uma vez que estas sofrem influência da infraestrutura disponível para promover a garantia de assistência adequada e acessível com repercussão na satisfação das necessidades de saúde da população atendida.

O estudo faz parte do Projeto de Pesquisa Matricial intitulado: “Atuação da Enfermagem frente às necessidades emergentes na Estratégia Saúde da Família no município de Cuiabá-MT”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT), que vem sendo desenvolvido por pesquisadores do Grupo de Pesquisa Projeto Argos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, que tem como objetivo principal contribuir com a melhoria da atenção básica de saúde do município.

Com a realização deste estudo espera-se contribuir para a compreensão do contexto atual de produção de cuidado em fase de transição, e com o desenvolvimento das práticas profissionais do enfermeiro. Para além, espera-se que os resultados possam sensibilizar os enfermeiros a valorizar as práticas no contexto da APS, e também os gestores, acerca da importância da melhoria das UBS tradicionais e sua conversão em SF para a mudança do modelo assistencial e, finalmente, fornecer aos gestores e demais atores

envolvidos informações úteis para melhoria da qualidade dos serviços. Também se pretende colaborar com a implementação da Política Estadual de Saúde referente à APS, de forma a contribuir para a qualificação dos serviços oferecidos.

2 – OBJETIVOS

2.1 - GERAL

Analisar as condições da infraestrutura das UBS tradicionais e sua relação com as práticas do enfermeiro no município de Cuiabá-MT.

2.2 – ESPECÍFICOS

1. Classificar a adequação da infraestrutura das UBS tradicionais do município de Cuiabá-MT, quanto à estrutura física, materiais e equipamentos;
2. Investigar a adequação das ações e procedimentos realizados por enfermeiros de UBS tradicionais do município de Cuiabá-MT;
3. Conhecer a percepção do enfermeiro sobre a influência da infraestrutura de UBS tradicionais, em suas práticas profissionais.

3 - REVISAO DA LITERATURA

3.1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou, em 1978, em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, que propunha uma nova organização assistencial, a realização desses cuidados como alternativa para a resolução dos problemas do modelo vigente, caracterizado como medicocêntrico e hospitalocêntrico, centrado em procedimentos e especialidades médicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Trinta anos depois e comprovada a importância dessa forma de organização de serviços, a APS foi repensada, sendo defendida pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) como uma ferramenta para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, além de representar o caminho mais adequado para produzir melhorias equitativas e sustentáveis na saúde dos povos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005).

No Brasil, a implementação do SUS, assim como da Atenção Primária, consolidou-se no século XX, sofrendo influências sócio-históricas que conformaram seu desenho atual, sendo que, a partir de 1994, passou a se incentivar técnica, política e financeiramente a adoção de um modelo único de organização dos serviços de saúde que quebrasse os paradigmas presentes no modelo tradicional de organização da rede de ABS: a ESF (BRASIL, 2007a).

Considerada prioritária para a reorganização da APS no Brasil, a ESF tem caráter substitutivo em relação às Unidades Básicas de Saúde tradicionais, o que nem sempre teria que ser traduzido na criação de novas unidades, mas, sim, na substituição das práticas tradicionais de assistência, caracterizando um processo gradativo de implantação.

Para Sousa (2007), a APS é definida como o primeiro nível de atenção à saúde que se sustenta no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Entretanto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) reafirma a necessidade de entendê-la

como uma estratégia de organização dos sistemas de atenção à saúde e não como um programa ou um nível de atenção, significando superar o paradigma atual da atenção básica (BRASIL, 2009a).

A PNAB estabeleceu que todas as modalidades de serviços existentes na rede básica de saúde, UBS tradicionais estabelecidas por programas de atenção integral a grupos de riscos, Unidades de Saúde da Família (USF) constituídas com base no PSF, unidades com o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) – devem ter a função de porta de entrada para o sistema de saúde. Essa função, segundo Tavares (2009), propicia o acesso e o cuidado integral, prevendo-se sua continuidade em outros níveis de complexidade sempre que se fizer necessário.

No âmbito local, o impacto da assistência à saúde dos usuários depende, dentre outras coisas, da organização e resolubilidade da APS na rede de saúde que, para tanto, deverá estar conectada a uma rede de serviços, composta por diferentes sistemas e elementos, que viabilizem o acesso aos demais níveis de complexidade de forma racional e humanizada (MENDES, 2002; CAMPOS, 2008).

Assim, para cumprir sua função de porta de entrada do sistema de saúde, resolvendo 85% dos problemas de saúde da comunidade (SILVA, 2004; MENDES, 2002; SOUSA, 2001; CAMPOS, 2008), a APS deve estar integrada a uma cadeia de serviços que lhe garanta suporte tecnológico para a resolução dos problemas.

Segundo Serra e Rodrigues (2010), a integração dos sistemas de saúde envolve diversos aspectos inter-relacionados, tais como: regulação dos serviços; processos de gestão clínica; condições de acesso aos serviços; recursos humanos e apoio logístico. Ressaltam que o principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de Referência e Contra-Referência (RCR), entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. Para esses autores, o papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete ao conceito da integralidade, entendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade, com fluxos ou trajetos definidos e organizados de forma a assegurar a continuidade do cuidado.

No que diz respeito à organização da rede de serviços de saúde, o MS propõe que a APS seja o centro da comunicação entre serviços, com a formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção (por exemplo, uma unidade ambulatorial especializada,

uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade hospitalar, etc.); seja responsável pela identificação das necessidades em saúde de uma população e pela atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

O MS propõe ainda uma integração das redes de atenção por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

O sistema logístico integra as redes de atenção à saúde que devem estar sustentadas em potentes tecnologias de informação, sendo que sua inexistência pode resultar em que o sistema de referência e contra-referência no SUS conforme-se apenas como um discurso sem possibilidades de concretização (BRASIL, 2007c).

Mendes (2009) considera que os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são importantes ferramentas para o diagnóstico de situações de saúde com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população. Os SIS identificam os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais onde os sistemas de atenção à saúde operam; reconhecem os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política, a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; geram informações sobre o desempenho dos sistemas de atenção à saúde, os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde, e a equidade em saúde.

O autor ainda aponta o sistema de assistência farmacêutica como fundamental para a estruturação das redes, aborda a organização dessa área em todo o seu ciclo: seleção, aquisição, programação, distribuição, armazenamento, prescrição, dispensação e uso racional (MENDES, 2009).

Esses elementos, dentre outros, compõem o contexto da APS e possibilitam sua efetivação. Na atualidade, a prática tem demonstrado que a APS também possibilita melhor organização e funcionamento dos serviços de atenção secundária e terciária. Estando bem estruturada, a APS favorece a redução das filas em prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia, pois os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas UBS, possibilitando que os ambulatórios de especialidades e hospitais cumpram com seus papéis, o que resultaria em

maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes (BRASIL, 2009c).

A capacidade da APS resolver problemas de saúde da população está sujeita à efetivação de investimentos e à adoção de um modelo organizacional adequado à efetivação do cuidado, dependendo também da capacidade de cada equipe em combinar os modos de intervenção que cada caso demanda (CAMPOS, 2008).

O Pacto pela Saúde propõe a qualificação da ESF como modelo preferencial para a APS e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006b). Para a APS se efetivar necessita romper com a hegemonia do modelo biomédico, adotando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como ferramenta estratégica para a construção do sistema de saúde (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008).

Cabe ressaltar que romper com o modelo biomédico no contexto da APS significa mudar as práticas profissionais desenvolvidas dentre outros aspectos.

O modelo assistencial abriga a maneira como os recursos humanos, tecnológicos e materiais são organizados para o enfrentamento dos riscos e atendimento às necessidades de saúde das comunidades, proporcionando promoção, prevenção, proteção, assistência e recuperação (BRASIL, 2009b). Para Reis *et al* (2007), o modelo assistencial se expressa e se conforma no cotidiano e nos micro espaços dos serviços. Ele se manifesta através de um conjunto de processos de trabalho, de serviços de saúde e se estabelece em uma conjuntura econômica-cultural-histórica.

As práticas sofrem influências diretas e indiretas da organização do sistema municipal de saúde, de modo que este deve dispor de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico eficientes, pontos de atenção secundária e terciária regulados, sistema logístico eficiente, sistemas de informações potentes, sistema farmacêutico adequado, entre outros. Estes, inter-relacionados, podem potencializar ou restringir as mudanças das práticas profissionais, entre elas a do enfermeiro, com consequências para a mudança do modelo assistencial.

Ribeiro, Pires e Blank (2004) apontam que o sucesso ou o fracasso da atenção à saúde não depende exclusivamente do desempenho profissional, mas também de características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico estruturais, isto é,

além da estrutura, sofrem influências do modelo biomédico e da lógica taylorista³ de divisão do trabalho, principal atributo das práticas profissionais encontradas nos centros de saúde.

A identificação das práticas de saúde com a doença, a hegemonia do modelo biomédico, bem como a atuação profissional fragmentada e corporativa, entre outros elementos, dificultam a articulação e integração dos diferentes profissionais que compõem as equipes de saúde e a prática interdisciplinar, o trabalho em equipe, que passa a constituir um dos aspectos relevantes das propostas de reorganização de serviços de saúde na perspectiva da atenção integral à saúde (PEDUZZI, 2007).

Matta e Morosini (2008) consideram que o modelo biomédico, estruturado ao longo do século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, afastando as dimensões histórico-sociais como a cultura, a política e a economia, focando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente.

O modelo biomédico está presente na APS nas UBS, na atenção à demanda espontânea e nas ações programáticas, que alimentam o paradigma médico flexneriano⁴ (MENDES, 2002).

Para Mendes (2002), existe certa variabilidade na relação demanda espontânea/ações programáticas, pois a assistência prestada em UBS/CS está voltada para as condições agudas, ainda que algumas unidades realizem ações programadas de atendimento a certos agravos ou condições. A maioria das UBS/CS não opera com agentes comunitários, e onde estes atuam, via de regra, não existe uma ação orgânica entre seu trabalho e a unidade básica tradicional.

As práticas tradicionais em saúde têm seu enfoque nas questões biológicas, na doença ou no risco de adoecer, desconsiderando outros aspectos da vida do indivíduo em sociedade, em sua dimensão antropológica. As intervenções clínico-sanitárias tradicionais que foram capazes de controlar doenças e epidemias, prolongar a vida e aliviar a dor mostram-se insuficientes para lidar com as profundas transformações socioculturais que têm ocorrido no mundo atual. Os modos de produção tradicional das ações em saúde apresentam limitações

³ Segundo Mattos e Pires (2006), a organização do trabalho taylorista/fordista se destaca pela fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, que associada ao controle gerencial do processo e à hierarquia rígida tem levado a desmotivação e alienação de trabalhadores, bem como a desequilíbrios nas cargas de trabalho.

⁴ Para Scherer et. al (2005), o modelo flexneriano está centrado no indivíduo com enfoque na cura, as decisões e condução do processo são exercidas, quase exclusivamente, por uma única categoria profissional, o médico.

para compreensão dos fatores envolvidos no processo saúde-doença, gerando dificuldades para os profissionais na formulação de propostas terapêuticas eficazes e eficientes (MASSUDA, 2008).

A APS busca construir novas práticas que respondam aos problemas de saúde contemporâneos, exigindo mudanças no desenvolvimento do trabalho das equipes, deslocando o foco da doença para a promoção e manutenção da saúde. Assim, a prática deixa de ser baseada na atenção à demanda espontânea e nos programas de saúde apresentados pelo MS, passando a focar o indivíduo, família e comunidade, sugerindo a realização do cuidado integral.

A reorganização do trabalho proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH) visa à redução das filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; garantia de identificação dos profissionais responsáveis pelo cuidado à saúde a todo usuário do SUS; rede de serviços responsável pela referência territorial e pela atenção integral; garantia a todo usuário do reconhecimento de seus direitos, ampliando os mecanismos de participação ativa da comunidade, e de sua rede sócio-familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral; garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários, com investimentos em educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos, implementando atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004a).

Portanto, a reorientação da prática assistencial para a efetivação do novo modelo é caracterizada pela preocupação explícita em dar respostas aos problemas de saúde da população, conduzindo a organização dos serviços à mudanças e, principalmente, na atitude dos profissionais e suas práticas.

Para Pinto e Coelho (2008), a nova forma de realizar as práticas em saúde deve levar em conta os aspectos locais, os problemas de saúde específicos de cada lugar, os costumes, os interesses e desejos dos usuários, mas também as características da própria equipe e de seus modos preferenciais de trabalhar.

Esses autores afirmam que existe a necessidade de transformar o trabalho em saúde, mas consideram que isso não pode ocorrer de fora para dentro, através de imposições, prescrições ou orientações da gestão. Isso pode ser alcançado a partir do momento em que as

equipes conquistarem autonomia para repensar e analisar seu trabalho, redefinindo seus modos próprios de agir, que deverão ser negociados com os usuários e com a gestão. No trabalho das equipes da atenção básica, a atividade clínica depende de profissionais com formação diferenciada, mas depende também da interação interdisciplinar, interação que tem seu momento privilegiado no trabalho em equipe, que busca, por vezes, soluções para além de suas dimensões setoriais (PINTO; COELHO, 2008).

A rede básica de saúde é constituída pelo conjunto das Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Centros de Saúde (CS) que são encarregadas da assistência oferecida na APS. (NARVAI; SÃO PEDRO, 2008). Assim, por todo o país, atualmente existe na rede básica de saúde: 1) as Unidades de Saúde da Família, voltadas à prestação de assistência contínua e programada, com equipe multidisciplinar conforme as diretrizes da ESF previstas pelo MS; 2) os Postos de Saúde, que se destinam à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada, ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico; 3) os Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, que devem realizar atendimentos de atenção básica a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica assim como de outros profissionais de nível superior, podendo, ou não, oferecer Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e pronto atendimento 24 horas. Neles, a assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nas especialidades básicas (BRASIL, 2009c). Ao longo do território nacional também existem outros tipos de UBS, como a unidade mista que se destina à prestação de atendimento em atenção básica à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, com unidade de internação, sob administração única, onde a assistência médica deve ser permanentemente prestada por médico especialista ou generalista. Há também os ambulatórios de unidades hospitalares gerais municipais e as unidades móveis terrestres e fluviais (BRASIL, 2009c).

Como as UBS do tipo Centros de Saúde são unidades fundamentais da organização dos serviços do SUS, não sendo possível desconsiderar sua existência, pois apesar da proposta de mudança do modelo assistencial que aponta para a ESF como preferencial, eles ainda estão presentes em grande número por todo o território nacional. Muitos municípios, inicialmente, organizaram suas redes de assistência à saúde com estruturas do tipo UBS/CS constituindo-se essas na principal ou talvez na única estrutura de acesso dos usuários ao SUS, sendo considerados como porta de entrada para o sistema.

Com a expansão e ampliação dos serviços de saúde, destaca-se a necessidade de as unidades funcionarem de maneira mais eficiente, de forma a atender, satisfatoriamente, às necessidades de saúde da população apresentadas aos serviços.

Sousa (2001: 83) define a unidade de saúde como “ambiente para saúde”, “é o local ou contexto social onde as pessoas se engajam em atividades diárias nas quais fatores ambientais, organizacionais e pessoais interagem para influenciar a saúde e o bem estar”. É o local onde as pessoas utilizam e moldam dinamicamente o meio, criando ou resolvendo problemas relacionados à saúde. Ela possui fronteira física e dispõe de uma variedade de pessoas/profissionais com papéis definidos, constituindo uma estrutura organizacional. A autora ainda admite que o ambiente possa tomar diferentes formas na ação de promover a saúde, incluindo mudanças no ambiente físico, na estrutura organizacional, na administração e no gerenciamento, conformando-se em diferentes modalidades, de acordo com sua finalidade. As UBS/CS devem promover a saúde através de ações de qualidade que alcancem as pessoas que nelas trabalham ou as utilizam para ter acesso aos serviços de saúde, e através da interação de diferentes ambientes com a comunidade mais ampla. Elas devem configurar-se como um local onde as pessoas se encontram no sentido de se relacionar em busca de resolver, diariamente, os problemas de saúde que surgem através do trabalho em saúde. Dessa forma, as unidades básicas de saúde podem variar em sua formatação, adequando-se às necessidades de cada região.

As UBS/CS apresentam estruturas comuns, mas, via de regra, não são organizadas de maneira uniforme, considerando que, a maioria não tem uma base populacional, algumas têm território de abrangência definido, o que leva cada UBS/CS a apresentar uma organização própria apesar de possuírem elementos organizativos em comum (MENDES, 2002).

Independentemente da modalidade de enquadramento, as UBS/CS devem conformar-se como a principal porta de entrada para o sistema de saúde, embora se espere delas mais que garantia de acesso. As UBS/CS têm como responsabilidade primeira resolver os problemas de saúde mais frequentes da população, com previsão de encaminhamento de cerca de 15 a 20% dos casos (MENDES, 2002). Para as UBS atingirem essa capacidade resolutiva são necessários grandes investimentos por parte dos municípios, no sentido de conseguirem se organizar de forma a atender às demandas das populações.

Com vistas a isso, a APS deve estar orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL,

2006a). Assim, a APS tem nos seus princípios orientadores os atributos de excelência a serem alcançados neste nível de atenção, entendidos neste estudo como a qualidade almejada.

Segundo Starfield (2004), a qualidade da atenção é traduzida não só pelo número de necessidades de saúde que estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, mas também através da satisfação dos usuários com os serviços, da segurança e aparência agradável das unidades de saúde onde eles são oferecidos. Esta autora admite que a qualidade da atenção traduzida na satisfação dos usuários também é influenciada pelas condições de infraestrutura dos serviços oferecidos, assim como pela disponibilidade e adequação dos equipamentos e insumos que contribuem para a prestação da assistência.

A qualidade do trabalho em saúde tem também um sentido técnico e ético, que reúne procedimentos, interesses e motivações que podem levar, tanto os usuários quanto os trabalhadores da saúde ao conforto e bem estar. Nesse sentido, a qualidade deve estar refletida na satisfação dos usuários ou clientes dos serviços, como também na satisfação daqueles que executam os serviços e nas condições de trabalho disponibilizadas (ALMEIDA, 2001).

3.2 - ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS

3.2.1 – Conceito e conformação

Para abordar a estrutura organizacional de serviços básicos de saúde, partimos da definição de organização apontada por Sobral (2008), que a apresenta como um conjunto de pessoas que realizam tarefas, individualmente ou em grupo, para alcançar objetivos comuns, num determinado contexto, com estrutura que defina e delimite o comportamento, as funções e responsabilidades de cada membro, através da ação eficaz e de diversos meios e recursos disponíveis. Uma organização produtiva está sujeita a diversas pressões internas e externas que influenciam a forma organizacional que assume.

A estrutura de uma organização, assim, é parte essencial dela. De modo geral, a estrutura de uma instituição deve ser compatível com o papel que ela exerce no setor produtivo ao qual pertence, à cultura e ao perfil de seus funcionários, à tecnologia usada, às

demandas impostas por seus clientes e usuários, entre as diferentes questões que modificam o desempenho da instituição (SILVA *et al.*, 2007).

Assim, aplicando tais conceitos no contexto da saúde, entende-se que a estrutura organizacional dos serviços é a forma pela qual as atividades dentro das UBS são divididas por competência técnica, organizadas e coordenadas, geralmente apresentadas em organograma. Ela visa à eficácia da assistência e à satisfação dos atores envolvidos, gestores, trabalhadores e usuários. Nelas as atividades e condutas dos trabalhadores devem estar contempladas em protocolos e manuais de normas e rotinas. A estrutura organizacional deve contar, ainda, com infraestrutura adequada para que cada profissional possa desempenhar sua função. Cabe lembrar que a configuração da estrutura organizacional sofre influências do meio interno e externo.

Para Ribeiro, Pires e Blank (2004), a organização dos serviços de saúde deve contemplar as condições sócio-políticas, humanas e materiais que viabilizam o trabalho com qualidade para quem o executa e para quem recebe a assistência. Caso contrário, o trabalho estará fadado à desmotivação e ao descrédito dos profissionais da saúde e da sociedade. Esses autores também apontam a importância de trabalhar os conflitos e dificuldades que atravessam a proposta de mudança do modelo, para que esta não seja destruída, mas utilizada na busca de melhor qualificação.

A reorganização dos serviços locais da rede de saúde representa um processo fundamental na reforma do setor saúde, tanto em termos quantitativos como qualitativos, dependendo do desempenho gerencial, uma vez que este produz diferentes resultados e impactos na saúde da população, pois a capacidade gerencial, potencialmente, garante a qualidade da assistência prestada (BODSTEIN, 2002),

Nesse sentido, Silva *et al.* (2007) apontam que o êxito nessa tarefa supõe uma interrelação efetiva entre os vários processos que agregam a organização do sistema, sobretudo, a coerência entre as diferentes ações empreendidas, englobando tanto as ações macro do sistema, que se referem à organização da rede de atenção à saúde, quanto os aspectos mais pontuais ligados às ações específicas nos locais de trabalho, desafiando a coerência do sistema, onde atuam diversas pessoas e instituições com interesses distintos e muitas vezes conflitantes.

Starfield (2004) considera que condições estruturais adequadas, melhoria organizacional e capacitação profissional são elementos importantes à assistência na APS de alta qualidade.

Para essa autora, a capacidade do sistema de saúde propicia a prestação de serviços resolutivos, com elementos como o envolvimento dos profissionais, sua educação/formação e treinamento, e instalações e equipamentos que atendam às reais necessidades do serviço. A organização dos serviços de saúde deve contemplar o trabalho em equipe, a articulação entre instituições e garantir o acesso ao atendimento (STARFIELD, 2004).

A estrutura organizacional dos serviços da APS deve incorporar novas concepções de trabalho. O grande desafio da APS é superar o modo operacional de assistir do modelo tradicional, quebrando o paradigma da hegemonia médica e efetivando e consolidando os princípios de sua proposta de mudança.

3.2.2 – Infraestrutura

Botti e Schot (2006) consideram que a organização do sistema público de saúde brasileiro construiu-se, principalmente, a partir das UBS, admitindo ser a forma mais regionalizada e hierarquizada de realização de ações no nível de APS.

A APS teve sua importância reconhecida através de políticas públicas que visam ao fortalecimento da atenção básica, reconhecida como prioridade pelo “Pacto pela Vida” que objetiva assegurar a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços (BRASIL, 2006b).

Segundo Donabedian (1991), estudioso da qualidade de serviços de saúde, a relação entre a estrutura e a qualidade da atenção é de grande importância para o planejamento, desenho e organização do sistema, cujo propósito é proporcionar serviços de saúde que valorizem a qualidade de atenção. Este autor considera a estrutura como um instrumento que pode indicar tendências gerais de qualidade, entretanto, conclui que uma boa

estrutura, com suficientes recursos e um desenho adequado do sistema, é, provavelmente, uma forma de garantir e promover a qualidade da atenção.

Assim, valorizar a infraestrutura dos serviços de saúde, além de investir no desenho do sistema, significa favorecer as boas práticas assistenciais, uma vez que a qualidade da assistência prestada pode ser sensível às condições estruturais e ambientais.

Com vistas a isso, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe, dentre outras coisas, modificações tanto na conduta dos profissionais como nos aspectos da infraestrutura dos serviços de saúde, estabelecendo o espaço físico como espaço social, profissional e de relações interpessoais, onde a ambiência deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos, garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; possibilitando a produção de novas subjetividades por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho e como ferramenta facilitadora dos mesmos, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor, resolutivo e de qualidade (BRASIL, 2004a).

Fontana (2010), refletindo sobre a humanização no processo de trabalho em enfermagem, admite que num contexto onde haja falta de condições técnicas, de atualização, de recursos materiais e humanos o ambiente de trabalho se torna desumano. Somam-se a isso os processos não resolutivos da atenção em saúde ou a forma desrespeitosa como muitos profissionais se relacionam, tornando ainda pior uma situação precária para o desenvolvimento de ações humanizadas.

Avaliação normativa sobre a implantação do PSF no Brasil, realizada pelo MS aponta a infraestrutura, o suprimento de material de consumo, equipamentos e medicamentos, entre outros, como importantes instrumentos de trabalho, onde a insuficiência de recursos materiais, além de comprometer o desenvolvimento e a qualidade das ações da atenção, limita as potencialidades de ampliação do elenco de ações na perspectiva da reorganização das práticas e do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2004b).

Para Mendes (2002), a deficiência de infraestrutura tem várias causas, mas, geralmente, decorre da visão política de que a atenção básica é para pobres de regiões pobres, reiterando o conceito equivocado de que a APS é de baixa complexidade tecnológica e, portanto, pode ser ofertada em quaisquer condições.

De outro modo, a PNAB estabelece como responsabilidade dos municípios a garantia da infraestrutura necessária ao funcionamento das unidades de saúde, provendo-as de

recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o desenvolvimento das ações propostas (BRASIL, 2006a). Por sua vez, o CONASS estabelece que os insumos e equipamentos necessários para a APS devem ser aqueles necessários para o atendimento as prioridades definidas para a saúde local, com a garantia dos fluxos de Referência e Contra-Referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2007b).

Segundo o MS, para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade faz-se necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso, razão pela qual foi lançado o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família que propõe que a estrutura física das UBS atue como agente facilitador de mudanças das práticas em saúde, favorecendo a mudança do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 2008).

Esse manual tem como base a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21/02/2002 (BRASIL, 2002), que dispõe sobre o regulamento técnico para implementação do planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, de forma a atender aos princípios de regionalização, hierarquização e acessibilidade, visando, com isso, qualificar a assistência prestada à população, através de uma estrutura física mínima capaz de atender à proposta da APS, fundamentada nas necessidades do usuário.

Como itens imprescindíveis para a realização das ações básicas de saúde, a PNAB estabelece: 1) que as UBS com ou sem equipes de Saúde da Família devem ser inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do MS; 2) UBS com ou sem equipes de Saúde da Família devem disponibilizar de equipe multiprofissional, a depender das ações realizadas na unidade; 3) sua estrutura física deve ser composta de sala de gerência/administração, sala de triagem/pré-consulta, recepção/sala de espera, sala de curativo, farmácia, sala de vacina, sanitário público, copa, consultório médico, sala de procedimentos, sanitário de funcionários, depósito de material de limpeza, sala de coleta de exames laboratoriais, abrigo de resíduos sólidos, consultório de enfermagem, sala de esterilização, expurgo, sala de reunião, sala de acolhimento, lavanderia; 4) a UBS deve dispor de equipamentos e instrumentos em condições de uso; e de insumos em quantidade suficiente para realização das atividades. Para UBS que não dispõem de equipes de Saúde da Família, situadas em grandes centros urbanos, a PNAB recomenda o parâmetro de uma UBS para até

30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

As dificuldades no acesso, na estrutura física, na formação das equipes, na gestão e na organização da rede de serviços estão relacionadas com o baixo patamar de financiamento, que foi apontado por Conill (2008), durante seus estudos sobre a trajetória da APS enquanto política de reorganização do modelo assistencial, como o grande nó crítico.

Estudo sobre o processo de trabalho e gerenciamento em unidades de SF destaca a falta de recursos materiais, humanos e de infraestrutura como elemento impeditivo para mudança do modelo assistencial, uma vez que a inadequação da estrutura física limita e/ou impossibilita a realização de atividades em grupo e até mesmo as individuais (VANDERLEI, 2005).

Ao considerar que o modelo hegemônico de atenção à saúde é caracterizado pela ênfase na doença, via ações curativas efetivadas pelo ato médico, entende-se que essa característica também se manifesta nos espaços físicos onde ocorre a prestação do cuidado. Muitas vezes se apresentam de forma limitada com espaços físicos esteticamente pobres, desconfortáveis e inadequados à realização de determinadas atividades, influenciando negativamente no desenvolvimento da atenção integral prestada ao usuário.

Para Bodstein (2002), a falta de recursos humanos em saúde com capacitação técnica adequada, com salários e condições de trabalhos atrativos, e a falta de equipamentos médicos, mesmo os mais simples, constituem, na realidade atual, um grande obstáculo ao bom desempenho da gestão municipal e à oferta de serviços de qualidade.

Dada a importância da infraestrutura na qualidade da atenção à saúde e na busca pela mudança do modelo, o MS estabeleceu o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde, que tem por objetivo criar mecanismos que possibilitem o financiamento da construção de UBS como forma de prover infraestrutura adequada para o trabalho das Equipes de Saúde da Família, visando à melhoria do desempenho de suas ações e estimulando a implantação de novas equipes em todo o país (BRASIL, 2009d).

Assim, a infraestrutura conforma-se como elemento fundamental para a organização da APS resolutive. Ela deve ser avaliada e garantida e, se necessário, devem ser feitos investimentos em estrutura predial e na aquisição de equipamentos, de modo que sejam asseguradas a resolubilidade do sistema, boas condições de trabalho e a legitimidade da atenção junto à população (BRASIL, 2009b).

3.2.3 – Ações do enfermeiro na APS

O trabalho do enfermeiro é orientado pelo código de ética da profissão em vigor, que explicita a postura profissional de seus colaboradores através da Resolução COFEN-160/2006 (COFEN, 2006), e pela Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), na qual são estabelecidas as incumbências privativas desse profissional nos serviços de saúde, na rede pública e privada.

Neste estudo, com relação ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros das unidades básicas de saúde de APS, será adotada a terminologia ações para designar as atividades exclusivas do trabalho dos enfermeiros e de seu campo de competência: ações voltadas ao planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços, da programação de saúde, de planos assistenciais de saúde; e ações voltadas à assistência de enfermagem (consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica; prescrição de medicamentos; educação, entre outras).

Em relação à organização dos serviços de saúde, é necessário adequar a estrutura organizacional, a infraestrutura e as ações assistenciais realizadas para a resolução das necessidades dos usuários, entre as quais se destacam as do enfermeiro, contribuindo para a reorganização da APS.

No cotidiano dos serviços de saúde, os enfermeiros não estão envolvidos somente com o cuidado ao paciente/usuário, mas também com o cuidado do ambiente, desenvolvendo ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2006a). O enfermeiro tem a função de garantir a disponibilidade dos insumos necessários às intervenções, conduzir a circulação do paciente pelas áreas, articular e encaminhar os procedimentos realizados pelo conjunto de profissionais e dialogar com a família e acompanhantes, contribuindo como coordenador do cuidado de saúde produzido pela equipe multiprofissional e não apenas no gerenciamento do cuidado de enfermagem ou na assistência (PEDUZZI; HAUSMAN, 2005).

Nesse sentido Sznclwar e Abrahão (2007) apontam que o conteúdo das tarefas e a maneira como o trabalho é organizado geram constrangimentos que, além de dificultar o

desempenho das atividades, criam um cenário onde o sofrimento é também resultado da forma como se organiza o trabalho. Assim, a maneira como é organizado o trabalho, o treinamento, o relacionamento entre equipes, a hierarquia e as condições operacionais podem acarretar situações nem sempre favoráveis para a saúde do trabalhador e do usuário.

A humanização é atribuída à forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, como também à melhoria das condições de trabalho, reconhecidas como fundamentais na qualidade do atendimento. A humanização requer também cuidar dos profissionais, através de melhorias das condições de infraestrutura, tanto das instalações físicas quanto da disponibilidade e manutenção de equipamentos, na expectativa de que boas condições de trabalho se traduzam como uma melhor qualidade de assistência à saúde do usuário (DESLANDES, 2004).

Assim, a valorização do profissional perpassa não só as condições de trabalho no que diz respeito a salários, contratos empregatícios, disponibilidade para qualificação, como também a qualidade de recursos disponíveis influenciando na subjetividade do ambiente de trabalho, incentivando ou desqualificando o processo de trabalho.

As ações ou práticas dos membros das equipes, assim como as do enfermeiro, não são estanques, da mesma forma como não é estanque o processo saúde-doença da população sob cuidados. Toda a equipe é corresponsável pelo processo de atenção aos problemas assim como pelas práticas promotoras de saúde, respeitando os limites de cada categoria profissional. A divisão de tarefas entre os membros da equipe, dentro das atribuições de cada categoria, deve ter flexibilidade para se adequar às diversas situações de saúde da população. Portanto,

a natureza da prática assistencial em APS é o enfrentamento das necessidades em saúde da população, inserido no contexto da complexidade dos sujeitos e do processo saúde-doença, uma prática baseada no cuidado personalizado e na criação de autonomia dos usuários (BRASIL, 2007a, p. 87).

Nessa nova proposta as equipes configuram-se como responsáveis pela promoção da saúde, atendimento da demanda, atividades de prevenção de doenças, manutenção da saúde e atenção às fases específicas do ciclo de vida, com toda atenção voltada para a família. Para tanto, suas ações podem ser individuais e/ou coletivas, frequentemente operacionalizadas segundo ações de vigilância e ações programáticas, que incluem ações que se desenvolvem nos diversos níveis de atenção e em diferentes esferas de governo, contemplando tanto as ações preventivas quanto as diagnósticas e terapêuticas, que podem ultrapassar seus limites,

transcendendo o próprio setor saúde (NARVAI e SÃO PEDRO, 2008), efetivando a intersectorialidade como princípio orientador.

A PNAB propõe que o processo de trabalho das equipes da APS tenha como característica: a definição do território de atuação das UBS; a programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea; o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis. Além disso, prevê a assistência básica integral e contínua, organizada de forma a privilegiar a população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; a participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e o apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006a).

Para o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes de SF a PNAB definiu as atribuições de cada profissional da equipe. Entretanto, para as UBS tradicionais (as UBS/CS), a PNAB propõe que os municípios estabeleçam as atribuições específicas dos profissionais, constando de normatizações próprias, de acordo com as prioridades definidas pela gestão local e municipal e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas (BRASIL, 2006a).

No entanto, a inexistência de protocolos de funcionamento e de manuais de normas e rotinas que descrevam as atribuições do enfermeiro nas UBS tradicionais, aprovados pela instituição de saúde, tem provocado angústia nos profissionais, tanto pela indefinição das atividades a serem desenvolvidas nesse nível de atuação, quanto pela não objetivação dos limites de sua competência.

4 - PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO

Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, nasceu da expansão das bandeiras na busca de riquezas e na conquista de novas fronteiras. Está situada à margem esquerda do Rio Cuiabá, fazendo limite com os municípios de Chapada dos Guimarães, Campo Verde, Santo Antônio do Leverger, Várzea Grande, Jangada e Acorizal. Localiza-se no Centro Geodésico da América do Sul, e faz entroncamento rodoviário-aéreo-fluvial interligando o norte do Brasil e o oeste da América do Sul. No município existem três grandes ecossistemas, a Amazônia, o cerrado e o pantanal. Cuiabá, hoje, é um dos principais pólos de desenvolvimento da Região Centro Oeste do Brasil (CUIABÁ, 2007).

Segundo o IBGE, Cuiabá possui extensão territorial de 3.363 km², com densidade demográfica de 163,94 hab/km². Dados preliminares do censo 2010 estimam a população em 551.350 habitantes, 269.397 homens e 281.953 mulheres. O total da população urbana é de 541.002 pessoas e 10.348 pessoas na zona rural. (IBGE, 2010).

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita do município de Cuiabá, em 2007, foi de 14.998 reais, e o índice de pobreza da população é de 27,63%. As atividades econômicas do município estão centradas no comércio (53%), serviços (43,2%) e indústria (3,5%) (IBGE, 2010).

Com referência ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Cuiabá, no período de 1991 - 2000, a cidade apresentou crescimento de 8,03%, passando de 0,760 em 1991 para 0,821 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para esse crescimento foi a educação com aumento de 42,9%, seguida pela renda com 32,4% de aumento e pela longevidade com 24,7% (PNUD, 2003).

Com relação aos serviços de saúde da capital do Estado, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o órgão gestor do SUS no município, com a atribuição de gerir e executar as ações e serviços de saúde de acordo com as diretrizes do SUS e a Lei Orgânica do município.

Desde 1998, Cuiabá está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com base na Resolução nº16/98, de 05 de junho de 1998, o que lhe garante o recebimento dos recursos, fundo a fundo, para a atenção primária e especializada, passando a ter autonomia e responsabilidades relativas à política de saúde de sua área geopolítica (MATO GROSSO, 1998).

O SUS do município de Cuiabá é regido pela Lei Orgânica Municipal, de 05 de Abril de 1990 e atualizada em 15 de dezembro de 2004 (CUIABÁ, 1990). Essa lei estabelece que o SUS-Cuiabá deve oferecer um conjunto de ações e serviços de saúde integrados a uma rede regionalizada e hierarquizada, que seja implementado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais de administração direta e indireta. O setor privado deve participar em caráter complementar, mediante contrato ou convênio. Estabelece ainda que as ações de saúde reger-se-ão por um modelo assistencial que contempla as ações promocionais, preventivas e curativas, integradas por meio de uma rede assistencial composta pelos níveis básico, geral, especializado e de internação, conforme a complexidade do quadro epidemiológico local.

Por ser capital do Estado e sua rede de saúde dispor de grande número de serviços de maior complexidade, Cuiabá se conforma como referência estadual para os serviços de média e alta complexidades, sendo responsável pela programação, contratação, controle, regulação, avaliação e auditoria, assim como pelo pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares (CUIABÁ, 1990).

A Lei Orgânica Municipal, em seu Art. 168, instituiu a configuração dos serviços de saúde especializados de alta complexidade e atenção básica, que considera a unidade básica de serviços de saúde os Centros de Saúde e sua rede-satélite de postos que devem ter capacidade de realizar serviços gerais de atendimento curativo, integrado à prática de saúde coletiva, tais como: controle ambiental, de vetores, roedores e reservatórios; doenças endêmicas, imunizações, vigilância sanitária e epidemiológica; acompanhamento nutricional e controle das condições de saúde de populações de risco; atendimento a doenças profissionais, acidente de trabalho e vigilância das condições de trabalho (CUIABÁ, 1990).

A estrutura organizacional da SMS de Cuiabá encontra-se em processo de adequação ao Regimento Interno e à Lei Complementar nº 166, de 28 de dezembro de 2007, publicada pela Câmara Municipal de Cuiabá, que altera os cargos disponibilizados dentro da Secretaria Municipal de Saúde.

O Regimento Interno define a disposição dos cargos, atribuições e finalidades e o organograma da SMS, sendo que, atualmente, não existe uma representação gráfica definida formalmente. Entretanto, é de conhecimento público que a SMS organiza-se em instâncias, entre os quais, o Órgão de Execução Programática que se subdivide em quatro diretorias: Diretoria de Atenção Básica, Diretoria de Atenção Secundária, Diretoria de Vigilância à Saúde e Diretoria do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá.

A Diretoria de Atenção Básica é composta por 3 coordenadorias: Coordenadoria de Ações Básicas Técnicas, Coordenadoria de Ações Básicas Administrativas e Coordenadoria de Saúde Bucal.

Administrativamente, Cuiabá está dividida em quatro territórios denominados Regionais Administrativas: Norte, Sul, Leste e Oeste, criados originalmente pela Lei nº 3.262 de 11 de janeiro de 1994, que regulamenta o artigo 74 da Lei Orgânica Municipal (CUIABÁ, 2007).

Cuiabá conta com uma rede de serviços organizada hierarquicamente, sendo constituída de unidades de assistências próprias e contratadas. A rede básica de saúde é composta de 85 unidades básicas, sendo 22 Centros de Saúde e 63 Equipes de SF; e uma unidade móvel que atende a 22 comunidades rurais (CUIABÁ, 2010).

A Atenção Especializada e Hospitalar constitui-se de seis Policlínicas, um Centro de Reabilitação, cinco Núcleos de Reabilitação, nove Residências Terapêuticas, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Laboratório Municipal (LACEC), um Laboratório Estadual (LACEN), um Laboratório Contratado, um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), 32 Serviços de Apoio, Diagnóstico/Terapêutico, um Hospital e Pronto Socorro Municipal (HPSMC), três Hospitais Filantrópicos, 18 Hospitais contratados e um Centro de Controle de Zoonoses (CUIABÁ, 2010).

Em Cuiabá, o PSF teve início em 1995 com a implantação do PACS que apresentava uma nova proposta de organização estrutural, visando à implantação do PSF, o que só veio a ocorrer em 1998 com a criação de quatro equipes. Impulsionado pelo incentivo financeiro tanto federal, quanto estadual, o município conta atualmente com 63 Equipes de SF que dispõem de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tanto em unidades da Estratégia SF, onde atuam 364 agentes, como no PACS, onde atuam 94 agentes sob a supervisão de enfermeiros responsáveis pelo programa, totalizando 458 agentes comunitários de saúde

alcançando 38,63% de cobertura da população com a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2010b).

Atualmente, a rede básica de saúde em Cuiabá conforma-se oficialmente com duas modalidades de serviços: a Estratégia Saúde da Família (ESF), e os tradicionais Centros de Saúde (CS), que ainda respondem pela assistência básica de saúde de mais de 60% da população cuiabana, o que evidencia sua importância em termos de impacto na rede de atenção à saúde.

A dualidade de modalidade organizativa presente no município caracteriza a fase de transição intermediária para inversão do modelo assistencial e a consolidação da ESF. Entretanto, esta fase é marcada pelo modelo convencional que se manifesta por meio de unidades de saúde que atendem à demanda espontânea por atenção médica e algumas ações programáticas (MENDES, 2002)⁵.

Embora o processo de implantação de novas equipes tenha representado uma melhoria significativa na cobertura populacional (38%) com a ESF, observa-se ainda um predomínio do modelo convencional, não só pela população coberta sob a responsabilidade das UBS tradicionais (60%), como também pela detecção do modelo biomédico presente nas práticas da maioria dos profissionais que atuam na estratégia SF (NUNES DA SILVA, 2010).

Isso significa que, além do número de equipes ser ainda pequeno para impactar as condições de saúde local, o grande desafio do município na definição do novo modelo assistencial é a organização dos serviços e do trabalho das equipes uma vez que, nas ações estratégicas do plano municipal de saúde para o quadriênio 2010-2013, a ampliação do número de equipes da ESF não foi contemplada, tendo ocorrido apenas a implementação das equipes já existentes (CUIABÁ, 2010).

Tendo em vista a finalidade dos serviços de saúde, a melhoria do acesso e os níveis de saúde da população, entende-se que o aumento do número de equipes proporciona maior cobertura no atendimento, porém não garante qualidade de assistência prestada, pois esta depende também de fatores associados, entre eles a disponibilidade de infraestrutura adequada ao desenvolvimento do trabalho e estrutura organizacional compatível.

⁵ Este autor considera que a fase de transição intermediária se caracteriza por uma cobertura de 25% a 50% da populacional com a estratégia SF e baixo nível de institucionalização. A ESF é considerada consolidada a partir de 70% de cobertura com institucionalização definitiva do PSF em todos os espaços sociais.

4.2 - DESENHO DA PESQUISA

Para responder aos questionamentos elencados, foi realizado um estudo descritivo exploratório construído em dois momentos distintos. No primeiro momento foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa e delineamento transversal, buscando caracterizar e analisar a estrutura organizacional das UBS, em relação aos componentes infraestrutura e ações, e como parte desta, as práticas dos enfermeiros ali desenvolvidas. No segundo momento do estudo, desenvolveu-se um estudo descritivo com abordagem qualitativa, visando identificar como os enfermeiros percebem a influência da infraestrutura em suas práticas.

Segundo Triviños (2006), a pesquisa descritiva objetiva, primordialmente, descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, informando sobre a distribuição de um evento na população em termos numéricos.

Para o primeiro momento do estudo foram selecionadas todas as unidades tradicionais da rede básica de saúde do município de Cuiabá-MT que somavam 22 unidades, onde se encontravam lotados 29 enfermeiros, sendo que 19 unidades possuíam em sua equipe pelo menos um enfermeiro, duas unidades não possuíam enfermeiros e uma encontrava-se fechada para reforma. Destas, quatro unidades tinham dois enfermeiros cada, somando 24 enfermeiros atuantes em 19 UBS tradicionais, no entanto, uma enfermeira recusou-se a participar do primeiro momento do estudo e seis enfermeiros encontravam-se formalmente ausentes.

Como critério de inclusão optou-se apenas pelas unidades que dispunham de enfermeiro no período de realização do estudo - junho a setembro de 2010, e que aceitassem participar dele.

Foram excluídas as unidades básicas, cujas enfermeiras se encontravam afastadas durante o período da pesquisa (seis), e aquelas que se recusaram a participar do estudo (uma), que somaram sete profissionais e quatro unidades de saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2010, sendo utilizado um instrumento estruturado e adaptado a partir do instrumento de monitoramento e avaliação do MS (BRASIL, 2001), do qual foram retiradas as questões relacionadas à estruturação da equipe, carga horária dos profissionais, informações sobre o processo de

trabalho da equipe e capacitações dos profissionais, por extrapolar o objeto de estudo. Permaneceram no instrumento os itens referentes à infraestrutura, especificamente, a composição de salas destinadas ao funcionamento das UBS, os equipamentos, materiais e insumos necessários ao atendimento dos usuários em APS, assim como as ações realizadas pelos enfermeiros, contendo questões relacionadas às áreas programáticas, ciclo de vida, ações educativas e gestão (Apêndice A).

Para a caracterização das ações desenvolvidas, os sujeitos que participaram como informantes da pesquisa foram os enfermeiros (n=22), enquanto que as questões relacionadas à infraestrutura foram levantadas apenas junto ao primeiro enfermeiro entrevistado da unidade, tendo como unidade de observação nesta etapa da pesquisa a própria UBS (n=18). Vale ressaltar que as entrevistas foram previamente agendadas por telefone, sendo realizadas individualmente, na própria unidade de saúde, onde cada enfermeiro estabeleceu sua disponibilidade de horário, uma vez que a entrevista poderia durar entre 90 e 120 minutos para o primeiro enfermeiro e em torno de 45 minutos para o segundo enfermeiro, naquelas unidades que dispunham de dois enfermeiros, sendo que a definição do primeiro enfermeiro a ser entrevistado para a coleta dos dados de infraestrutura se deu ao acaso.

O pré-teste foi realizado em três Unidades de Saúde da Família do município para levantamento das necessidades de ajustes, sendo que estas unidades não fizeram parte do universo de estudo. A aplicação do pré-teste foi realizada pela própria mestranda.

Os dados foram digitados no banco de dados no EXCELL versão 2003. A análise dos dados foi realizada com uso do mesmo programa, através de estatística descritiva mediante verificação de frequência simples e valor absoluto, visando responder aos objetivos do estudo. A interpretação e discussão dos dados ocorreram com base no referencial teórico assumido na revisão de literatura.

Os parâmetros de análise das variáveis foram estabelecidos a partir da PNAB (BRASIL, 2006a), Manual de estrutura física da Atenção Básica/Saúde da Família (BRASIL, 2008) e a lei do exercício profissional (BRASIL, 1986). No entanto foram inspirados em estudo de Di Lorenzo (2006) que desenvolveu uma classificação de adequação das características estudadas sobre o PSF no estado de São Paulo, objetivando verificar maior ou menor aproximação com a situação ideal preconizada pela normatização ministerial.

Assim, neste estudo na definição dos parâmetros foi adotada a seguinte classificação: Adequada: quando for verificada a realização de 70% ou mais das ações

pesquisadas e quando verificada a existência de 80% ou mais dos itens pesquisados em relação ao ambiente físico; Inadequada: quando for verificada a existência de menos de 69% das ações pesquisadas e a existência de 79% ou menos de itens pesquisados em relação ao ambiente físico; Suficiente: quando as UBS se apresentarem com mais de 80% dos itens pesquisados (em relação aos equipamentos e insumos); e Insuficiente: quando as UBS apresentarem de menos de 79% dos itens pesquisados (em relação a equipamentos e insumos).

No segundo momento da pesquisa, a abordagem descritiva considerou que estudos qualitativos preocupam-se com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados através de fórmulas ou dados estatísticos, focando aspectos da subjetividade em face do recorte nas percepções de enfermeiros sobre a influência da infraestrutura em suas ações (MINAYO, 2008).

Para o desenvolvimento desta etapa do estudo foram eleitos como critérios para seleção dos sujeitos da pesquisa: ser enfermeiro em atividade na rede básica de saúde tradicional do município de Cuiabá, ter, pelo menos, um ano de experiência em APS, e aceitar participar do estudo. As entrevistas foram agendadas por telefone, no entanto, ao tomar conhecimento de que, neste segundo momento, os dados seriam colhidos através de uma entrevista gravada, a maioria dos sujeitos recusou-se a participar do estudo. Assim, devido à indisponibilidade de enfermeiros que aceitassem participar desta etapa da pesquisa além de se enquadrarem nos critérios de inclusão, os sujeitos se limitaram a 5 enfermeiras.

Para a realização da coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista aberta na qual, segundo Minayo (2008: 64), “o informante é convidado a falar livremente sobre um tema, e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões”. A coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro de 2010, e teve uma duração que variou entre 50 e 110 minutos. Elas ocorreram separadamente, em local e horário agendados previamente, sendo que apenas uma entrevista não foi realizada na própria UBS, pelo fato de a enfermeira se encontrar em capacitação na Escola de Saúde Pública, onde foi realizada a entrevista. Estas foram gravadas com uso de gravador K-7, visando garantir a exatidão dos depoimentos. Sua realização foi orientada por uma questão norteadora: “Como você percebe a influência da estrutura física, equipamentos e materiais/insumos em suas práticas?”.

As falas foram transcritas para a realização da análise. Cada entrevistado foi identificado com os códigos: Enf1, Enf2, Enf3, Enf4 e Enf5.

Os dados levantados nas entrevistas foram analisados com a aplicação da técnica de análise temática de dados qualitativos conforme Gomes (2008), que considera como foco da análise e da interpretação dos dados qualitativos a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema.

A análise temática é constituída por um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva ou sistemática do conteúdo das comunicações, tem como finalidade interpretar tais comunicações (BARDIN, 1977). Para Minayo (2008), a noção de tema está relacionada a uma afirmação acerca de determinado assunto, podendo ser representada por uma palavra, frase ou mesmo um resumo, o tema emerge do texto analisado, segundo critérios advindos da teoria que orienta a leitura.

Sendo assim, neste estudo a análise partiu da decomposição dos dados, buscando uma relação entre as partes, visando a explorar o conjunto de opiniões e representações da realidade dos enfermeiros que participaram deste estudo. Assim, as mensagens foram recortadas e os fragmentos com características semelhantes foram reagrupados em unidades de registro e contexto, donde emergiram as categorias empíricas.

No processo de análise dos dados, a inferência foi implementada entre a descrição e a interpretação, buscando os sentidos das falas e das ações, para chegar à explicação ou compreensão que vai para além do descrito e analisado, tomando por referência que a inferência dos resultados parte de premissas já aceitas de outros estudos acerca do assunto pesquisado.

4.3 - ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada segundo Resolução CNS/MS Nº196/96 (BRASIL, 1996). O projeto foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, aprovado sob Protocolo Nº 559/CEP-HUJM/08. Para coleta dos dados, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos dois momentos da pesquisa, conforme o protocolo ético (Apêndice B e C).

5 – RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados a seguir sob a forma de 3 artigos científicos. O primeiro, “Infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: estudo de sua adequação em uma Capital da região Centro-Oeste” objetivou caracterizar a adequação da infraestrutura das UBS tradicionais do município de Cuiabá-MT.

O segundo artigo intitulado - “Ações dos enfermeiros dos centros de saúde: estudo de sua adequação em uma Capital da região Centro-Oeste” buscou caracterizar a adequação das ações e procedimentos realizados por enfermeiros de UBS tradicionais e o terceiro artigo, “Percepções de enfermeiros sobre as influências da infraestrutura em suas práticas, em serviços básicos de saúde”, teve como objetivo analisar a percepção do enfermeiro sobre a influência da infraestrutura de UBS tradicionais em suas práticas.

5.1 - INFRAESTRUTURA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE TRADICIONAIS: ESTUDO DE SUA ADEQUAÇÃO EM UMA CAPITAL DA REGIÃO CENTRO OESTE⁶

INFRASTRUCTURE OF TRADITIONAL BASIC HEALTH UNITS: STUDY OF ITS ADEQUACY IN A CAPITAL OF THE CENTER WEST REGION

INFRAESTRUTURA DE UNIDADES BASICAS DE LA SALUD TRADICIONALES: ESTUDIO DE SU ADECUACIÓN EN UNA CAPITAL DE LA REGION CENTRO OESTE

Inês de Cássia Franco Pedrosa⁷

Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawa⁸

Áurea Christina de Paula Corrêa⁹

RESUMO: Estudo descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal que objetiva caracterizar o grau de adequação da infraestrutura das UBS tradicionais de Cuiabá-MT, estabelecendo relação com o previsto na legislação em vigor. As unidades de observação do estudo foram 18 UBS tradicionais. Identificou-se que apenas 38,8% das UBS apresentam adequação quanto à estrutura física, por disporem de mais de 80% dos espaços físicos elencados como fundamentais ao desenvolvimento das práticas profissionais em UBS; 55,5% das UBS apresentam suficiência quanto aos equipamentos, por disponibilizarem mais de 80% dos itens elencados. 83,3% das UBS possuíam suficiência em relação aos insumos, por disporem de mais de 80% dos itens imprescindíveis em UBS. Conclui-se que as UBS tradicionais apresentam uma infraestrutura mínima, o que certamente dificulta o desenvolvimento e a ampliação de práticas coerentes com a mudança do modelo assistencial, apontando para a necessidade de investimentos na atenção básica, valorizando a infraestrutura como um elemento potencializador das práticas.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde. Saúde Pública

⁶ Este artigo compõe a dissertação de mestrado: “A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro”, que constitui um projeto de pesquisa intitulado: “Atuação da enfermagem frente às necessidades emergentes na Estratégia Saúde da Família no município de Cuiabá-MT”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Mato Grosso (FAPEMAT), que vem sendo desenvolvida por pesquisadores do Grupo de Pesquisa “Projeto Argos”.

⁷ Enfermeira. Membro da equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Aluna do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da UFMT.

⁸ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMT.

⁹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da UFMT. Líder do Grupo de Pesquisa Projeto Argos da UFMT.

ABSTRACT: It is a descriptive, cross-sectional study, with a quantitative approach that aims at characterizing the adequacy level of the infrastructure of the traditional BHUS of Cuiabá-MT, establishing a relationship with what is expected in the current legislation. The observation units of the study were 18 traditional BHUS. It was found that only 38,8% of the BHUS presented adequacy in relation to the physical structure, for having more than 80% of the physical spaces listed as fundamental for the development of the professional practices in the BHUS; 55,5% of the BHUS present sufficiency in relation to the equipment, for having more than 80% of the items listed. 83,3% of the BHUS presented sufficiency in relation to the inputs, for having more than 80% of the items that are indispensable in the BHUS. It is concluded that the traditional BHUS present a minimum infrastructure, which certainly will make difficult the development and the increase of coherent practices with the change of the care model, pointing to the need for investments in basic care, valuing the infrastructure as an enhancer element of the practices.

Key-words: Primary Health Care. Health Services. Nursing

RESUMEN: Estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo y delineación transversal que tiene por objeto caracterizar el grado de adecuación de la infraestructura de Centros de Salud de Cuiabá – MT, estableciendo relación con el previsto en la legislación en vigor. Las unidades de observación de estudio fueron 18 unidades básicas tradicionales. Se identificó que 38,8% de las unidades presentan adecuación cuanto a la estructura física, por disponer en más de 80% de los espacios físicos establecidos como fundamentales al desarrollo de las prácticas profesionales en servicios básicos de salud; 55,5% de ellas presentan suficiencia cuanto a los equipamientos, por la disponibilidad de 80% o más de los elementos establecidos. De las unidades 83,3% poseían suficiencia con relación a los insumos, por disponer de más de 80% de los ítems imprescindibles en los servicios. Se concluye que las unidades tradicionales presentan una infraestructura mínima; lo que ciertamente dificulta el desarrollo y la ampliación coherentes con el cambio de modelo asistencial, apuntando para la necesidad de inversión en atención básica, valorando la infraestructura como elemento amplificador de las prácticas.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Servicios de Salud. Salud Pública.

Introdução

Visando ao fortalecimento da atenção básica, tomada aqui como sinônimo de Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde (MS) busca garantir a infraestrutura apropriada ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços (BRASIL, 2006a, 2006b).

Apesar disso, no cotidiano dos serviços, observam-se as limitações nessa esfera organizacional, que podem comprometer o trabalho das equipes e os resultados operacionais, pois as possibilidades de atuação de profissionais dependem fortemente dos equipamentos, edifícios e outras ferramentas disponíveis (SZNELWAR; ABRAHÃO, 2007).

A organização dos serviços de saúde deve abranger, dentre outros aspectos, as condições sócio-políticas, humanas e materiais que viabilizam o trabalho em saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Dentre essas condições, uma adequada infraestrutura é imprescindível à boa qualidade assistencial e resolubilidade do problema de saúde. Vários estudos vêm mostrando isso (SZNELWAR; ABRAHÃO, 2007; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; VANDERLEY, 2005; FACCHINI; *et al.*, 2006; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001). Para além, oferece assistência fragmentada e seus espaços físicos, equipamentos e insumos nem sempre funcionam como promotores de práticas integrativas (MENDES, 2002).

Atualmente, a estrutura organizacional dos serviços de saúde da rede básica em Cuiabá conforma-se, oficialmente, com duas modalidades de serviços: a Estratégia Saúde da Família (ESF), e as tradicionais UBS/Centros de Saúde (CS), que respondem respectivamente por cerca de 40% e 60% da população (BRASIL, 2010), caracterizando a fase de transição intermediária¹⁰ para a mudança do modelo assistencial.

Assim, as UBS tradicionais no município, têm um importante impacto na rede de assistência à saúde, evidenciando a necessidade de conhecer aspectos relacionados a sua infraestrutura (estrutura física, equipamentos, materiais e insumos), identificando em que condições estão funcionando.

¹⁰ A fase de transição intermediária se caracteriza por uma cobertura de 25% a 50% da população com a estratégia SF e baixo nível de institucionalização. A ESF é considerada consolidada a partir de 70% de cobertura com institucionalização definitiva do PSF em todos os espaços sociais (MENDES, 2002).

Essa característica encontra-se presente em muitos municípios brasileiros, nos quais mesclam-se na APS serviços tradicionais e a ESF. Daí, este artigo ter como objetivo avaliar a adequação da infraestrutura das UBS tradicionais do município de Cuiabá, em relação ao que é normatizado.

Método

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e delineamento transversal realizado em UBS tradicionais de Cuiabá-MT. Existem 22 unidades tradicionais no município, incluindo-se no estudo aquelas que dispunham de, pelo menos, um enfermeiro na equipe. Foram excluídas as unidades cujo enfermeiro se encontrava ausente formalmente (licenças saúde, maternidade, prêmio, etc.) e aquela onde o enfermeiro recusou-se a participar do estudo. Assim, 18 UBS participaram do estudo como unidades de observação. A coleta de dados ocorreu no período de junho a setembro de 2010.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário estruturado adaptado a partir de instrumento do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2001), que contemplava itens relacionados à infraestrutura de UBS, com base no normatizado (BRASIL, 2006, 2008). A aplicação deste instrumento possibilitou a constituição de um banco de dados construído e armazenado com uso do *software excell* 2003.

Para a definição dos parâmetros foi adotada a seguinte classificação: Adequada: quando for verificada a existência de 80% ou mais dos itens pesquisados em relação ao ambiente físico; Inadequada: quando for verificada a existência de 79% ou menos de itens pesquisados em relação ao ambiente físico; Suficiente: quando as UBS se apresentarem com mais de 80% dos itens pesquisados (em relação a equipamentos e insumos); e Insuficiente: quando as UBS apresentarem menos de 79% dos itens pesquisados (em relação a equipamentos e insumos).

A interpretação e discussão dos dados ocorreram com base no referencial teórico assumido na revisão de literatura.

A pesquisa foi realizada com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, sob Protocolo nº 559/CEP-HUJM/08, sendo que os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados apresentados referem-se à estrutura física, seguida de equipamento e de materiais/insumos das UBS estudadas. Quanto à estrutura física, 100% das unidades dispunham de sala para gerência e/ou administração. A sala de acolhimento, apontada como a sala de pré-consulta/triagem, encontrava-se disponível em 100% das unidades, assim como a recepção/sala de espera, sala de vacinas, sala de curativo, farmácia, sanitário público, copa e consultórios médicos. A sala de procedimentos de enfermagem (TRO, medicamentos injetáveis) foi encontrada em 16 (89%) unidades; 13 (72%) dispunham de sala ou algum compartimento específico para depósito de material de limpeza; 11 (61%) unidades tinham espaço destinado à coleta de material para análises clínicas a ser encaminhado ao laboratório; e nove (50%) possuíam abrigo para resíduos sólidos. O mesmo percentual de unidades dispunha de sala específica para esterilização de material. A existência de pelo menos um consultório de enfermagem para atendimento foi identificado em oito (44%) unidades. O expurgo foi encontrado em apenas seis (33%) unidades. Havia sala para reunião da equipe em 5 (28%) unidades, não se restringindo àquelas que dispõem de ACS. Esses dados são apresentados na Tabela 01.

Em relação à disponibilidade de equipamentos básicos de meios diagnósticos para realização de exame físico e complementar, 100% das unidades dispunham de balança de adulto e glicosímetro; 17 (94%) tinham esfigmomanômetro e estetoscópio; o mesmo percentual de unidades dispunha de balança infantil e termômetro de mercúrio ou digital; os monofilamentos utilizados para o teste de sensibilidade em hanseníase foi encontrado em 13 (72%) unidades. Quanto aos instrumentos para realização de consulta ginecológica e obstétrica, a maioria das unidades contava com equipamento gineco-obstétrico básico: as 18 (100%) unidades dispunham de mesa ginecológica; 17 (94%) foco e estetoscópio de Pinard; e 13 (72%) unidades dispunham de Sonar Doppler. Constatou-se que 100% das unidades dispunham de nebulizador e geladeira exclusiva para vacinas, entretanto no momento da visita

quatro (22%) unidades apresentavam suas geladeiras para vacinas sem condições de uso. Para o acondicionamento de outros medicamentos, 17 (89%) unidades possuíam outra geladeira. Autoclave e estufa foram encontradas em nove (50%) unidades, embora algumas dispusessem dos dois equipamentos, quatro (22%) delas não dispunham de nenhum desses equipamentos em condições de uso. As unidades que não possuíam autoclave e/ou estufa tinham seus materiais encaminhados a outros serviços para a esterilização. Instrumentais para curativos e retirada de pontos foram encontrados em 17 (94%) unidades. Porém, instrumentos para pequenas cirurgias, foram encontrados em apenas uma (6%) unidade. Quanto aos equipamentos áudio visuais, 12 (67%) unidades dispunham de pelo menos uma televisão, utilizada unicamente como entretenimento dos usuários em salas de espera. A disponibilidade de equipamentos de informática como computador e impressora, foi muito baixa, alcançando cinco (28%) e três (17%), respectivamente. Embora nenhuma unidade disponibilizasse de internet, grande parte delas apresentava instalação para conexão. Vale ressaltar que 100% das unidades possuíam telefone fixo (Tabela 01).

Foram encontrados, em 100% das unidades, os materiais descartáveis algodão, gaze, coletor descartável e luvas para procedimentos; 17 (94%) dispunham de esparadrapo, agulha, seringa, seringas de insulina. As luvas estéreis estavam disponibilizadas em 10 (33%) unidades. Os materiais e insumos necessários ao exame gineco-obstétrico, como escova para coleta endo-cervical, espátula de Ayres, e lâmina fosca, estavam disponibilizadas em 18 (100%) das unidades; o fixador de lâminas foi encontrado em 17 (94%) e os espêculos descartáveis em 16 (89%) centros de saúde. Quanto ao material para acompanhamento dos diabéticos, 18 (100%) UBS dispunham de fita para glicemia capilar. A lanceta de punção digital foi encontrada em 17 (94%) serviços, assim como a ficha do HIPERDIA. Os impressos, bloco de receituário, fichas do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), referência e contra-referência e cartão da gestante, estavam disponíveis em 18 (100%) unidades. Pode-se constatar que o abastecimento de vacinas para as unidades é feito quinzenalmente ou de acordo com a necessidade; assim, 100% das unidades dispunham de todas as vacinas do calendário básico exceto a pneumocócica que ainda se encontrava em regularização no calendário municipal. Levantou-se que, inclusive as quatro unidades onde as geladeiras exclusivas para vacina não se encontravam em condições de uso, dispunham de todas as vacinas de rotina para o usuário, enviadas e recolhidas diariamente pela Vigilância Epidemiológica do município.

Tabela 1 - Distribuição de unidades básicas de saúde tradicionais, segundo as variáveis estrutura física, equipamentos e materiais/insumos em Cuiabá-MT, 2010. (n=18)

VARIÁVEL	Nº	%
Estrutura Física		
Sala gerência/administração, sala de triagem/pré-consulta, farmácia, sala de curativo, recepção/espera, sala de vacinas, sanitário público, copa, consult. médico	18	100
Sala de procedimentos, sanitário de funcionário	16	89
Depósito de material de limpeza	13	72
Sala coleta de exames lab.	11	61
Sala de esterilização, abrigo de resíduos sólidos	9	50
Consultório de Enfermagem	8	44
Expurgo	6	33
Sala de reunião	5	28
Equipamentos		
Aerossol/nebulização, balança adulto, glicosímetro, termômetro de geladeira, mesa ginecológica, fita métrica, régua antropométrica, bebedouro, telefone fixo.	18	100
Balança infantil, pinças, termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, biombo, foco, estetoscópio de Pinard	17	94
Geladeira para outros medicamentos	16	89
Tesoura	15	83
Geladeira Exclusiva Vacina	14	78
Monofilamentos, sonar	13	72
Equipamentos audiovisual	12	67
Autoclave, estufa	9	50
Computador	5	28
Impressora, lanterna	3	17
Kit sutura	1	6
Internet	0	0
Materiais/Insumos		
Receituários, produtos para esterilização material, luvas para procedimento, lâmina fosca, gaze e soro fisiológico, fita de glicemia capilar, fichas SISVAN, fichas SINAN, ficha de referência e contra-referência, espátula Ayre, escova endocervical, coletor descartapak, cartão gestante, algodão, agulha descartável.	18	100
Seringa insulina, seringa descartável, lanceta punção digital, fixador de lâminas, fichas HIPERDIA, esparadrapo	17	94
Espéculo descartável	16	89
Cartão espelho/sombra criança	15	83
Fichas do prog. suplementação de ferro	14	78
Luva estéril	10	56
Cartão da criança	6	33
Caderneta do idoso	5	28
Fio de sutura	1	6

Fonte: UBS/tradicionais – SMS de Cuiabá-MT

Quanto aos medicamentos, 18 (100%) enfermeiros afirmaram que a unidade dispunha de todos os medicamentos básicos padronizados, entretanto oito (44%) disseram que estes não eram suficientes para atender à demanda.

O estudo revela que apenas sete (39%) UBS foram favorecidas com estruturas físicas compostas por mais de 80% dos ambientes elencados como fundamentais ao desenvolvimento das práticas das equipes de saúde. Com relação aos equipamentos, dos 30 itens considerados necessários apenas uma unidade dispunha de 28 (93%) e duas de 25 (83%) itens, e apenas 10 (56%) unidades disponibilizavam mais de 80% dos itens elencados como fundamentais para o desenvolvimento de práticas em APS. No que se refere a materiais/insumos, levantou-se que, dos 28 itens considerados indispensáveis pelo estudo, em 15 (83%) unidades existiam além de 80% dos itens selecionados no estudo (tabela 02).

Tabela 2 - Distribuição do número e percentual de itens de estrutura física (20), equipamentos (30) e insumos/materiais (28) disponíveis, segundo Unidades Básicas de Saúde tradicionais em Cuiabá-MT, 2010. (n=18)

UBS	Estrutura Física		Equipamentos		Insumos/Materiais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	14	78	18	60	24	86
B	14	78	22	73	21	75
C	15	83	21	70	24	86
D	13	72	25	83	26	93
E	15	83	24	80	25	89
F	17	94	24	80	24	86
G	13	72	25	83	24	86
H	16	89	24	80	24	86
I	12	67	21	70	21	75
J	13	72	24	80	26	93
K	16	89	24	80	24	86
L	16	89	24	80	26	93
M	12	67	20	67	26	93
N	14	78	28	93	27	96
O	12	67	20	67	22	79
P	13	72	21	70	24	86
Q	13	72	22	73	25	89
R	17	94	24	80	26	93

Fonte: UBS/tradicionais – SMS de Cuiabá-MT

Discussão dos dados

A infraestrutura das UBS em Cuiabá mostrou-se bastante variável, quanto à presença de itens estabelecidos para o estudo com base na normatização brasileira: PNAB (BRASIL, 2006) e Manual de estrutura física de unidades básicas de saúde: Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Quanto à estrutura física, verificou-se que menos da metade dos ambientes recomendados no estudo com base no MS (BRASIL, 2006a, 2008) para a realização da assistência em APS estavam disponíveis nas UBS estudadas, o que representa um déficit no cumprimento dos critérios estabelecidos para normatização de ambientes. Pouco mais de um terço (39%) das UBS encontravam-se favorecidas com 80% ou mais das estruturas físicas recomendadas, classificando-se as mesmas neste estudo como adequadas (Tabela 02), apesar de dois não possuírem o consultório de enfermagem, essencial à realização de ações estabelecidas para as enfermeiras na APS.

A existência de consultório de enfermagem foi referida em menos da metade das UBS estudadas, enquanto a média encontrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) no país, em 2002, foi de 62%, e em Mato Grosso foi de 84% (BRASIL, 2004). Essa comparação não pode desconsiderar que se tratam de dois modelos assistenciais diferentes, com previsão de padrão de qualidade no atendimento diferenciado, sendo fundamental uma análise mais profunda das diferenças encontradas.

Nas diretrizes da atenção básica consta que enfermeiros, entre outras atribuições, devem realizar consultas de enfermagem (segundo os protocolos, normas técnicas e a própria legislação profissional), o que pressupõe espaços adequados para sua operacionalização. Espaço este considerado pelo MS como item necessário à realização das ações de atenção básica nos municípios em qualquer modalidade de organização, UBS com a ESF ou UBS tradicionais (BRASIL, 2004).

O consultório médico existe em todas as UBS tradicionais e a mesma importância deveria ser dada quanto à disponibilização do consultório de enfermagem, que foi apresentado em menos da metade delas. A exclusividade do consultório médico em UBS evidencia uma

estrutura física que favorece o predomínio de atividades ligadas à assistência médica, o que se apresenta como um obstáculo à mudança do modelo assistencial (VANDERLEY, 2005).

Em APS, as ações que o enfermeiro desempenha ou pode desempenhar na produção da saúde garante sua importância e permanência por período integral na unidade, fato que justifica a necessidade de haver um espaço específico para a realização de seus atendimentos individuais. É comum no gerenciamento do cuidado e na assistência individual prestada pelo enfermeiro, este se sujeitar a interrupções frequentes em seu atendimento em detrimento da realização do atendimento médico.

Embora a nebulização seja realizada em todas as unidades, levantou-se que tal procedimento era realizado nos corredores, nas salas de procedimentos, curativos e até na sala de esterilização, ignorando-se os princípios de biossegurança. A normatização não é específica nessa questão (BRASIL, 2006a, 2008).

Algumas UBS realizam a coleta de material para exames de análises clínicas na própria unidade e, visando otimizar os espaços disponíveis, a coleta é feita na sala de procedimentos em dias e períodos programados, o que possibilita a resolubilidade da assistência, promovendo o acesso e a integralidade da atenção, em conformidade com a normatização (BRASIL, 2006a).

A sala de reuniões foi pouco encontrada nas UBS tradicionais, e sua existência não é garantida nas unidades que dispõem de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que necessariamente precisam de locais para realização de treinamentos e reuniões de equipe. A disponibilidade desse espaço em unidades de saúde possibilita a construção do trabalho voltado para uma atenção integrada, além de significar mais espaço para atividades que não estão centradas no médico e no usuário individual, podendo contribuir para o melhor desempenho do trabalho e do modelo em relação às ações programáticas e gestão dos serviços (FACCHINI, 2006).

No estudo identificou-se que, algumas unidades ainda são marcadas por ambientes improvisados, sala de espera sem paredes, sem privacidade auditiva, desprotegidas de chuva ou poeira da rua, com divisórias até meia parede e iluminação precária, presença de mofo, goteiras, espaços muito pequenos, elementos que configuram desrespeito às normas técnicas (BRASIL, 2006a), caracterizando a unidade como “um serviço pobre para pobres” (MENDES, 2002). Tal situação desqualifica a unidade quanto à humanização do atendimento,

que remete também às condições de trabalho relativas às instalações físicas e à disponibilidade e manutenção de equipamentos que são precárias (SILVEIRA, 2001).

Apesar disso, durante a coleta de dados, levantou-se que, em uma das UBS, com precariedade de estrutura física, o enfermeiro além das práticas habituais voltadas à saúde da comunidade, também realizava outras intervenções sociais locais, buscando localizar e se envolver na resolução dos problemas sociais, dos familiares de usuários idosos e crianças, configurando um papel inovador.

Os achados desta pesquisa são corroborados por estudo que avaliou a estrutura destinada à atenção pré-natal na APS de Pelotas-RS, constatando que a maioria das unidades daquele município apresentava estrutura precária, sendo a planta física a área mais deficitária, sugerindo que tais unidades foram idealizadas sem um planejamento de construção adequada aos padrões estabelecidos pelo MS (SILVEIRA, 2001).

Diferentemente dos resultados desta pesquisa, um estudo de avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na ESF do município de SP, observou que, em sua grande maioria, os itens referentes ao ambiente foram satisfatórios para a prática da consulta de enfermagem (SAPAROLLI; ADAMI, 2010).

Quanto aos equipamentos, identificou-se neste estudo que metade das unidades foi classificada como suficiente, por disponibilizar mais de 80% dos itens elencados como fundamentais para o desenvolvimento de práticas em APS (tabela 02).

Os dados levantados apontam para a disponibilidade de equipamentos básicos de meios diagnósticos para realização de exame físico e complementar na maioria das unidades participantes deste estudo (94%). Tal situação representa uma posição bastante satisfatória quando comparada com os níveis nacionais na ESF de 81% (BRASIL, 2004). Vale ressaltar que o glicosímetro foi encontrado em todas as unidades e a média nacional na ESF foi de 59% (BRASIL, 2004), o que evidencia correspondência com as propostas ministeriais, qualificando a assistência.

Quanto aos instrumentos para realização de consulta ginecológica e obstétrica, a maioria das unidades (94% e mais) contava com os equipamentos básicos (mesa ginecológica, foco e estetoscópio de Pinard), enquanto a média nacional para a ESF era de 62% (BRASIL,

2004). A disponibilidade do Sonar Doppler no município (72%) também é maior que a média nacional em ESF (62%) (BRASIL, 2004), fator positivo na organização dos serviços.

O nebulizador, equipamento importante para a realização de ações de resolutividade e de impacto nas UBS, foi encontrado em todas as unidades tradicionais do município, enquanto que a média nacional para o PSF foi de 83% (BRASIL, 2004).

A geladeira exclusiva para vacina em funcionamento foi encontrada em grande parte das unidades de saúde visitadas, superior à média nacional com relação à existência de geladeiras exclusivas para esse fim que é de 73% (BRASIL, 2004). A disponibilidade deste equipamento em unidades básicas visa assegurar o acesso a imunobiológicos, garantindo a eficácia e resolubilidade do serviço, em cumprimento aos critérios técnicos estabelecidos pelo MS, através do Programa Nacional de Imunização (PNI) (BRASIL, 2001).

O suprimento dos imunobiológicos é de responsabilidade da instância federal, que adquire os produtos, repassa aos estados e municípios mediante rigoroso controle e monitoramento. Assim, o município tem asseguradas, na maioria das unidades básicas de saúde todas as vacinas do calendário básico, com exceção a pneumocócica, enquanto que, na média nacional, apenas 64% das equipes referiram aplicar rotineiramente as vacinas preconizadas pelo PNI (BRASIL, 2001).

A disponibilidade dos equipamentos na unidade de saúde confere suporte ao atendimento, permitindo assegurar desde a realização de ações de saúde coletiva, como imunização, até o atendimento a pequenas urgências, como nebulização e pequenas cirurgias, que qualificam o atendimento da atenção básica e têm grande impacto sobre o sistema local de saúde (BRASIL, 2004).

O telefone fixo foi encontrado em todas as unidades estudadas conferindo melhoria de acesso aos usuários, pois viabiliza o serviço de Referência e Contra-Referência, assim como pode favorecer apoio técnico às equipes.

No que se refere a materiais/insumos, a existência de materiais de consumo como algodão, gaze, esparadrapo, agulha, seringa e luva foi identificada na grande maioria das UBS tradicionais do município, situação que pode ser considerada privilegiada se comparada à encontrada nas ESF do país (77%), e nas ESF do estado de Mato Grosso (70%) (BRASIL, 2004). Também foi alta a disponibilidade de materiais e insumos para a realização de exame

gineco-obstétrico, com menor frequência para os espéculos descartáveis, encontrados na maioria (89%) das unidades, apontando o compromisso do município com as prioridades pactuadas, uma vez que a disponibilidade desses equipamentos favorece a atenção em pré-natal e ginecologia (tabela 01).

Para o controle de diabetes e hipertensão, o município apresentou também altos percentuais de materiais e insumos, a menor frequência foi levantada em 94% das UBS que não tinham disponibilidade de impressos do HIPERDIA, sinalizando boas condições para o controle dessas patologias, que depende dos procedimentos de uma equipe multidisciplinar e do suporte de materiais/insumos, entre outras coisas.

Quanto à disponibilidade de medicamentos, as unidades encontravam-se abastecidas, porém em menos da metade das unidades a disponibilidade foi referida como insuficiente, configurando uma limitação deste estudo, pois buscou-se apenas conhecer a disponibilidade e suficiência dos medicamentos de forma generalizada.

No que se refere aos material/insumos, na maioria das unidades do estudo (83%), existe mais de 80% dos itens necessários para a realização do elenco de ações propostas, como curativos, retiradas de pontos, injeções, aplicação de vacinas, insulina. O que foi considerado, pelos parâmetros do estudo, como suficiente ao desenvolvimento das práticas, de forma a garantir a resolubilidade da atenção básica em UBS (Tabela 02).

Conclusão

Mais da metade da população do município é atendida pelas UBS tradicionais, o que evidencia a importância das suas limitações e da flexibilização da normatização, assim como suas potencialidades no que se refere à estrutura física, a equipamentos e materiais/insumos, considerando a fase de transição intermediária para a Estratégia Saúde da Família.

Segundo os parâmetros deste estudo, apenas 39% das UBS estudadas foram classificadas como “adequadas” quanto à estrutura física; em relação à disponibilidade de equipamentos, 56% das UBS foram classificadas como “suficientes”; e referente aos

materiais/insumos, a maioria (83%) das UBS foi classificada como “suficientes” por dispor de 80% e mais dos itens elencados para cada variável, como fundamentais ao desenvolvimento das práticas do enfermeiro e das equipes de saúde.

A indisponibilidade de ambientes físicos, como consultório de enfermagem e sala de reuniões, favorece o predomínio de atividades médicas, centradas no médico e no usuário individual. Tais condições dificultam o desempenho do trabalho voltado para a atenção integral e a mudança do modelo assistencial, favorecendo a hegemonia do modelo biomédico.

Ao contrário, a disponibilidade de espaço físico, nas UBS, como a sala de procedimentos, otimizada ou não, possibilita a resolubilidade da assistência, propiciando o acesso e a integralidade da atenção, assim como favorece o desenvolvimento de práticas relacionadas à educação em saúde voltadas à promoção da saúde.

O alto percentual de insumos/materiais em UBS tradicionais aponta o compromisso do município com as prioridades pactuadas, uma vez que a disponibilidade desses elementos favorece o desenvolvimento de ações voltadas às áreas programáticas.

Este estudo aponta para a necessidade de investimentos na adequação e valorização da infraestrutura como elemento potencializador das práticas, além de investimentos em equipe de monitoramento e avaliação das UBS a partir da educação permanente, que amplia as possibilidades das práticas e da infraestrutura no contexto de UBS tradicionais.

Como limitação do estudo aponta-se a restrição dos elementos de infraestrutura à estrutura física, equipamentos e materiais/insumos, assim como a abordagem aos medicamentos e imunobiológicos de forma generalizada, sugerindo a necessidade de novos estudos.

Seus resultados podem fornecer ao gestor municipal e demais atores envolvidos informações úteis para a elaboração de propostas e tomada de decisões, com vistas à melhorias nas condições de trabalho e à qualificação dos serviços, uma vez que, a infraestrutura pode influenciar as práticas desenvolvidas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Normas de Vacinação**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde; 2001 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenadoria de acompanhamento e avaliação da atenção básica. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil – Manual de preenchimento do roteiro de observação**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Finalidade: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acessado em 15 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Tecnologia da informação a serviço do SUS. Pacto pela Saúde 2010/2011**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe? pact2010 /pactmt.def>> acessado em 17/01/2011.

FACCHINI, L.A; PICCINI, R.X; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S1413-81232006000300015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 out. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232006000300015.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, 2002.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D; BLANK, V.L.G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública vol.20, no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2004: 20 (2): 438-46.

SAPAROLLI ECL, ADAMI NP. **Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica.** *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 2010.* Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Sept. 2010. doi: 10.1590/S0080-62342010000100013.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação de estrutura e do processo.** *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.13139, jan/fev, 2001.* <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Sept. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2001000100013.

SZNELWAR, L.I.; ABRAHÃO, J.I. **Programa Saúde da Família: Pontos de vista da organização de serviços, da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho.** In: *Inquéritos com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF.* – São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. – *Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3.* 244 p. vários coordenadores. Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

VANDERLEY, M.I.G. **O gerenciamento na estratégia da Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de Saúde em municípios do estado do Maranhão.** Tese Doutorado, apresentada à escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2005. 245 p.

**5.2 - AÇÕES DOS ENFERMEIROS DOS CENTROS DE SAÚDE: ESTUDO DE SUA ADEQUAÇÃO EM
UMA CAPITAL DA REGIÃO CENTRO OESTE ¹¹**

**THE NURSES' ACTIONS OF THE HEALTH CENTERS: A STUDY OF ITS ADEQUACY IN A CAPITAL
OF THE CENTER-WEST REGION**

**ACCIONES DE LOS ENFERMEROS DE CENTROS DE SALUD: ESTUDIO DE SUA DECUACIÓN
EN UNA CAPITAL DE LA REGION CENTRO OESTE**

Inês de Cássia Franco Pedrosa¹²
Áurea Christina de Paula Corrêa¹³

RESUMO: Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento transversal que objetivou caracterizar a adequação das ações dos enfermeiros desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde tradicionais em Cuiabá-MT, estabelecendo relação com o previsto na legislação em vigor. Participaram deste estudo 22 enfermeiros atuantes em 18 unidades tradicionais. Os dados demonstram que os enfermeiros apresentam dificuldades técnicas pelo baixo uso de protocolos clínicos; as atividades educativas foram incorporadas pelos enfermeiros, assim como as reuniões com a comunidade e treinamentos em serviços foram pouco valorizadas; e as consultas de enfermagem eram realizadas de forma limitada. Conclui-se que apenas 32% dos enfermeiros tiveram suas ações caracterizadas como adequadas por realizar mais de 70% dos procedimentos elencados como primordiais em UBS, revelando a existência de uma prática assistencial fragmentada e voltada para a demanda espontânea. Assim, os resultados apontam para a necessidade de implementação de práticas com vista à impactar as ações de saúde prestada à população.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Assistência de Enfermagem

ABSTRACT: It is a descriptive, cross-sectional study, of qualitative approach that aims at characterizing the adequacy of the nurses' actions developed in traditional Basic Health Units (BHU) in Cuiabá-MT, establishing a relationship with what is expected in the current

¹¹ Este artigo compõe a dissertação de mestrado: "A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro", que constitui um projeto de pesquisa intitulado: "Atuação da enfermagem frente às necessidades emergentes na Estratégia Saúde da Família no município de Cuiabá-MT", financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Mato Grosso (FAPEMAT), que vem sendo desenvolvida por pesquisadores do Grupo de Pesquisa "Projeto Argos".

¹² Enfermeira. Membro da equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Aluna do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da UFMT.

¹³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da UFMT. Líder do Grupo de Pesquisa Projeto Argos da UFMT.

legislation. Twenty-two (22) nurses that were working in 18 traditional BHU participated in this study. The data show that the nurses present technical difficulties due to the low use of clinical protocols; the educative activities were embodied by the nurses, as well as the meetings with the community and in-service training have been undervalued; and the nursing consultations were done in a limited way, the actions directed to the woman and the child's health are incompatible with the indicators presented. It is concluded that only 32% of the nurses had their actions characterized as adequate for performing more than 70% of the procedures listed as essential in the BHUS, revealing the existence of a care practice directed to the spontaneous demand. Thus, the results point to the need for the implementation of practices aiming at impacting the health actions offered to the population.

Key-words: Primary health care. Public health. Nursing care

RESUMEN: Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo y delineación transversal que tiene por objeto caracterizar las prácticas de los enfermeros desarrolladas en Unidades Básicas de la Salud tradicionales en Cuiabá, estableciendo una relación con la legislación actual. Participaron de este estudio 22 enfermeros actuantes en 18 Unidades Básicas de la Salud tradicionales. Los datos demuestran que los enfermeros presentan dificultades técnicas por el bajo uso de protocolos clínicos, las actividades educativas fueron incorporadas por los enfermeros, así como las reuniones con la comunidad y el entrenamiento en servicios fueron poco valorados; y las consultas de enfermería eran realizadas de manera limitada. Se concluye que 32% de los enfermeros realizaban 70% o más de los procedimientos relacionados como primordiales en Unidades Básicas de la Salud, manifestándose una práctica asistencial fragmentada y volvida para la demanda espontanea, apuntando para la necesidad de implementación de prácticas vista a repercutir en las acciones de salud ofrecida a la población.

Palabras clave: Atención primaria de Salud. Salud Pública. Asistencia de Enfermería.

Introdução

A prática de enfermagem se configura como heterogênea nas diversas sociedades e em cada momento histórico, como uma prática que se desenvolve e vai ganhando feições e características próprias, no atendimento das necessidades de saúde, constituindo relações com

outros trabalhos, com as dimensões econômicas, culturais e sociais no âmbito de uma sociedade, conformando-se como uma prática social (PEREIRA, 2009).

As práticas desenvolvidas pelos enfermeiros apresentam, ao mesmo tempo, características relativas às (UBS), com suas particularidades locais, e características relacionadas à profissão de enfermeiro e seu trabalho (NAUDERER; LIMA, 2008). Assim, no contexto das UBS, as práticas do enfermeiro são norteadas e respaldadas pelo código de ética da profissão e a lei do exercício profissional, de forma que o enfermeiro possa executar seu trabalho com vistas a garantir o processo de trabalho em equipe previsto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006^a).

Estudiosos do tema afirmam que, havendo a reorganização do serviço de saúde na Atenção Primária à Saúde APS, de acordo com os princípios estabelecidos pela PNAB, por aproximadamente 85% dos problemas de saúde da comunidade, podem ser resolvidos nesse nível de atenção, promovendo a mudança do modelo, através das mudanças nas práticas assistenciais (SOUSA, 2001; MENDES, 2002; SILVA, 2004).

Em Cuiabá a rede básica de saúde conforma-se oficialmente com duas modalidades de serviços: a Estratégia Saúde da Família (ESF), e os tradicionais Centros de Saúde (CS) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais que respondem pela assistência básica de saúde de mais de 60% da população cuiabana, representando presença importante e de impacto na rede de atenção à saúde.

As práticas realizadas nas UBS tradicionais refletem o modelo biomédico, atendendo à demanda espontânea por atenção médica e à prática de algumas ações programáticas (MENDES, 2002). Assim, as práticas tradicionais em saúde têm seu enfoque nas questões biológicas, na doença ou no risco de adoecer, desconsiderando outros aspectos da vida do indivíduo em sociedade em sua dimensão antropológica (MASSUDA, 2008). Dessa forma, a opção pelo presente objeto de investigação ocorreu em função da necessidade de caracterizar as práticas de enfermagem oferecidas neste contexto do município de Cuiabá.

Assim, este artigo tem como objetivo caracterizar as práticas do enfermeiro desenvolvidas em UBS tradicionais do município de Cuiabá, estabelecendo relação com o previsto na legislação profissional e nas normatizações do Ministério da Saúde.

Método

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizado no período de junho a setembro de 2010, no município de Cuiabá-MT.

Todos os enfermeiros de UBS tradicionais foram incluídos no estudo (29 enfermeiros), sendo excluídos aqueles que se encontravam ausentes da unidade (férias, licenças) no período da pesquisa ou que se recusaram a colaborar como fonte de dados do estudo, totalizando 22 informantes. As unidades de observação foram as práticas desenvolvidas pelos 22 enfermeiros.

Os dados foram colhidos através de entrevista, para a qual se utilizou um formulário estruturado, que teve como base o instrumento de monitoramento e avaliação do MS (BRASIL, 2001), construído a partir das ações que o(a) enfermeiro(a) deve desenvolver em APS (BRASIL, 2006) e na lei do exercício profissional (BRASIL, 1996). Tal instrumento contemplava 100 (cem) itens relacionados às práticas desenvolvidas pelos enfermeiros em APS, constituindo um banco de dados construído com uso do *software Excell* 2003. A interpretação e discussão dos dados foram realizadas com base na literatura visitada.

A pesquisa foi realizada com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, aprovado sob Protocolo N° 559/CEP-HUJM/08, sendo que os sujeitos deste estudo, antes da coleta de dados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os dados apresentados a seguir referem-se às práticas dos enfermeiros desenvolvidas no âmbito de UBS tradicionais, relacionadas às áreas programáticas, atenção aos ciclos de vida, assim como ações voltadas à prevenção de agravos, a recuperação e promoção da saúde.

Os resultados mostraram que apenas sete profissionais (32%) assumem desenvolver mais de 70% das ações e procedimentos (100) elencados pelo estudo como primordiais na assistência em APS.

O uso de protocolos clínicos em hanseníase e tuberculose foi confirmado por 91% dos enfermeiros, seguida de atendimentos à saúde da mulher e vigilância epidemiológica com 73%.

De acordo com a tabela 01, observou-se que os enfermeiros têm realizado Visita Domiciliar (VD) e atividades educativas com percentuais superiores a 68% (15) dos profissionais. Os treinamentos em serviço com os auxiliares e técnicos de enfermagem foram relatados como realizados por 59% (13). Valor abaixo foi encontrado na participação dos enfermeiros em reuniões com a comunidade, garantida por 41% (9), dos profissionais. Quanto ao atendimento clínico dos enfermeiros, a consulta de enfermagem em ginecologia e obstetrícia é referida como realizada por 82% (18) dos enfermeiros. Em clínica geral, 73% (16) dos enfermeiros afirmam realizar consultas nessa área. Em pediatria, o percentual de enfermeiros que realiza essa atividade foi menor, por volta de 64% (14). Quanto às ações em saúde da mulher, a coleta de exame citopatológico foi referida como realizado por 91% (20) dos enfermeiros, e 82% (18) afirmam realizar o exame clínico de mama. As CE de pré-natal programadas foram referidas como realizadas por 73% (16) dos enfermeiros. Nos procedimentos de pré-natal, 50% (11) dos enfermeiros solicitam e analisam exames de rotina de pré-natal; e, seis (27%) disseram prescrever medicações de acordo com o protocolo estabelecido para o pré-natal. Em relação à saúde da criança, 73% (16) dos enfermeiros afirmaram realizar ações nesta área. As ações mais desenvolvidas são o incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar à criança, realizado por 73% (16) dos profissionais em estudo. As consultas programadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em menores de 2 anos é realizada por 55% (12) dos enfermeiros. Apenas três (14%) deles afirmam realizar a Terapia de Reidratação Oral (TRO). A verificação da situação vacinal e o registro das anotações no cartão da criança e prontuário foram garantidos por 68% (15) desses profissionais; a solicitação de exames e prescrição de medicamentos conforme protocolo clínico foram confirmadas por 41% (9) e 18% (4) dos profissionais, respectivamente. No que se refere à saúde do adulto, mais de 92% dos enfermeiros afirmaram realizar pelo menos uma ação de controle da diabetes e hipertensão. A glicemia capilar é a atividade mais realizada pelos enfermeiros (91%). O acompanhamento dos hipertensos e dos diabéticos foram confirmadas por 86% dos entrevistados. A solicitação de exames e avaliação

dos pés diabéticos são realizadas por 68% dos profissionais, enquanto nenhum profissional afirma realizar prescrição de medicamentos para essa área estratégica. Os procedimentos específicos para o controle da hanseníase e tuberculose foram relatados por 100% dos enfermeiros que afirmam avaliar os contatos intradomiciliares para hanseníase, realizar a dose supervisionada mensal, entregar medicamentos específicos e acompanhar os portadores de Tb. A suspeição diagnóstica de hanseníase, avaliação dos contatos de tuberculose e entrega de medicação específica para tuberculose era realizada por 95% (21) dos enfermeiros. A suspeição diagnóstica assim como a entrega de dose supervisionada para tuberculose foi afirmada como realizada por 82% (18) dos enfermeiros. A avaliação de perda sensitiva e a prevenção de incapacidades em hanseníase foram menos frequentes, realizadas por 27% (6) e 18% (4) dos enfermeiros, respectivamente.

Ainda em relação à tabela 01, no que se refere às outras doenças infecto contagiosas, 95% (21) dos entrevistados afirmaram fazer suspeição diagnóstica para dengue, entretanto, apenas 68% (15) desenvolvem ações de prevenção e controle desse agravo. Quanto às doenças sexualmente transmissíveis, 77% (17) dos enfermeiros afirmaram realizar suspeição diagnóstica. A solicitação de exames voltada para esta área foi realizada por 82% (18) dos enfermeiros, porém, apenas 27% (6) afirmam prescrever medicações conforme o protocolo estabelecido. Em relação aos procedimentos básicos de vigilância epidemiológica, a notificação compulsória de doenças foi referida pela maioria dos enfermeiros (96%), enquanto que apenas 41% deles afirmaram realizar investigação de óbitos. As práticas de educação em saúde são realizadas por 100% dos enfermeiros em datas comemorativas. Já aquelas com grupos populacionais foram realizadas por 68% dos sujeitos. As práticas de educação em saúde com grupos populacionais mais desenvolvidas foram relatadas por 41% dos enfermeiros e são voltadas tanto para hipertensão como diabetes; a gravidez foi trabalhada por 36% dos profissionais e os temas como hanseníase, tuberculose e dengue, foram realizadas por 27% (6) dos entrevistados.

Em relação a outros procedimentos elencados no estudo, 100% dos enfermeiros afirmaram realizar, pelo menos, um procedimento relacionado às situações de urgência como febre, que foi a mais referida, sendo atendidas por 96% (21) dos profissionais e as crises hipertensivas referidas como atendidas por 86% (19) dos enfermeiros.

As funções administrativas também foram relatadas pelos enfermeiros, dos quais 100% encaminham relatórios, 91% participam da organização de campanhas de vacinação,

educativas e outras do calendário municipal, 77% (17) disseram solicitar medicamentos e insumos e 41% solicitam manutenção de equipamentos.

Tabela 1 - Distribuição de enfermeiros de unidades básicas de saúde tradicionais, segundo as principais ações/procedimentos realizadas em Cuiabá-MT, 2010. (n=22)

Ações/procedimentos		Freq	%
Atividades Gerais	Participa reunião em equipe	18	82
	Visita domiciliar	15	68
	Atividades educativas	15	68
	Treinamento em serviço	13	59
Atendimento clínico	CE ginecologia/ obstetrícia	18	82
	CE clínica geral	16	73
	CE Pediatria	14	64
Atividades Educativas com grupos	Diabéticos e Hipertensos	9	41
	Gestantes	8	36
	Crianças	3	14
	Escolares	1	5
Saúde da Mulher	Coleta CCO	20	91
	Exame de mamas	18	82
	CE Pré- natal programado	16	73
	CE Pré- natal intercorrências	1	5
	Avaliação de peso e PA	18	82
	Avaliação da situação vacinal	17	77
	Solicitar e interpretar exames	11	50
	CE puerpério	10	45
	Prescreve medicamentos (protocolo)	6	27
Saúde da Criança	Incentivo aleitamento materno	16	73
	Orientação alimentar	16	73
	Avalia situação vacinal	15	68
	CE em menores 2a crescimento/desenvolvimento	12	55
	Solicita exames	9	41
	Prescreve medicamentos (protocolo)	4	18
	TRO	3	14
Saúde do Adulto	Avalia contatos Intradomiciliar Hansem e Tb	22	100
	Realiza dose supervisionada	22	100
	Acompanhamento portadores Tb	22	100
	Suspeição diagnóstica Hansem	21	95
	Avaliação contatos Tb	21	95
	Suspeição diagnóstica Dengue	21	95
	Glicemia capilar	20	91
	Acompanhamento Hipertensos	19	86
	Acompanhamento Diabéticos	18	82
	Orientação alimentar e atividades físicas	18	82
	Solicita exames Dengue	18	82
	Suspeição diagnóstica em DST	17	77
	Cálculo IMC	17	77
	Prevenção controle Dengue	15	68
	Solicita exames Hipertensão e Diabetes	15	68
	CE Hipertensão	11	50
	CE Diabetes	9	41
	Avalia perda sensitiva	6	27
	Avalia incapacidades	4	18

Fonte: UBS/tradicionais – SMS de Cuiabá-MT

Análise e discussão dos resultados

O rol de ações e procedimentos a serem desenvolvidas em APS elencados neste estudo aponta que sete enfermeiros (32%) assumem desenvolver mais de 70% dessa relação de ações. Esses procedimentos se referem a todas as atividades que permeiam o cotidiano do enfermeiro nas UBS, refletindo a necessidade de implementação dessas práticas voltadas para a prestação de uma assistência resolutiva com base nas necessidades de saúde demandadas.

O MS sugere a priorização de soluções dos problemas de saúde mais frequentes na comunidade (BRASIL, 2006a), uma vez que sobrecarrega para uma enfermeira realizar todas as atividades propostas pelo MS em Unidades de Saúde da Família (USF). Para tanto faz-se necessário que o trabalho seja desenvolvido em equipe, dividindo as tarefas, organizando agendas, planejando e definindo prioridades (GIROTE; NUNES; RAMOS, 2008) conforme define a PNAB, sendo assim pode-se considerar que, no que tange às UBS tradicionais, tal proposição também é válida, ficando evidente a importância da organização e planejamento das práticas do enfermeiro neste espaço, com vistas a assegurar a prestação de assistência de qualidade ao usuário.

Na rotina das UBS, o município adota os protocolos institucionais, no entanto os resultados do estudo apresentam baixa média de utilização de protocolos clínicos pelos enfermeiros, uma vez que apenas 41% deles afirmaram fazer uso desses instrumentos para 70% ou mais das áreas estratégicas. A maior utilização foi levantada para atendimento em hanseníase e tuberculose (91%), enquanto o menor uso foi para o atendimento ao idoso e adolescente (14%).

Visitas Domiciliares (VD) são realizadas por 68% dos enfermeiros, valor muito abaixo da média nacional (90%) para a ESF (BRASIL, 2004). A VD possibilita o conhecimento da situação de saúde de famílias, o desenvolvimento de ações promocionais e preventivas, o acompanhamento de grupos, além de fortalecer o estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias (BRASIL, 2004), no entanto, dos 32% de enfermeiros que afirmaram não fazer a VD, 18% dispõem de ACS na equipe e 9% assumiram não realizar visitas sistemáticas com os ACS por não se identificarem como instrutores/supervisores de agentes, função que compete a outro enfermeiro pertencente à mesma equipe. Tal fato

aponta para a possibilidade dos agentes, de determinada equipe, não estarem sendo devidamente acompanhados conforme previsto na PNAB (BRASIL, 2006a).

A realização de atividades educativas foi citada por 68% dos enfermeiros, valor pouco abaixo da média nacional que é de 77% para as ESF (BRASIL, 2004). Os resultados indicaram que essas ações, mesmo em UBS tradicionais, vêm sendo incorporadas pelos enfermeiros, mas que ainda precisam ser incrementadas de forma a poder interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa de qualidade de vida (BRASIL, 2006a).

Com relação aos treinamentos em serviço, ações realizadas por pouco mais da metade (59%) dos entrevistados, deveriam constituir uma prioridade, uma vez que a qualificação dos profissionais da saúde constitui-se em uma ação estratégica para modificação das práticas de saúde, propiciando a mudança do modelo de atenção em direção à integralidade e à maior resolubilidade da APS (BRASIL, 2004), além de uma forma de valorizar os profissionais de saúde (Brasil, 2006a). Trata-se de uma das atribuições específicas dos enfermeiros, portanto, é preocupante o baixo percentual apresentado para essa atividade, uma vez que tal situação pode estar associada à falta de capacitação ou ao perfil do enfermeiro atuante nas UBS tradicionais, ficando evidente a necessidade de implementação desta ação.

As reuniões com a comunidade foram as atividades de rotina menos citadas pelos enfermeiros deste estudo, 41% dos profissionais relataram executá-las, valor abaixo dos percentuais encontrados em ESF, de 51% (BRASIL, 2004). Mesmo se tratando de UBS que desenvolvem práticas tradicionais, tal ação possibilita o estabelecimento de maior vínculo e responsabilização entre os membros das equipes e a população, além de estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a).

Quanto ao atendimento clínico dos enfermeiros, a maior adesão às Consultas de Enfermagem (CE) ocorre na área de ginecologia e obstetrícia, referida por 82% dos enfermeiros, ao passo que, em nível nacional, para a ESF, o percentual apresenta-se em torno de 76% (BRASIL, 2004). Em pediatria, o percentual de enfermeiros que realizam CE foi bem menor, 64%, abaixo dos percentuais levantados pelo MS na ESF para o país (77%) (BRASIL, 2004).

Comparando-se as CE desenvolvidas em UBS tradicionais com as práticas na ESF percebe-se que os valores são inferiores, conforme estudo de Santos, *et al.* realizado no

município de Juiz de Fora, sendo que tais resultados podem ser atribuídos a dificuldades como, excesso de atividades burocráticas, deficiências na estrutura física da unidade de saúde e no entrosamento da equipe (SANTOS, et al., 2008). Este estudo aponta também que a consulta de enfermagem é realizada pelos enfermeiros de forma limitada, embora os estes considerem importante a articulação entre o conhecimento teórico e a prática para a aquisição de competências no atendimento integral, com vistas à maior resolutividade dos problemas de saúde dos usuários, conforme a proposta do MS (BRASIL, 2004). Entretanto, observa-se que para muitos enfermeiros esta ação é realizada, preferencialmente, na ausência do médico, evidenciando a supremacia do ato médico.

A capacitação das enfermeiras, o número reduzido de profissionais na unidade e a dificuldade na relação entre enfermeiras e os demais profissionais das instituições de saúde foram apontadas por Vagens e Moura (2002) como obstáculos à institucionalização da consulta de enfermagem em UBS. Para além, os autores apontam o reduzido número de enfermeiras, fato ocasionado, tanto pela distorção na lotação de recursos humanos como pela atenção dada aos programas curativos, ficando as ações preventivas relegadas a segundo plano.

Dentre as ações em saúde da mulher, a coleta de exame citopatológico foi referida como realizada por 91% dos enfermeiros, bem acima da média nacional que é de 70% em ESF (BRASIL, 2004). Apesar de os enfermeiros realizarem a coleta, no mínimo uma vez por semana, não se atinge a meta pactuada no município, pois segundo dados da SES-MT, Cuiabá alcançou apenas 63% da meta estabelecida para o indicador “razão de exames citopatológico cervico-vaginais, na faixa etária de 25 a 59 anos, em relação à população-alvo”, em 2009 (MATO GROSSO, 2010).

As CE programadas de pré-natal foram realizadas por 73% dos enfermeiros, percentual semelhante à média nacional que foi de 71%, em ESF (BRASIL, 2004). Vale ressaltar que, a redução das altas taxas de mortalidade materna está relacionada à diminuição de barreiras encontradas nas atividades e procedimentos básicos voltados para o desenvolvimento da assistência pré-natal na rede pública (NASCIMENTO, et al., 2007).

Gonçalves, et al. (2008) apontam que a efetividade da assistência pré-natal pode estar relacionada também ao fato de o processo de trabalho nas UBS estar voltado ao modelo biomédico de assistência, enquanto as ações integradas, tal como propostas pela ESF,

propiciariam assistência pré-natal de qualidade, fato que favoreceria o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e ACS das unidades e as gestantes, elemento imprescindível para a adesão das gestantes ao Programa de Assistência ao Pré-Natal, impactando nas elevadas taxas de mortalidade materna do município.

Quanto aos procedimentos relacionados à saúde da criança, a maioria é realizada independente da consulta de enfermagem, pouco atingida pelos enfermeiros (64%), enquanto o procedimento mais desenvolvido pela maioria dos enfermeiros é a orientação alimentar (73%).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, definido pelo MS como uma das cinco ações básicas da assistência à saúde da criança, foi citado por 55% (12) dos enfermeiros como uma das ações realizadas, enquanto que a média nacional foi de 70% (BRASIL, 2004).

A Terapia de Reidratação Oral (TRO) foi mencionada por apenas 3 (14%) dos enfermeiros, sendo a média nacional para as ESF de 64% (BRASIL, 2004). Embora se trate de um procedimento muito simples, que pode ser realizado independentemente de equipamentos ou de qualquer insumo sofisticado, não é habitual seu preparo e administração nas unidades de saúde, não sendo realizada frequentemente pelos profissionais que se restringem a efetuar orientações para o preparo e uso da solução no espaço domiciliar.

A aplicação rotineira das vacinas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) ocorre diariamente em 100% das unidades, enquanto que na média nacional essa rotina ocorre apenas em 64,1% da ESF (BRASIL, 2004), o que demonstra a valorização do procedimento, tanto pelos profissionais como pelos gestores do município em estudo.

O desenvolvimento de, pelo menos, uma atividade para o controle da diabetes e da hipertensão, foi confirmado por 92% dos enfermeiros, valor semelhante à média nacional para ESF que é de 90% das equipes, sendo esta atividade relacionada com ações diagnósticas e de tratamento desses agravos (BRASIL, 2004) que são operacionalmente definidos segundo as áreas estratégicas de atuação.

No mesmo sentido, os altos percentuais encontrados no estudo referentes aos procedimentos específicos para o controle da hanseníase e tuberculose, sugerem o fortalecimento da capacidade de respostas a esses agravos.

Em Cuiabá, 100% dos entrevistados afirmam avaliar os contatos intradomiciliares para hanseníase, assim como asseguram entregar a dose supervisionada mensal e os medicamentos específicos. Com relação aos portadores de tuberculose, todos os enfermeiros afirmam acompanhá-los, enquanto a média nacional registra apenas 27% das Equipes SF realizando esta atividade (BRASIL, 2004). Sendo assim, fica evidente que as unidades estudadas apresentam melhores resultados, apesar de se observar que a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera no município ainda é baixa (73%) em 2009 (MATO GROSSO, 2010).

Para a Organização Mundial de Saúde, a cura de mais de 85% dos casos pode representar uma quebra na cadeia e, conseqüentemente, uma diminuição da incidência de casos na população. A proporção de cura de casos novos de hanseníase em Cuiabá foi de 77%. A proporção de cura, após o primeiro tratamento, é um indicador da efetividade do mesmo e de resultado do controle da hanseníase (MATO GROSSO, 2010).

A avaliação de perda sensitiva e a prevenção de incapacidades decorrentes da hanseníase foram bem menos frequentes, realizadas por 27% e 18% dos enfermeiros respectivamente, sendo necessário considerar que essa ação possibilita o desencadeamento de processos de encaminhamento a serviços de referência, como por exemplo, a fisioterapia. Este fato pode resultar na perda do paciente pela não resolutividade do problema na própria unidade, não efetivando a integralidade, conforme proposto pela PNAB (BRASIL, 2006a).

Embora, a eliminação da hanseníase e o controle da tuberculose, assim como diabetes e hipertensão, estejam definidas operacionalmente por normatização ministerial, que busca efetivar a integralidade em seus vários aspectos como: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2006a), para impactar os indicadores, faz-se necessário que tais ações devam ser amparadas por um estratégico programa de educação permanente para as equipes locais de saúde, com vistas à mudança das práticas assistenciais.

Apesar de o fortalecimento da capacidade de responder às doenças emergentes, com ênfase na dengue, ser uma das prioridades do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), a maioria dos enfermeiros (96%) afirmam realizar suspeição diagnóstica para dengue,

entretanto, apenas 68% desenvolvem ações de prevenção e controle desse evento, o que indica necessidade de implementação das práticas nessa área, pois o município apresenta alta taxa de letalidade de febre hemorrágica por dengue (MATO GROSSO, 2010).

Em relação aos procedimentos básicos de vigilância epidemiológica, a notificação compulsória de doenças foi referida pela maioria dos enfermeiros (96%), enquanto que 41% deles afirmaram realizar investigação de óbitos, valor pouco abaixo da média nacional que é de 49%, nas equipes de SF (BRASIL, 2004). Tal situação aponta para a necessidade de implementação de ações nessa área em conformidade com a PNAB, que estabelece, entre outras características do processo de trabalho das equipes em APS, o desenvolvimento de ações voltadas para a vigilância epidemiológica, focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2006).

Assim os resultados apresentados apontam para a necessidade de ampliação dessa prática para todos os enfermeiros da rede, buscando impactar os indicadores de saúde, principalmente por considerar que o município tem possibilidades estruturais para atendimento do adulto.

Quanto às práticas de educação em saúde, 100% dos enfermeiros afirmaram realizá-las em eventos pontuais, estabelecidos no calendário da SMS. Aquelas referentes à prevenção/cuidado com a hipertensão, o diabetes, a gravidez, a hanseníase, a tuberculose e a dengue, foram trabalhadas por 68% dos enfermeiros. Esses resultados apontam que, as ações educativas vêm sendo incorporadas nas práticas dos profissionais de saúde, porém em níveis que ainda necessitam ser incrementados, não sendo possível discriminar sua natureza, bem como as concepções que têm orientado as ações de educação em saúde dos enfermeiros.

Observou-se que, 100% dos enfermeiros afirmaram realizar pelo menos um procedimento relacionado às situações de urgência, entretanto, para o atendimento de situações de urgência as unidades não dispõem de médico em período integral e nem materiais de emergência, ou qualquer tipo de infraestrutura para atendimento dos casos, restando ao enfermeiro o monitoramento dos sinais vitais, avaliação de risco e o encaminhamento ao Pronto Socorro Municipal.

Ainda que toda unidade conte com a figura do gerente da UBS, alguns enfermeiros afirmaram assumir, temporariamente, dupla função - a gerência da unidade e a

assistência direta ao usuário. Faz-se necessário ressaltar que algumas ações administrativas fazem parte do cotidiano do enfermeiro diretamente envolvido no cuidado ou na coordenação desse cuidado ou ainda na atenção prestada pelo serviço ao usuário (PEDUZZI; HAUSMANN, 2005). Assim, o enfermeiro é o profissional que mais se aproxima da prática e dos meios de trabalho, respondendo, conseqüentemente, pela infraestrutura que sustenta a prática, intermediando o trabalho de toda equipe. As autoras apontam que essas atividades administrativas configuram o caráter heterogêneo da função do enfermeiro em saúde pública, não só gerenciando o cuidado como também coordenando o serviço e a atenção em saúde.

Conclusão

Os dados obtidos pela aplicação dos formulários e as visitas às UBS evidenciaram realidades distintas nas práticas realizadas no cotidiano dos enfermeiros, onde apenas 32% assumem desenvolver mais de 70% dos procedimentos elencados como primordiais em APS, sendo classificados pelos parâmetros do estudo como práticas adequadas a serem desenvolvidas.

Esta situação pode estar relacionada ao fato de o processo de trabalho nas UBS tradicionais estar voltado ao modelo biomédico de assistência; a dificuldades técnicas apresentadas pelos enfermeiros ao lidarem com determinados agravos ou situações; à falta de capacitação ou ao perfil do enfermeiro atuante nas UBS tradicionais; entre outros.

Tais fatores apontam para uma prática assistencial fragmentada e voltada para a demanda espontânea, evidenciando a necessidade de melhorar a utilização dos protocolos clínicos pelos profissionais; de implementar a VD como instrumento de ampliação do vínculo entre a equipe e as famílias e de implementação das práticas; de incorporação dos treinamentos em serviço na rotina do trabalho aumentando a resolutividade das práticas e a valorização dos profissionais; de incorporação das reuniões com a comunidade, possibilitando o aprofundamento do vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, além de estimular a participação popular e o controle social; e a necessidade de capacitação do enfermeiro, que amplia suas possibilidades de atuação.

O estudo apresenta como limitação o fato de não especificar a forma como as práticas dos enfermeiros são executadas, apenas a sua realização, assim como a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, que ficou restrita à descrição nas áreas estratégicas. Tais elementos emergem como nova possibilidade de pesquisa, uma vez que estudos deste cunho podem contribuir sobremaneira para possíveis mudanças e adequações de práticas dos enfermeiros que atuam em atenção básica.

Com a realização deste estudo espera-se contribuir com conhecimentos sobre a temática, fornecendo dados que possam auxiliar gestores na elaboração de propostas e tomadas de decisões, visando à melhoria da qualidade dos serviços, em conformidade com a PNAB. Para além, espera-se que os resultados aqui apresentados possam sensibilizar os enfermeiros quanto à valorização de suas práticas e ampliação de suas potencialidades, favorecendo a mudança do modelo assistencial.

Referências

BRASIL. Decreto-lei n ° 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Brasília 26 jun 1986. Seção I - fls. 9.273 a 9.275.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenadoria de acompanhamento e avaliação da atenção básica. **Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil – Manual de preenchimento do roteiro de observação.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Finalidade: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes operacionais do Referido Pacto.** Brasília, 2006b.

GIROTI, S.K.O.; NUNES, E.F.P.A.; RAMOS, M.L.R. **As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional.** : Semina cienc. biol. saude, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008.

GONCALVES, R.; URASAKI, M.B.M.; MERIGHI, M.A.B.; D'AVILA, C.G. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 3, June 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 25/12/2010. doi: 10.1590/S0034-71672008000300012.

MASSUDA, A. **Práticas de saúde coletiva na Atenção Primária em Saúde.** In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Campos GWS e Guerreiro AVP, organizadores; autores Cosser A. [et. al]. - São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411 p. - (saúde em Debate; 190).

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de MT. **Indicadores de saúde.** Versão 1.2. Disponível em <<http://www.saude.mt.gov.br/aplicativo/indicadores/>> Acessado em 26/12/2010.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza, 2002.

MOURA, A.C.L.; VARGENS, O.M.C. **A consulta de enfermagem na rede básica de saúde: um estudo sob a ótica das enfermeiras.** Rev Enferm UERJ. 2002;10(2):85-9.

NASCIMENTO, E.R.; RODRIGUES, Q.P.; SANTOS, C.C.C.; CARVALHO, A.L.O. **Assistência pré-natal desenvolvida por serviços públicos de saúde, Salvador-Bahia.** Rev Paraninfo Digital, 2007; 1. Disponível em: <<http://www.index-f.com/para/n1/p115.php>> Acessado em 13/09/2009.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. **Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, Oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15/08/2010. doi: 10.1590/S0104-11692008000500015.

PEDUZZI M; HAUSMANN M. **A enfermagem como prática heterogênea que busca ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho.** In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem>. ISBN 85-87582-23-2> Acessado em: 07/07/2010.

PEREIRA, M.J.B. **A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 5, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500022&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 27/08/2010. doi: 10.1590/S0034-71672009000500022.

SANTOS, S.M.R.; JESUS, M.C.P.; AMARAL, A.M.M.; COSTA, D.M.N.; ARCANJO, R.A. **A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 1, Mar. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 25/12/2010. doi: 10.1590/S0104-07072008000100014.

SILVA, C.A.B. **Os dez anos do Programa de Saúde da Família**. RBPS, ano/vol. 17, número 003, Universidade de Fortaleza, Brasil, 2004.

SOUSA, M.F. **A coragem do PSF/Maria de Fátima Sousa**. HUCITEC, São Paulo, 2001.

5.3 – PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE AS INFLUÊNCIAS DA INFRAESTRUTURA EM SUAS PRÁTICAS, EM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE¹⁴

PERCEPTIONS OF NURSES ABOUT THE INFLUENCES OF THE INFRASTRUCTURE IN THEIR PRACTICES, IN BASIC HEALTH SERVICES

PERCEPCIONES DE ENFERMEROS SOBRE INFLUJO DE LA INFRAESTRUTURA DE CENTROS DE SALUD, EN LAS PRACTICAS PROFESIONALES

Inês de Cássia Franco Pedrosa¹⁵

Áurea Christina de Paula Corrêa¹⁶

Edir Nei Teixeira Mandú¹⁷

RESUMO: Estudo descritivo qualitativo, com o objetivo de analisar como enfermeiros que atuam nas unidades básicas de saúde tradicionais do município de Cuiabá, Mato Grosso, percebem a influência da infraestrutura em suas práticas. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, aplicada a cinco enfermeiros de unidades de saúde tradicionais, sendo utilizada a técnica de análise de conteúdo temática. Para enfermeiros, deficiências na estrutura física comprometem suas práticas, à medida que limitam a realização de ações além das preconizadas pelo modelo biomédico, desrespeitam o usuário e dificultam a realização de ações de forma resolutiva. A falta de materiais e insumos impede o desenvolvimento de cuidados clínicos adequados. O estudo evidencia a necessidade de adequação da estrutura física e de melhoria na disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos importantes à assistência à saúde de qualidade.

Palavras chave: Atenção primária à saúde. Serviços de saúde. Enfermagem.

¹⁴ Este artigo compõe a dissertação de mestrado: “A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro”, constituinte do projeto de pesquisa intitulado: “Atuação da enfermagem frente às necessidades emergentes na Estratégia Saúde da Família no município de Cuiabá-MT”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Mato Grosso (FAPEMAT), que vem sendo desenvolvida por pesquisadores do Grupo de Pesquisa “Projeto Argos”.

¹⁵ Enfermeira. Membro da equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Aluna do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da UFMT. (inespedrosa@hotmail.com).

¹⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da UFMT. Líder do Grupo de Pesquisa Projeto Argos da UFMT - Brasil. Av. Marechal Deodoro, 829/103 CEP: 78005-100 (aureaufmt@gmail.com)

¹⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da UFMT. (enmandu@terra.com.br)

ABSTRACT: It is a qualitative descriptive study, aiming at analyzing how nurses of the traditional basic health units of the municipality of Cuiabá, Mato Grosso, notice the influence of the infrastructure in their practices. The data were collected through semi-structured interviews, applied to five nurses that work in these places. The technical analysis of thematic content was used. For nurses, deficiencies in the physical structure harm their practice, when they limit the actions that are beyond those that are recommended by the biomedical model, disrespect the user and make difficult the fulfillment of actions in a problem-solving way. Lack of materials and inputs hinder the development of adequate clinical care. They also show the need for the adequacy of the physical structure and improvement in the availability and maintenance of equipments and inputs that are important for the quality of health care.

Key-words: Primary health care. Health services. Nursing.

RESUMEN: Estudio descriptivo cualitativo, con el objetivo de analizar cómo los enfermeros de unidades básicas de salud tradicionales en la ciudad de Cuiabá, Mato Grosso, perciben la influencia de la infraestructura en sus prácticas. La recolección de datos fueron a través de la entrevista semiestructurada, hecha a cinco enfermeros que actúan en las unidades. Se utilizó la técnica de análisis de contenido temático. Para los enfermeros, las deficiencias en la estructura física comprometen sus prácticas, a medida que se limitan a la realización de acciones además de las preconizadas por el modelo biomédico, no tienen respeto con el usuario y dificultan la realización de acciones de manera resoluta. La falta de materiales e insumo obsta el desarrollo de cuidados clínicos adecuados. Ponen de manifiesto la necesidad de la adecuación de estructura física y la mejoría en la disponibilidad y manutención de equipamientos y insumos importantes a la asistencia de calidad.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Servicios de salud. Enfermería.

Introdução

No cotidiano dos serviços de saúde, profissionais comumente justificam como suas práticas laborais são desenvolvidas com base na infraestrutura de seu local de trabalho, especialmente quando há dificuldades nesse componente da organização, que se presentes, as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde apresentariam limitações e seriam marcadas por improvisos (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

Para o desenvolvimento da prática em saúde na atenção básica, faz-se necessária a garantia de infraestrutura apropriada, com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada (BRASIL, 2006a), dentre outras condições. A organização dos serviços de saúde, desse modo, deve incluir condições sócio-políticas, humanas e materiais que viabilizem o trabalho com qualidade para quem o executa e para quem recebe a assistência (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A infraestrutura é o conjunto de elementos relativos aos recursos humanos, materiais, à estrutura física, a regulamentações e incentivos que facilitam o processo de responder, organizadamente, às questões e aos desafios apresentados aos serviços de saúde. Respostas essas que são produtos da atuação das equipes, manifestas em cada prática profissional. Dessa forma, a infraestrutura é parte do arcabouço de sustentação do trabalho em saúde e, portanto, das práticas profissionais do enfermeiro (SOUSA, 2001).

As ações dos enfermeiros são influenciadas pelas características do sistema de saúde, dentre outras coisas, pela disponibilidade, limitações e qualidade dos instrumentos ou meios de trabalho disponíveis nos serviços de saúde e pelo próprio trabalho do enfermeiro (NAUDERER; LIMA, 2008). As possibilidades de atuação dos profissionais dependem fortemente dos equipamentos, edifícios e ferramentas disponíveis, assim, carências a elas relacionadas podem comprometer o trabalho das equipes e os seus resultados (SZNELWAR; ABRAHÃO, 2007).

O assunto não apresenta estudos específicos voltados para a percepção do enfermeiro com relação às condições de infraestrutura de seus locais de trabalho com suas práticas, apenas apontam de forma geral deficiências organizacionais influenciando na resolutividade da atenção.

Face à importância da questão, busca-se compreender a relação expressa entre infraestrutura, no que diz respeito a equipamentos, materiais e insumos, e práticas de enfermeiros na atenção básica ou Atenção Primária à Saúde (APS), na realidade de Cuiabá-MT, partindo de suas interpretações. Assim, o artigo tem por objetivo analisar a percepção de enfermeiros quanto à influência da infraestrutura em suas ações, recortando-se o contexto específico das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, que respondem, atualmente, por 60% da cobertura assistencial da população do município.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa de análise de conteúdo temática realizada em UBS tradicionais de Cuiabá-MT.

A rede básica de saúde do município de Cuiabá é composta de 85 unidades básicas, sendo 22 Centros de Saúde ou UBS tradicionais e 63 Equipes de SF. As UBS tradicionais abrangem uma área de 60% da população, enquanto as equipes cobrem uma população de 40%.

Nas unidades básicas tradicionais do município, encontravam-se lotados 29 enfermeiros, sendo que apenas 18 unidades possuíam em sua equipe pelo menos um enfermeiro, duas unidades não possuíam enfermeiros, uma encontrava-se fechada para reforma e quatro unidades tinham dois enfermeiros cada, totalizando 22 enfermeiros atuantes em 18 UBS tradicionais, enquanto sete enfermeiros se encontravam ausentes formalmente.

Os sujeitos do estudo foram enfermeiras lotadas há mais de um ano em UBS tradicionais do município de Cuiabá-MT e que aceitaram participar da pesquisa, os sujeitos se limitaram a cinco enfermeiras.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2010, através de entrevistas abertas. Elas ocorreram separadamente, em local e horário pré-estabelecidos e foram gravadas, objetivando garantir a exatidão dos depoimentos. Sua realização foi orientada por uma questão norteadora: “Como você percebe a influência da estrutura física, equipamentos e materiais/insumos em suas práticas?”. As falas foram transcritas para a realização da análise. Cada entrevistado foi identificado com os códigos: Enf1, Enf2, Enf3, Enf4 e Enf5.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de dados qualitativos, do tipo temática, apresentada por Gomes (2008). A interpretação e discussão foram realizadas com base no referencial teórico assumido na revisão de literatura.

Foram considerados os aspectos éticos segundo a Resolução CNS/MS Nº196/96. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio

Müller, aprovado sob Protocolo nº 559/CEP-HUJM/08. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme protocolo ético.

Resultados e discussão

Relações entre (in)disponibilidade de estrutura física e práticas do enfermeiro

Enfermeiros evidenciam aspectos satisfatórios em relação à estrutura física das unidades onde atuam, destacando a climatização e disponibilidade de salas, a existência de espaço e condições para uma dada ação assistencial específica (a imunização). Essa interpretação vem entremeada de certa banalização do espaço para a realização de ações educativas. Identifica-se, assim, a valorização do que se encontra disponível, do conforto e de certas condições que viabilizam a realização de ações com o cumprimento de exigências técnicas (no caso, sala exclusiva e climatizada para vacinas), além de certa desvalorização da necessidade de espaço físico para a realização de ações educativas:

Na vacina a gente não tem dificuldades, graças a Deus, tem sala específica. A gente tem termômetros, uns 3 a mais no armário. Com a vacina, graças a Deus a gente não tem problema [...] (Enf3)

[...] a gente tem uma estrutura boa, todas as salas têm ar-condicionado, não tem problema com espaço físico nem nada [...] a gente faz palestras aqui. [...] na sala de espera... (Enf4)

A boa estrutura física influencia positivamente as práticas do enfermeiro, favorecendo a sua realização com a qualidade técnica requerida. Além disso, a existência de uma estrutura apropriada, no que diz respeito ao conforto, promove condições mais humanizadas de trabalho para a equipe, favorecendo, também, a melhor qualidade da assistência à saúde do usuário (DESLANDES, 2004).

Essa boa estrutura, entretanto, deve incluir também boas condições para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e de prevenção de agravos, propiciando a ampliação das possibilidades de atuação do enfermeiro dentro da unidade.

Apesar de enfermeiros valorizarem positivamente os aspectos mencionados da estrutura física de UBS tradicionais, estes também se reportam a aspectos de inadequação, referindo-se a um ambiente considerado importante a sua atuação – a sala ou consultório de enfermagem:

Olha, pra falar a verdade... Única coisa que eu gostaria de ter é uma sala pra mim trabalhar mais tranquila [...]. (Enf1)

[...] a estrutura aqui é boa, eu considero boa, saindo aquela parte que não tem a sala de enfermagem [...]. (Enf2)

[...] lá não tem uma sala específica pra mim [...] A gente atende onde faz pré-consulta e recebe todos os pacientes pra fazer a triagem. (Enf3)

A inexistência de consultório próprio para o enfermeiro é um problema que este profissional tenta remediar, improvisando e “adequando” o seu atendimento ao ambiente e meios disponíveis. Apesar da menção à falta desse espaço, identifica-se no conjunto das falas certa acomodação frente ao existente e uma leitura pouco crítica em relação a suas implicações para a qualidade do que realizam.

O consultório de enfermagem é um dos itens necessários à realização das ações em APS (BRASIL, 2006a), e a sua inexistência influencia na qualidade das práticas do enfermeiro, embora não as inviabilize. A falta de um espaço privativo produz não só desrespeito ao usuário, mas também influi na abordagem de enfermagem de suas necessidades e problemas, contribuindo tanto para a banalização de sua prática como da própria assistência à saúde no espaço da APS.

A insuficiência de ambientes nas UBS provoca transtornos na assistência como um todo e, dada a priorização da consulta médica, “cabe” ao enfermeiro adiantar, adiar ou cancelar seu atendimento.

[...] quantas vezes, por exemplo, Dr. “X” pra tá atendendo aqui eu tenho que sair, ou esperar ele terminar o atendimento... (Enf1)

[...] aí estão todos os médicos... não tem sala. [...] só na 6ª feira à tarde que a gente não tem atendimento médico à tarde, aí vem tudo [...] se o Dr. começa atender às 7, ele fica mais até 8 e meia 9 horas, aí nesse intervalo, eu atendo. [...] (Enf3)

[...] Porque eu tenho médico de manhã e médico à tarde, aí não sobra sala. Aí o dia que eu tenho a sala eu colho o CCO. (Enf4)

[...] a colega da tarde colhe o material, antes da ginecologista chegar, ou após. (Enf5)

Em UBS tradicionais a prática médica, geralmente, restringe-se a atendimentos clínicos individuais, em horários específicos, para o que o consultório é fundamental. Por sua vez, o enfermeiro desenvolve diversas práticas, em diferentes espaços e, o fato de trabalhar em período integral faz com que este aguarde a liberação dos espaços/consultórios para utilizá-los entre os períodos de atendimentos médicos.

Outra alternativa da qual os enfermeiros lançam mão é o uso de salas de forma conjunta com outro profissional.

[...] aí só sobra a minha sala com a gerente e não tem como eu falar com o paciente no curativo e nem no CME. [...] e o paciente tem que ficar comigo e com o gerente lá... (Enf2)

[...] você percebe que nesta sala tem 2 enfermeiros trabalhando [...] se eu preciso atender um paciente na sua individualidade, na sua privacidade, a minha colega tem que sair pra me dar espaço.[...] (Enf5)

UBS tentam otimizar seus espaços utilizando uma única sala para dois profissionais. Isso é comum para o enfermeiro, já que este, geralmente, não permanece por muito tempo em um único ambiente. O desenvolvimento de suas atividades como coordenador das ações do cuidado em saúde produzido pela equipe, e gerenciador do cuidado de enfermagem requer que ele se desloque por toda a unidade, condição que propicia a interpretação de que não existe necessidade de um ambiente exclusivo para o seu trabalho. No entanto, as ações desenvolvidas por esse profissional requerem privacidade e conforto no desenvolvimento das práticas individuais (PEDUZZI; HAUSMANN, 2005).

As falas dos sujeitos deste estudo acerca da estrutura física das UBS tradicionais refletem a conformação de uma prática que privilegia o fazer do profissional médico, típico do modelo biomédico. Nesse contexto, as expressões denotam a inserção do trabalho do enfermeiro como uma ação secundária, necessária na medida do possível e desde que não interfira no andamento das práticas médicas.

A relação estabelecida entre inadequações da estrutura física e a prática do enfermeiro põe em cena as dificuldades no desempenho e na qualidade das práticas que lhe cabem (SZNELWAR; ABRAHÃO, 2007), mas também interferências na sua autonomia e na relação de seu trabalho com o dos demais profissionais que compõem a equipe.

As práticas do enfermeiro são comprometidas pela impossibilidade de sua execução em tempo hábil, pelo adiamento de assistência oportuna, ou até pela não prestação

da assistência em função do atendimento médico (BRASIL, 2008), o que afeta também a constituição de um trabalho em equipe.

Tal condição evidencia a necessidade de reorganização das unidades, tanto do ponto de vista de sua condição física como também em relação aos processos de trabalho – o que se prioriza e como se articulam as várias práticas profissionais.

Assim como as inadequações do espaço físico trazem implicações para o profissional, também as geram para os usuários, resultando em falta de privacidade, desconforto e constrangimento, como expresso nas falas que seguem.

[...] Muitas vezes o paciente tá constrangido [...] e não tem um lugar específico pra enfermeira pra tá resolvendo esse tipo de assunto... com mais privacidade pro paciente [...] (Enf2)

[...] eu uso sempre a sala da gerente. [...] a gente pede licença e aí vou atender naquela sala. [...] a gente tem muita dificuldade com esses pacientes de Tb, hanseníase e DST [...] ficam reprimidos, parece que têm vergonha, eles falam que, que chega lá, parece que todo mundo tá... [...] ficam olhando assim pra eles, aí eles falam ‘Ah, mas a senhora não tem uma sala... pra gente tá conversando? (Enf3)

Os excertos acima se referem ao atendimento do enfermeiro em ambientes conjugados, sem privacidade, ou ainda à ausência de espaço próprio para a prestação do cuidado, situação essa manifesta como uma prática comum.

Vale lembrar que, respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente é um dever do enfermeiro previsto no Código de Ética da Enfermagem (COFEN, 2006).

A utilização concomitante de espaços por vários profissionais, além de causar constrangimentos, viola os direitos dos usuários e interfere na acessibilidade, em relação aos componentes da comodidade e à aceitabilidade (STARFIELD, 2004), podendo também gerar resistência do usuário ao atendimento do enfermeiro.

Essa prática fere também o preceito da integralidade na atenção à saúde, pois, dentre outras coisas, dificulta a identificação de necessidades subjetivas ou físicas do indivíduo através do uso das tecnologias leves (MERHY; FRANCO, 2006), que requer efetiva interação/comunicação, o que desqualifica, em alguma medida, o cuidado prestado.

A estrutura física inadequada, então, influi nas práticas do enfermeiro à medida que impossibilita a efetivação desse importante princípio do SUS, dificultando a obtenção de bons resultados nas intervenções em saúde, interferindo na continuidade do cuidado e desqualificando a atenção e o cuidado de Enfermagem.

Relações entre (in)disponibilidade de equipamentos e práticas do enfermeiro

Os equipamentos conferem suporte ao atendimento, assegurando a realização de ações de saúde coletiva tradicionais, como imunização, até ações de urgência e emergência que qualificam o atendimento da APS e têm enorme impacto sobre o sistema local de saúde (BRASIL, 2004).

Essa mesma idéia é afirmada por enfermeiros quando evidenciam a indisponibilidade de equipamentos básicos interferindo no atendimento prestado.

[...] na verdade a gente tá sem... pra ouvir o feto... o sonar... (Enf3)
[...] eu não tenho um sonar na minha unidade de saúde pra auscultar, como vou fazer ausculta do BCF do bebê, com estetoscópio de Pinard? Eu... não disponho [...] (Enf5)

A existência do equipamento Sonar mencionado possibilita um diagnóstico mais preciso das condições fetais e a realização de intervenções decisivas na prática do enfermeiro na atenção obstétrica, à medida que se trata de instrumento indispensável à realização de uma adequada ausculta do batimento cardio-fetal em gestante. A indisponibilidade desse instrumento pode gerar prejuízos à consulta de pré-natal.

A existência de equipamentos danificados e problemas em sua manutenção de forma ágil também são apresentados como geradores de problema para a assistência e/ou para a realização de ações específicas da Enfermagem:

[...] no dia a dia, por exemplo, uma... um divã estraga, é difícil, até mandar vir o... serviços gerais! Pra vir arrumar, é um desgaste [...] (Enf2)

[...] você liga e pede pra que o técnico venha pra resolver o problema da autoclave, 'ah não, eu tô resolvendo problema do pronto socorro... eu estou resolvendo problemas mais urgentes'... e a nossa unidade aqui que precisa de material esterilizado pra atender famílias do paciente acamado que vem aqui buscar material... pra que seja feito o curativo [...] (Enf5)

Problemas nos equipamentos comumente geram frustração no enfermeiro, não só pela impossibilidade de executar a ação de forma resolutiva, como pelo desgaste que eles provocam na cobrança de respostas a solicitações para sua manutenção e/ou reposição.

A ausência de manutenção periódica dos equipamentos é considerada como um aspecto crítico da estrutura, reconhecido como um dos elementos que comprometem a qualidade do serviço ofertado (COSTA, 2007).

Relações entre (in)disponibilidade de materiais e insumos e práticas do enfermeiro

A disponibilidade de materiais nas UBS é percebida como suficiente pelos enfermeiros, especificamente aqueles relacionados à coleta do preventivo de câncer de colo de útero, materiais de curativo, além dos impressos necessários.

[...] Tudo que eu preciso, tudo que a gente precisa aqui a gente consegue, pra todos os procedimentos... pode até faltar alguma hora, alguma coisa na hora, mas logo eles repõem. (Enf1)

[...] eu tenho uma quantidade de material [curativo] que dá, pra cada quinze [dias] (Enf3)

[...] Tem espéculos, eu tenho espátulas, a escovinha, eu tenho fixador de lâminas... na saúde da mulher não falta material. [...] aí a gente tem as fichas de notificação, a gente tem as fichas de investigação, entendeu... tem tudo... (Enf4)

A resolubilidade das ações da unidade e, especificamente, do enfermeiro requer a disponibilidade permanente de materiais suficientes para o desenvolvimento das ações propostas pela PNAB (BRASIL, 2006a).

Em UBS tradicionais de Cuiabá, a viabilização da disponibilidade de insumos ocorre de acordo com o planejamento/realização de ações na unidade. No entanto, alguns enfermeiros admitem fazer pequenos estoques, enquanto outros preferem, em caso de faltas, lançar mão de remanejamento e empréstimos de insumos de outras unidades. Tal atitude é justificada pelo fato de, eventualmente, ocorrer racionamento no abastecimento das UBS, sendo esta uma forma de evitar a interrupção da assistência que desqualifica o serviço.

A falta de materiais compromete as práticas do enfermeiro e o alcance de metas de trabalho, pois determinadas ações são interrompidas e pacientes são encaminhados a outros serviços.

Nós ficamos mais de mês sem o papel pardo, que enrola o material pra ser esterilizado. Enquanto eu não arranjo... curativo, troca de sonda... eu não faço... eu fiquei sem o papel. (Enf4)

[...] todos os pacientes, eu tô mandando eles pra outras unidades, as outras unidades tão me ligando, reclamando, [...]. (Enf4)

[...] esses dias atrás estava faltando o espéculo “P” na rede básica... Na SMS existe uma determinação que nós precisamos atingir a meta. [...] Nosso trabalho fica prejudicado, isso aí com certeza... Você percebe quando você tem que desmarcar um procedimento de um paciente e você pede pra retomar outro dia. (Enf5)

Certos enfermeiros manifestam-se quanto à escassez de material para a coleta de material para Colpocitologia Oncótica (CCO), enquanto outros mencionam que isso não representa um problema. A falta de material de curativos é um problema, uma vez que esse cuidado deixa de ser realizado, comprometendo o acesso e a resolubilidade do serviço e causando sobrecarga a outras UBS.

Tal situação é apontada em estudo sobre as práticas do enfermeiro em UBS de Porto Alegre como uma das limitações às práticas desse profissional (NAUDERER, 2007).

A falta da vacina pneumocócica também representa um problema nas UBS, comum a todos os enfermeiros da rede básica do município, que resulta em conflitos com a população.

[...] entrou a pneumo agora na rede... e aí mandam 25 (doses)... ontem mesmo chegou pouquinho... [...] Às vezes sai briga... a mãe quer [...] (Enf1)

[...] acontece da vacina (pneumocócica) tá faltando, aí vem o paciente tá reclamando. [...] tem que tá pegando uma quantidade x maior. (Enf2)

[...] eles não tem vacina (pneumocócica) suficiente pra liberar pras unidades como as demais [...] (Enf5)

Em fase de ajustes na rede, a distribuição da vacina pneumocócica ainda é irregular em Cuiabá, comprometendo a qualidade do serviço ofertado.

A falta de insumos é impeditiva de uma adequada atenção à saúde. A falta de imunobiológicos limita as práticas do enfermeiro, impede o desenvolvimento adequado da

atenção, enquanto compromete a resolubilidade do serviço ofertado, gerando descrédito na população (SAMICO, *et al.*, 2005).

Em relação à disponibilidade de medicamentos nas UBS, foi mencionada a falta de anti-hipertensivo, gerando comprometimento na continuidade da assistência.

[...] o que tá faltando é o remédio da hipertensão, o Captopril, [...] porque eu[...] coloco 25 mil, 20 mil e eles me mandam 3 mil, 4 mil (comp.) e como nós somos uma unidade de saúde, um posto de saúde, o paciente que chegar aqui de Várzea Grande com uma receita eu entrego o remédio prá ele... Eu não posso negar. (Enf4)

[...] você faz todo o acompanhamento com ele, pesa ele, mede ele, verifica a pressão, encaminha ele pro médico, só que aí ele chega na medicação[...] não tem. (Enf4)

Apesar de a disponibilização dos medicamentos para os hipertensos estar assegurada pelo Programa Nacional de Assistência Farmacêutica ao Hipertenso, a falta deles também foi identificada em avaliação da atenção à hipertensão arterial na ESF do Recife, causada por problemas no cadastramento dos hipertensos impedindo o planejamento adequado (COSTA, 2007).

Esse problema, em Cuiabá, talvez ocorra em função da dificuldade de planejar o suporte de medicamentos necessário à ação de controle da hipertensão, devido à localização geográfica de determinadas UBS que se tornam referência para a população de outras áreas, para além de seu território de abrangência e até mesmo de outros municípios próximos.

A programação de consumo para solicitação de tais medicamentos deveria, assim, contemplar uma margem de segurança, para se garantir a distribuição de medicamentos para todos – a população da área de abrangência da UBS ou de outras áreas, como forma de garantia do acesso e da continuidade do tratamento.

A falta de medicamento é um fator que impossibilita a continuidade do atendimento, e também leva a equipe a sentir-se insatisfeita com as condições de trabalho, gerando sentimento de indignação frente ao sofrimento do usuário e à dificuldade de agir (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Assim, as práticas profissionais do enfermeiro em UBS sofrem influência da falta de materiais e insumos, à medida que sua indisponibilidade dificulta o desenvolvimento das atividades previstas no rol de ações definidas pela PNAB.

Relações entre (in)disponibilidade da infraestrutura e as práticas do enfermeiro

Independente da infraestrutura muitas ações podem ser realizadas pelo enfermeiro no âmbito de APS, apesar de a infraestrutura não ser a mais apropriada.

[...] o enfermeiro trabalha assim... ele não pode ficar atrelado as condições de trabalho, porque o enfermeiro, ele pode fazer muitas coisas com as condições mínimas de trabalho. [...] existem determinadas situações que não tem como. [...] Não, não é só infraestrutura, o que eu acho que tá faltando... é comprometimento. (Enf5)

Na percepção desta enfermeira, o profissional comprometido com a prestação do cuidado, mesmo que em condições mínimas de infraestrutura, pode potencializar o que dispõe e ampliar suas possibilidades de atuação, incrementando o uso das tecnologias leves e leves-duras (MERHY; FRANCO, 2006).

Entretanto, recomenda-se que os ambientes sejam analisados, identificando as condições que interferem ou prejudicam o desenvolvimento do trabalho de enfermagem, pois essa prática requer organização tecnológica por ser realizada em estabelecimentos assistenciais de saúde, espaços que reúnem pessoas que fazem uso de tecnologias e travam relações sociais (GRECO, 2009), assim, considera-se que a prática do enfermeiro deve ser pensada e planejada considerando o ambiente disponível na unidade.

Considerações Finais

A análise das percepções de enfermeiros quanto à influência da infraestrutura em suas práticas destaca a relação entre disponibilidade e indisponibilidade, benefícios e prejuízos não só para as práticas do enfermeiro, mas para a assistência como um todo.

O estudo evidencia uma valorização dos aspectos de conforto e de certas condições de estrutura que viabilizam a realização de ações, apontando que boa estrutura também deve incluir boas condições para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, ampliando as possibilidades de atuação do enfermeiro.

Revelam os aspectos de inadequação quanto à ausência do consultório de enfermagem entre outros ambientes e acomodação em relação as implicações para a qualidade do serviço.

Quanto aos prejuízos demonstrados pela inadequação de estrutura física levantado pelo estudo, para os usuários pode ocorrer uma redução do acesso, da resolatividade, da humanização, da continuidade da assistência e a não oferta de determinadas ações. Para o profissional – dificulta sua autonomia, gera insatisfações, desgastes e improvisações, conflitos com os usuários, dificuldade para planejar recursos e atingir metas, interrupções na oferta de ações, dificuldades no seu desempenho e na qualidade de suas práticas.

A disponibilidade de equipamentos relatada por alguns enfermeiros confere suporte ao atendimento e qualifica a assistência. Assim como a falta deles compromete a qualidade do serviço ofertado e impossibilita a execução de ações de forma resolutiva, como desgasta também o profissional pela constante cobrança de respostas às solicitações de manutenção e reposição, apontando para a necessidade de melhorar este serviço.

No que se refere a materiais e insumos o estudo apresenta realidades diferentes em cada unidade, evidenciando que a falta de materiais compromete as práticas do enfermeiro e o alcance de metas de trabalho, pois determinadas ações são interrompidas e pacientes são encaminhados a outros serviços.

De forma geral o exposto reflete e ao mesmo tempo caracteriza o modelo de atenção presente na APS- UBS tradicionais.

Observou-se nos enfermeiros certa criticidade e acomodação entremeada com indignação em relação aos problemas na infraestrutura.

Assim, entende-se que conceber a infraestrutura de UBS como elemento promotor dos princípios orientadores do SUS favorece a obtenção de melhores resultados nas intervenções em saúde, assim como a qualificação da atenção e o cuidado de enfermagem. No entanto faz-se necessária a adoção de medidas para superar as dificuldades aqui mencionadas para que as UBS tradicionais possam, dentro de suas possibilidades, contribuir também para a mudança do modelo de atenção no sentido de superar concepções e práticas voltadas para o modelo biomédico e responder às necessidades de saúde da população.

Como limitação do estudo, aponta-se o olhar lançado apenas sobre a estrutura física, equipamentos e materiais, sugerindo a necessidade de novos estudos em relação aos demais elementos constituintes da infraestrutura. Seus resultados disponibilizam, aos gestores, informações sobre os serviços ofertados e, aos profissionais, elementos para a reflexão sobre suas condições de trabalho.

Referências

BRASIL. Decreto-lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Brasília 26 jun 1986. Seção I - fls. 9.273 a 9.275.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

COSTA, J.M.B.S. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família.** Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Ageu Magalhães. Mestrado em saúde pública. Recife, 2007. Acessado em 9/11/2009. Através do site: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007costa-jmbs.pdf>.

DESLANDES, S.F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2004, vol.9, n.1 [cited 2009-08-01], pp. 7-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002 &lng=en&nrm=iso>.ISSN 1413-8123. doi:10.1590/S1413-81232004000100002. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/proesf1.php>

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: Deslandes SF (Org.) Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade/ Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS (Org.) 27 ed. – Petrópolis, RJ : Vozes, 2008.

GRECO, R.M. **Condições de trabalho em enfermagem**. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de enfermagem Departamento de Enfermagem Básica. Disciplina Administração em Enfermagem II. ambtrab2009. Disponível em: <https://encrypted.google.com/search?hl=pt-BR&biw=1015&bih=581&q=CONDI%C3%87%C3%95ES+DE+TRABALHO+EM+ENFERMAGEM+greco+2009&btnG=Pesquisar&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=>> . Acessado em 03/12/2010.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em saúde**. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde./ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de trabalho observatório de Técnicos em Saúde – Rio de Janeiro: EPJV, 2006. 308p.

NAUDERER, T.M. **Práticas de enfermeiras em unidades básicas de saúde no município de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2007. 115 f.: il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2006.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. **Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n.5, Oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15/08/2010. doi: 10.1590/S0104-11692008000500015.

OLIVEIRA, T.C.; CARVALHO, L.P.; SILVA, M.A. **O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 3, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 14 Dec. 2010. doi: 10.1590/S0034-71672008000300005.

PEDUZZI, M.; HAUSMANN, M. **A enfermagem como prática heterogênea que busca ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho**. In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 2005. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>. ISBN 85-87582-23-2. Acessado em: 07/07/2010.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública vol.20, no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2004: 20 (2): 438-46.

SAMICO, I.; HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, E.F. **Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2005, vol.5, n.2, pp. 229-240. Disponível em: <<http://www.scielo>

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S1519-38292005000200012 &lng=en&nrm=iso>. ISSN 1519-3829. doi: 10.1590/S1519-38292005000200012. Acessado em: 03/01/ 2011.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.D.S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 1487-1494, Nov-Dez, 2004.

SOUSA, M.F. **A coragem do PSF**/Maria de Fátima Sousa. HUCITEC, São Paulo, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2. ed. Brasília: MS/UNESCO, 2004.

SZNELWAR, L.I.; ABRAHÃO, J.I. **Programa Saúde da Família: Pontos de vista da organização de serviços, da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho.** In: Inquéritos com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF. – São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. – Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3. 244 p. vários coordenadores. Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

No município de Cuiabá-MT, mais da metade da população ainda é atendida pelas UBS tradicionais, fato que evidencia a importância de lançar luz às suas limitações e a necessidade de compreender a flexibilização das normatizações vigentes, assim como suas potencialidades no que se refere à estrutura física, a equipamentos, materiais/insumos e às ações desenvolvidas pelos enfermeiros, considerando que o município se encontra em fase de transição intermediária para a Estratégia Saúde da Família.

No primeiro momento deste estudo procurou-se verificar as características e adequações da infraestrutura de UBS tradicionais e das ações desenvolvidas pelos enfermeiros dessas unidades, nesse sentido, um dos aspectos observados é que, em Cuiabá, a infraestrutura das UBS tradicionais encontra-se mais qualificada do que a média nacional para as Unidades de Saúde da Família, uma vez que apresenta melhores percentuais de disponibilidade para a maioria dos itens de estrutura física, equipamentos e insumos.

No que se refere às ações desenvolvidas pelos enfermeiros da APS do município, a CE em ginecologia e Pré-Natal, a coleta de CCO e o acompanhamento de diabéticos, hipertensos e portadores de tuberculose foram ações apresentadas com melhores percentuais que a média nacional para a ESF.

Por outro lado, em Cuiabá a maioria das UBS (69%) foi classificada como “inadequadas” quanto à estrutura física; a metade (56%) foi classificada como “suficiente” no que se refere aos equipamentos; e para a disponibilidade de materiais/insumos, a maioria (83%) das UBS foi classificada como “suficiente”. No mesmo sentido, um terço dos profissionais (32%) teve suas ações classificadas como “adequadas” quanto aos parâmetros do estudo.

O alto percentual de inadequação da estrutura física em UBS de Cuiabá, assim qualificado devido à ausência de ambientes físicos como consultório de enfermagem e sala de reuniões, induz ao predomínio de atividades médicas, ou seja, ações centradas na participação do médico e do usuário individual. Tal condição estrutural acaba por dificultar a organização do trabalho em APS com vistas à atenção integral e à mudança do modelo assistencial, favorecendo a hegemonia do modelo biomédico.

Por sua vez, a existência de espaços físicos destinados à realização de procedimentos nas UBS potencializa a resolubilidade da assistência, pois favorece o acesso e a integralidade da atenção, assim, como propicia o desenvolvimento de práticas relacionadas à educação em saúde e outras voltadas à promoção da saúde.

Quanto ao baixo percentual de adequação dos equipamentos disponíveis nas unidades, pode-se considerar que, em alguma medida, compromete o suporte do atendimento, desqualifica a assistência em atenção básica uma vez que não desencadeia o impacto necessário sobre as ações desenvolvidas.

O alto percentual de adequação de insumos/materiais identificado nas UBS tradicionais de Cuiabá, traduz o compromisso do município com as prioridades pactuadas uma vez que, ao assegurar a disponibilidade desses elementos, em alguma medida, está sendo favorecido o desenvolvimento de ações voltadas às áreas programáticas e demais intervenções inerentes ao serviço.

Por sua vez, o baixo percentual de adequação das ações desenvolvidas pelos enfermeiros pode estar relacionado ao fato de a organização do trabalho nas UBS tradicionais estar voltada ao modelo biomédico de assistência; a dificuldades técnicas apresentadas pelos enfermeiros para lidarem com determinados agravos ou situações de saúde da/na população; à falta de capacitação técnica para o exercício de suas funções ou ao perfil do enfermeiro atuante nas UBS tradicionais, entre outros.

Os dados levantados no segundo momento chamam a atenção uma vez que os enfermeiros, sujeitos deste estudo, estabelecem relação entre a disponibilidade e indisponibilidade da infraestrutura, benefícios e prejuízos como consequência dessa relação, não só para as práticas do enfermeiro, mas para a assistência como um todo, demonstrando consciência dos eventuais prejuízos que a infraestrutura inadequada possa determinar na qualidade da assistência prestada ao usuário das UBS tradicionais de Cuiabá.

Assim, a disponibilidade/indisponibilidade de infraestrutura para realização de ações educativas, na percepção dos profissionais entrevistados, são práticas pouco priorizadas em função das limitadas condições físicas das unidades o que, por vezes, gera a desconsideração das possibilidades de adequação dos espaços para a realização dessas ações, ou seja, seria necessária a existência de boa estrutura física para assegurar a realização de tais ações, fato que não corresponde à realidade, pois boas práticas educativas podem ser

realizadas ainda que em espaços improvisados. Entretanto, não se deve desconsiderar que boas condições de estrutura física podem influenciar positivamente as práticas do enfermeiro, favorecendo a sua realização com a qualidade técnica requerida.

Para além da ausência de espaços apropriados para realização de práticas educativas, também se identificou a inexistência de consultório de enfermagem apontado como um dos itens necessários à realização das ações em APS, cuja ausência é percebida com certa acomodação, contribuindo para a banalização da consulta de enfermagem/trabalho do enfermeiro enquanto prática singular na APS, assim como favorece a descaracterização da assistência prevista para esse espaço de intervenção.

Os sujeitos deste estudo revelam que a indisponibilidade de certos equipamentos impossibilita um diagnóstico mais preciso e a realização de intervenções pelo enfermeiro. Assim como a falta de manutenção de outros equipamentos compromete a qualidade do serviço ofertado e impossibilita a execução de ações de forma resolutiva, também desgasta o profissional pela constante cobrança de respostas às solicitações de manutenção e reposição, apontando para a necessidade de melhorar este serviço.

Neste estudo, identificou-se a presença de diferentes realidades em um mesmo município no que diz respeito à disponibilidade de materiais e insumos, entretanto na visão de enfermeiros a falta de materiais limita suas práticas e o alcance de metas de trabalho, pois determinadas ações são interrompidas e pacientes são encaminhados a outros serviços.

A falta de materiais e insumos, espaços físicos adequados e equipamentos pode gerar prejuízos aos usuários, uma vez que determinar a redução do acesso, da resolutividade, da humanização, da continuidade da assistência e a não oferta de determinadas ações. No que diz respeito ao profissional, a indisponibilidade desses recursos dificulta sua autonomia, gera insatisfações, desgastes e improvisações, conflitos com os usuários, dificulta seu planejamento de recursos e o alcance de metas, pois acarreta interrupções na oferta de ações, dificuldades no seu desempenho e na qualidade de suas práticas.

Tais prejuízos apontam para a necessidade de adequação quanto à infraestrutura de UBS tradicionais, com vistas à qualificação da assistência prestada à saúde, através da organização dos serviços na busca pela mudança do modelo assistencial.

Os resultados permitem identificar que, as características levantadas sobre a infraestrutura e as ações do enfermeiro das UBS tradicionais de Cuiabá, assim como a percepção da relação entre infraestrutura e práticas desenvolvidas por enfermeiros atuantes nessas unidades, de maneira geral, expressam e refletem as especificidades locais e ao mesmo tempo caracterizam o modelo de atenção presente na APS - UBS tradicionais, apontando para a necessidade de investimentos na adequação e valorização da infraestrutura como elemento potencializador das práticas, além de desvendar a necessidade de investimentos em educação permanente, elemento que possibilita a ampliação das práticas e da infraestrutura no contexto de UBS tradicionais.

Este estudo permitiu, também, o entendimento de que, enfermeiros que atuam na ponta do sistema respondem às demandas na medida das condições mínimas de trabalho de que dispõem, revelando insatisfações com as realidades de trabalho às quais são submetidos, inquietações, como também acomodação à situação crônica enfrentada.

Pretende-se com este estudo contribuir com elementos que subsidiem o surgimento de novos questionamentos, de novas perspectivas de investigação, e da fomentação de novas idéias que contribuam com a implementação de melhores condições de trabalho e assistência aos usuários, assim como se pretende instigar a reflexão sobre o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros da rede básica de saúde de Cuiabá.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H.M.S. **Programa de qualidade do governo federal aplicado à saúde. Revista de Administração da Saúde - RAS.** São Paulo, v. 3, n. 12, p. 1-6, jul/set. 2001. Disponível em: < <http://www.clad.org.ve/fulltext/0043721>>. Acesso em 12 de outubro de 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977. 226p.

BODSTEIN, R. **Atenção básica na agenda da saúde.** Ciências & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BOTTI, M.L.; SCOCHI, M.J. **O aprender organizacional: relato de experiência em uma Unidade Básica de Saúde.** Saude soc., São Paulo, v. 15, n. 1, abr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100011&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 04 dez. 2010. -doi: 10.1590/S0104-12902006000100011.

BOUSQUAT, A; COHN, A.E; ELIAS, P.E. **“O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades”.** In: Viana, A.L.A, ELIAS, P. e IBAÑEZ, N. (Orgs.). Proteção Social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005, PP.244-265.

BRASIL. Decreto-lei n ° 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.** Brasília 26 jun 1986. Seção I - fls. 9.273 a 9.275.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução de Diretoria Colegiada n° 50 de 21 de Fevereiro de 2002.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização** (documento base para gestores e trabalhadores do SUS). Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002 /** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família- AMQ / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006a; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Finalidade: **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as Diretrizes operacionais do Referido Pacto**. Brasília, 2006b.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores/**Para Entender a Gestão do SUS**. 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Conselho Nacional de secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. /Caderno de apresentação: oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados. Conselho Nacional de secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2009a. 76.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Distrito Federal/ Conselho Nacional de secretários de Saúde – **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde**. Brasília: CONASS, 2009b. 200p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009c. 480 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de setembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura do PSF**. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acessado em 15 de dezembro de 2010b.

CAMPOS, G.W.S. **Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família.** In: **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** Gastão Wagner de Souza Campos e André Vinícius Pires Guerreiro, organizadores; autores Adriana Cosser [et. al]. - São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411 p. - (saúde em Debate; 190).

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. **Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, Sept. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900019&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Sept. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2006000900019.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = cuidados de qualidade.** Instrumentos de informação e ação Desenvolvido por Andrea Baumann. Para o conselho internacional de enfermeiros. Edição Portuguesa Tradução do original inglês "Positive practice environments: Quality workplaces=Quality patient care" da Ordem dos Enfermeiros (Hermínia Castro/António Manuel Silva) Maio 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Resolução COFEN-160 de 11 de setembro de 2006.

COLOMÉ, I.C.S; LIMA, M.A.D.S. **Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF).** Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 dez;27(4):548-56.

CONILL, E.M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos.** Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, supl.1, pp. s7-s16. ISSN.

COSTA, J.M.B.S. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família.** Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Ageu Magalhães. Mestrado em saúde pública. Recife, 2007. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007costa-jmbs.pdf>> Acessado em 9/11/2009.

COSTA, G.D; COTTA R.M.M.; REIS, J.R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A.P.; FRANCESCHINI, S.C.C. **Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1 [cited 2009-11-17], pp. 1347-1357 . Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. doi:10.1590/S1413-81232009000800007.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M; AZEREDO, C.M. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde.** Epidemiol. Serv. Saúde. [online]. set. 2006, vol.15, no.3 [citado 20 Setembro 2009], p.7-18. Disponível na World Wide Web: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-4974.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013.** SUS/CUIABÁ. Cuiabá, março. 2010.

CUIABÁ. Câmara Municipal de Cuiabá. **Lei Orgânica do Município de 05 de abril de 1990**. Disponível em: <www.cuiaba.mt.gov.br/servicos/legislacao/paginas/leiorganica/prefacio.htm>. Acessada em 21/01/2010.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal de Cuiabá /**Organização Geopolítica de Cuiabá**. /IPDU - Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano. Cuiabá: 2007. 130 p.

DESLANDES, S.F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2004, vol.9, n.1 [cited 2009-08-01], pp. 7-14 . Available from:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002 &lng=en&nrm=iso>.ISSN 1413-8123. doi:10.1590/S1413-81232004000100002. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/proesf1.php>

DONABEDIAN A. **La calidad de La atención médica: Definición y métodos de evaluación**. Traducción de Carolina Amor de Fournier. Revisión técnica de Júlio Frenk. Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V. 1ª reimpressão, 1991.

DOWBOR, T.P.O **Trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do município de São Paulo**. Tese Doutorado – Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. 254p.

FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ,E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 out. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232006000300015.

FONTANA, R.T. **Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão**. Rev. RENE; 11(1):200-207, jan.-mar. 2010 Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/11.1/vol11n1_pdf/a21v11n1.pdf >. Acessado em 25/07/2010.

GIL, C.R.R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

GIROTI, S.K.O.; NUNES, E.F.P.A.; RAMOS, M.L.R. **As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional**. : Semina cienc. biol. saude, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008.

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: Deslandes, S.F. (Org.) Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade/ Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo (Org.) 27. ed. – Petrópolis, RJ : Vozes, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acessado em 01/12/2010.

MASCIA, F.L; VEZZÁ, F.M.G; WATANABE, M; DESTEFANO, R.L; MESQUITA, R; ZUCCOLOTTO, S. **O trabalho no Programa Saúde da Família sob a ótica da ergonomia. In: Inquéritos com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF.** – São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. – Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3. 244 p. vários coordenadores. Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

MASSUDA, A. **Práticas de saúde coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** Gastão Wagner de Souza Campos e André Vinícius Pires Guerreiro, organizadores; autores Adriana Cosser [et. al]. - São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411 p. - (saúde em Debate; 190).

MATTA, G.M; MOROSINI, M.V.G. **Atenção à Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.** Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. . 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.478 p.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Estabelece o município de Cuiabá habilitado na gestão Plena do Sistema Municipal, através da resolução nº16/98** de 05 de junho de 1998a.

MATOS, E; PIRES, D. **Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem .** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 508-514. ISSN 0104-0707.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde/** Eugênio Vilhaça Mendes. – Belo Horizonte. ESP. MG. 2009.848p.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em saúde.** In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde./ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de trabalho observatório de Técnicos em Saúde – Rio de Janeiro: EPJV, 2006. 308p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de Gestão: da municipalização Autárquica à regionalização cooperativa.** Marcus Vinicius Caetano Pestana da Silva e Eugenio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004. 80p.

MINAYO, M.C.S. **Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta.** In: Deslandes, S.F. (Org.) Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade/ Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo (Org.) 27. ed. – Petrópolis, RJ : Vozes, 2008.

NARVAI, P.C.; SÃO PEDRO, P.F. **Práticas de Saúde Pública.** In: Rocha, A.A. Saúde Pública-Bases Conceituais/ editores Aristides Almeida Rocha, Chester Luiz Galvão César. – São Paulo: Atheneu, 2008.

NASCIMENTO, E.R.; RODRIGUES, Q.P.; SANTOS, C.C.C.; CARVALHO, A.L.O. **Assistência pré-natal desenvolvida por serviços públicos de saúde, Salvador-Bahia.** Rev

Paraninfo Digital, 2007; 1. Disponível em: <<http://www.index-f.com/para/n1/p115.php>> Acessado em 13/09/2009.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. **Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, Oct. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Aug. 2010. doi: 10.1590/S0104-11692008000500015.

NAUDERER, T.M. **Práticas de enfermeiras em unidades básicas de saúde no município de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2007. 115 f.: il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2006.

NUNES, A.M.S. **Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial na Estratégia Saúde da Família em Cuiabá-MT** / Ana Maria Nunes da Silva. – 2010. 137 f.; 30 cm.

OLIVEIRA, D.P.R. **Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial**. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

OLIVEIRA, T.C.; CARVALHO, L.P; SILVA, M.A. **O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 3, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Dec. 2010. doi: 10.1590/S0034-71672008000300005.

OLIVEIRA, Q.C.O. **Sistema de Informação da Atenção Básica: Análise do Processo de Produção de Dados e Informações em Equipes de Saúde da Família de Cuiabá-MT**. Dissertação de mestrado, apresentada à UFMT em, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acessado em: 10/04/2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Agosto de 2005**. Disponível em http://www4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsaud/bibliografias/phcopas_portugues.pdf> Acessado em: 30/11/2010.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. Universidade de São Paulo. Tese (livre docência), 2007. São Paulo 235 p.

PEDUZZI, M; HAUSMANN, M. **A enfermagem como prática heterogênea que busca ressignificar as interfaces entre seus diferentes agentes e objetos de trabalho**. In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, organizadores. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]; 2004 Out 24-29 Gramado (RS), Brasil. Brasília

(DF): ABEn; 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem>> ISBN 85-87582-23-2. Acessado em 07/07/2010.

PEREIRA, M.J.B. **A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 5, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500022&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 27/08/2010. doi: 10.1590/S0034-71672009000500022.

PINTO, C.A.G; COELHO, I.B. **Co-Gestão do Processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe da atenção primária.** In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Gastão Wagner de Souza Campos e André Vinícius Pires Guerreiro, organizadores; autores Adriana Cosser [et. al]. - São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411 p. - (saúde em Debate; 190).

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/oque/index.php>>. Acessado em 15/01/2010.

REIS, M.A.S; FORTUNA, C.M; OLIVEIRA, C.T; DURANTE, M.C. **A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde a família: desafios para a mudança das práticas.** Interface-comunic, saúde, educ, v.11, n.23, p. 655-66, set/dez. 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. ; BLANK, V. L. G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública vol.20, no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2004: 20 (2): 438-46.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F.R.S. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 17/12/2010. doi: 10.1590/S1414-32832005000100005

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.D.S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 1487-1494, Nov-Dez, 2004.

SERRA, C.G; RODRIGUES, P.H.A. **Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3579-3586, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>> Acessada em 12/12/2010.

SILVA, C.A.B. **Os dez anos do Programa de Saúde da Família.** RBPS, ano/vol. 17, número 003, Universidade de Fortaleza, Brasil, 2004.

SILVA, M.T.; SILVEIRA, C; QUAGGIO, F.M.; COLAMEO, G. **Análise da organização do trabalho no Programa Saúde da Família. In: Inquéritos com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF.** – São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. – Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3. 244 p. vários coordenadores. Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

SILVA, S. F, MAGALHÃES JR, H.M. **Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde.** In: Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde/GilsonCarvalho...[et al.]; organizador: Silvio Fernandes da Silva. – Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação de estrutura e do processo.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.13139, jan/fev, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 13/09/2009. doi: 10.1590/S0102-311X2001000100013.

SOBRAL, F. **Administração: teoria e prática no contexto brasileiro/** Felipe Sobral, Alketa Peci. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

SOUSA, M. F. **A coragem do PSF/Maria de Fátima Sousa.** HUCITEC, São Paulo, 2001.

SOUSA, M. F. **Programa saúde da família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica.** Série TEMPUS, Brasília - DF, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 2. ed. Brasília: MS/UNESCO, 2004.

STONER, J.A.F.; FREEMAN, R.E. **Administração.** 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999, 534p.

SZNELWAR, L.I; ABRAHÃO, J.I. **Programa Saúde da Família: Pontos de vista da organização de serviços, da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho.** In: **Inquéritos com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF.** São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; 3. 244 p. vários coordenadores. Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

TAVARES, M.F.L.; MENDONÇA, M.H.M.; ROCHA, R.M. **Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, May 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 08/01/2011. doi: 10.1590/S0102-311X2009000500012.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** 14. Reimp. - São Paulo : Atlas, 2006. 175 p.

VANDERLEY, M.I.G. **O gerenciamento na estratégia da Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de Saúde em municípios do estado do Maranhão.** Tese Doutorado, apresentada à escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2005. 245 p.

APÊNDICES

A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Responsável pela coleta de dados

A - Data da visita

Telefone da UE

B - Nome do Profissional

contatado na UBS (1):

PARTE 1 – INFRAESTRUTURA E ASPECTOS ORGANIZATIVOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Qual o nome da UBS? _____

1.2 Como é composta a equipe da Unidade de Saúde?

Gerente (.....)

Médicos (.....)

Enfermeiros (.....)

Técnicos de enfermagem (.....)

Auxiliares de enfermagem (.....)

Técnico de Laboratório (.....)

Auxiliares administrativos (.....)

Agentes de saúde (.....)

Téc. de laboratório (.....)

Serviços gerais (.....)

Vigilante (.....)

Outros:

1.3 A área em que a equipe atua é considerada: (Ler opções de resposta)

- Urbana 2 - Rural 3 - mista

1.4 Número de pessoas cadastradas sob responsabilidade da unidade:

pessoas

1.5 Quem registra o atendimento no prontuário do usuário?

1. Médico 1 - Sim 2 – Não
2. Enfermeiro 1 - Sim 2 – Não
3. Técnicos/Auxiliares de enfermagem 1 - Sim 2 – Não

1.6 Quantificar a existência das seguintes dependências na unidade de saúde:

Obs. (atribuir zero (0) quando não existir)

1. Sala de acolhimento
2. Sala de triagem
3. Sala Gerência
3. Sala de recepção ou local para espera de pacientes
4. Sala ou espaço para reuniões na unidade
4. Consultório de enfermagem
5. Sala de procedimentos (medicação injetável, nebulização, TRO, etc.)
6. Sala para curativos
7. Sala para armazenar e dispensar medicamentos
8. Sala exclusiva de vacinas com geladeira e ar condicionado
9. Sala de expurgo
10. Sanitários exclusivos para funcionários
11. Sanitários para o público
12. Sala de esterilização de material
13. Cozinha ou copa
14. Depósito de material de limpeza (DML)
15. Abrigo para resíduos sólidos
16. Lavanderia
17. Sala de coleta de exames
16. Consultório médico

1.7 Em relação à privacidade dos consultórios de enfermagem. Existe privacidade visual nos consultórios 1 - Sim 2 – Não 98 - Não se aplica

1.8 A unidade de saúde dispõe dos seguintes materiais e estão em condições de uso?

(responder: 1 – Sim, em condições de uso 2 – Não 3 – Sim, sem condições de uso)

1. Geladeira exclusiva para vacina 1 2 3
2. Geladeira para armazenar outros medicamento

(insulina, material odontológico, etc)	1	2	3
3. Autoclave	1	2	3
4. Estufa	1	2	3
5. Aparelho de aerossol ou nebulizador	1	2	3
6. Balança de adulto	1	2	3
7. Balança infantil	1	2	3
8. Glicosímetro	1	2	3
9. Kit sutura (tesoura , pinça, porta agulhas)	1	2	3
10. Pinça	1	2	3
11. Tesoura	1	2	3
12. Termômetro (mercúrio e/ou digital)	1	2	3
13. Estetoscópio	1	2	3
14. Tensiômetro/esfigmomanômetro	1	2	3
15. Biombo em consultório	1	2	3
16. Termômetro de geladeira	1	2	3
17. Lanterna	1	2	3
18. Mesa ginecológica	1	2	3
19. Foco	1	2	3
20. Sonar (detector fetal)	1	2	3
21. Estetoscópio de Pinard	1	2	3
22. Fita métrica	1	2	3
23. Régua antropométrica	1	2	3
24. Monofilamentos	1	2	3
26. Equipamento Áudio-visual - TV DVD VIDEO-CASSETE	1	2	3
27. Microcomputador	1	2	3
28. Impressora	1	2	3
29. Internet	1	2	3
30. Bebedouro	1	2	3
31. Existe telefone fixo dentro da unidade?			
(DESCONSIDRAR TELEFONE PÚBLICO)	1	2	3

1.9 A unidade de saúde dispõe dos seguintes materiais e insumos? A quantidade é suficiente?

1 – Sim, é suficiente 2 –Não 3- sim, mas insuficiente

1. Agulhas descartáveis (.....)
2. Seringas com agulha acoplada para insulina (.....)
3. Seringas descartáveis (.....)
4. Algodão (.....)
5. Esparadrapo(.....)
6. Gaze(.....)
7. Luvas para procedimentos(.....)
8. Luvas estéreis(.....)
9. Espéculos ginecológicos descartáveis(.....)
10. Escova para coleta endo-cervical(.....)
11. Espátula de Ayre(.....)
12. Descarpac (coletor de material perfuro-cortante) (.....)
13. Fita HGT (glicemia capilar) (.....)
14. Lanceta para punção digital
15. Produtos para esterilização de material (.....)
16. Bloco de receituário(.....)
17. Cartão ou caderneta da criança(.....)
18. Cartão ou caderneta da gestante(.....)
19. Caderneta do Idoso(.....)
20. Fichas do SIAB(.....)
21. Fichas espelho da criança(.....)
22. Fichas do Hiperdia(.....)
23. Ficha de Referência e contra-referência(.....)
24. Ficha de notificação do SINAN(.....)
25. Ficha do SISVAN(.....)
26. Fixador para lâminas(.....)
27. Lâmina fosca(.....)
28. Ficha do Programa Nacional de Supl. Ferro(.....)

1.10 Todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional de Imunização (PNI)

estão disponíveis na UBS? 1 - Sim 2 – Não

1.11 A quantidade é suficiente? 1 - Sim 2 – Não

1.12 Existe padronização de medicamentos 1 - Sim 2 – Não

1.12.1 A Quantidade é suficiente 1 - Sim 2 – Não 3- Sim, só os específicos dos programas

1.13 Existem protocolos clínicos (de qualquer procedência) institucionalizados pela Secretaria Municipal de Saúde para uso da equipe?

1 - Sim 2 - Não 99- Não Sabe

1.14 Você utiliza os protocolos clínicos no acompanhamento dos pacientes?

1 - Sim 2 - Não 98- Não se aplica

1.15 Para quais áreas? 1- sim 2-não 98 - não se aplica

1 - Saúde da criança (.....)

2 - Saúde da mulher (.....)

3 – Tuberculose (.....)

4 – Hanseníase (.....)

5 – Hipertensão (.....)

6 – Diabetes (.....)

8 - Saúde do idoso (.....)

9 - Saúde do Adolescente (.....)

10 – DST (.....)

11 - Saúde Mental (.....)

12 - Vigilância Epidemiológica (.....)

13 – Outros (.....)

1.16 A equipe tem um planejamento de ações e oferta de serviços?

1 - Sim 2 - Não 98- Não sabe

1.17 A equipe executa o planejado?

1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

1.18 A equipe tem metas a serem alcançadas estabelecidas pela coordenação municipal?

1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

1.19 Qual a fonte de informações para o planejamento dessas ações pela equipe:

1. Dados de SIS 1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

2. Demandas da população 1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

3. Estudo de necessidades de saúde da população 1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

4. Orientações da Secretaria de Estado de Saúde e MS 1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

5. Orientação da SMS1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

6. Conselho Gestor 1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

1.20 Você participa das reuniões do Conselho Municipal e/ou Local de Saúde pelo menos 2 vezes ao ano?

1 – Sim 2 – Não

1.21 Há supervisão técnica realizada por equipe municipal (considerar realizada no ano em curso)?

1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

1.22 Qual a periodicidade?

1 – Semanal

2 – Quinzenal

3 – Mensal

4 – Bimestral

5 – Semestral ou mais

6- Sem periodicidade definida

98 – Não se aplica

1.23 Na supervisão técnica são realizados:

1. Acompanhamento e discussão dos dados do SIAB 1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

2. Apoio ao processo de planejamento das atividades da equipe 1 – Sim 2 – Não 99 – não sabe

3. Específico para sala de vacina 1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

4. Assessoria aos programas específicos 1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

1.24 Existem discussões de casos clínicos pela equipe?

1 – Sim 2 – Não 99 – Não sabe

PARTE 2 – PRÁTICAS DO ENFERMEIRO

2.1 Quanto às práticas do Enfermeiro:

1. Realiza visita domiciliar?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 – não

2. Participa de Reunião com a comunidade?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 - não

3. Participa de Reunião de equipe?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 - não

4. Realiza Atividade educativa em grupo?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 – não

5. Realiza treinamento em serviço do auxiliar/Técnico de enfermagem?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 - não

6. Realiza treinamento em serviço dos ACS?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 - não

6.1. Realiza orientações para realização do trabalho cotidiano do ACS?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 - não

7. Realiza consulta de Enfermagem em clínica geral?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 - não

8. Realiza consulta de Enfermagem em pediatria?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 - não

9. Realiza consulta de Enfermagem em ginecologia?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 - não

10. Realiza consulta de Enfermagem em obstetrícia?

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 – não

2.2 – Para quais grupos populacionais o enfermeiro realizou práticas de educação em saúde nos últimos 60 Dias: (Ler grupos) 1 - Sim 2 - Não

1. Gestantes 1 2

2. Planejamento Familiar 1 2

3. Crianças (Saúde da criança) 1 2

4. Desnutridos 1 2

5. Escolares (Saúde na escola) 1 2
6. Diabéticos 1 2
7. Hipertensos 1 2
8. Adolescentes 1 2
9. Idosos 1 2
10. Portadores de transtorno ou sofrimento psíquico 1 2

11. Outros:

2.3 Em relação à Saúde da Mulher o enfermeiro realiza:

1. Coleta de material para exame citopatológico (prevenção do câncer de colo de útero):
- 6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 - não
2. Exame clínico de mamas (palpação):
- 6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 – não
3. Consulta de enfermagem de pré-natal programada:
- 6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 – não
- 3.1 - Consulta de enfermagem de pré-natal em intercorrência:
- 6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 – não

2.4 Quais procedimentos estão incluídos na consulta típica de pré-natal do Enfermeiro

1 – Sim 2 – Não 98 – Não se aplica

1. Avaliação de peso (.....)
2. Avaliação da pressão arterial(.....)
3. Verificação da situação vacinal(.....)
4. Avaliação de risco(.....)
5. Medida da altura uterina(.....)
6. Ausculta de BCF (batimentos cardio-fetais) (.....)
7. Orientação ao aleitamento materno(.....)
8. Solicitação e avaliação de exames de rotina de pré-natal(.....)
9. Registro de todas as anotações no cartão da gestante(.....)

10. Consulta de Puerpério(.....)

11. Prescrição de medicamentos (.....)

2.5 Em relação à Saúde da Criança, o Enfermeiro realiza:

1. Ações de incentivo ao aleitamento materno:

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 – não

2. TRO (terapia de re-hidratação oral) na UBS:

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 – não

3. Consulta programada para menores de 2 anos com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento:

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 – não

4. Consulta programada para abordagem das doenças prevalentes na infância (atendimento à faixa etária de 0 a 5 anos):

6- sim, sem periodicidade 5 – sim, diariamente 4 – sim, semanalmente 3 – sim, quinzenalmente 2 - sim, mensalmente 1 – sim, semestralmente 0 – não

2.6 Quais procedimentos estão incluídos na consulta típica de crianças realizadas pelo Enfermeiro? 1 – Sim 2 – Não 98 – Não se aplica

Orientação alimentar (.....)

Verificação da situação vacinal (.....)

Avaliação de risco social (.....)

Registra todas as anotações no cartão da criança (.....)

Cálculo do IMC (.....)

Prescrição de medicamentos (.....)

Solicitação de exames (.....)

2.7 Atividades realizadas pelo enfermeiro em relação às doenças crônicas não transmissíveis

1 – Sim 2 – Não 3 – Não

houve casos

1. Consulta para suspeição diagnóstica de Diabetes	1	2	3	
2. Realização de glicemia capilar de rotina para os assintomáticos	1	2	3	
3. Acompanhamento dos diabéticos	1	2	3	
4. Consulta para suspeição diagnóstica de Hipertensão	1	2	3	
5. Acompanhamento dos hipertensos	1	2	3	
6. Cadastro no Hiperdia	1	2	3	
7. Orientação alimentar	1	2	3	
8. Orientação de atividades físicas	1	2	3	
9. Orientação contra o tabagismo	1	2	3	
10. Cálculo do IMC (índice de massa corporal)	1	2	3	
11. Avaliação dos pés (diabéticos)		1	2	3
13 Prescrição de medicamentos	1	2	3	
14. Solicitação de exames	1	2	3	

2.8 Quais procedimentos são realizados pelo Enfermeiro em Doenças Infecto-Contagiosas?

	1 – Sim	2 – Não	3 – Não
houve casos			
1. Realiza suspeição diagnóstica de Hanseníase	1	2	3
2. Realiza avaliação dos contatos intra-domiciliares de Hanseníase?		1	2 3
3. Realiza a dose supervisionada mensal para portadores de Hanseníase?		1 2	3
4. Avalia periodicamente em consulta a perda sensitiva com monofilamentos os portadores de hanseníase?	1	2	3
5. A Equipe realiza a entrega de medicamentos específicos para tratamento de hanseníase? (considerar entrega na UBS)	1		2 3
6. Realiza avaliação de incapacidade física de Hanseníase?	1	2	3
7. Realiza diagnóstico de Tuberculose?	1	2	3
8. Realiza avaliação dos contatos dos portadores de Tuberculose?		1	2 3
9. Realiza acompanhamento de portadores de Tuberculose?		1	2
3			
10. A equipe realiza a entrega da medicação específica para tratamento de tuberculose? (considerar entrega na UBS)	1	2	3
11. Realiza a dose supervisionada para tratamento de Tuberculose (DOTS)			

no mínimo 5 vezes por semana, durante o período previsto de tratamento? 1 2

3

12. Realiza suspeição diagnóstica de doenças sexualmente transmissíveis (DST)? 1 2

3

13. Realiza aplicação das doses específicas para tratamento

de LTA? (considerar a aplicação na UBS) 1 2 3

14. Realiza a entrega de medicamentos específicos para

tratamentos de malária? (considerar entrega na UBS) 1 2 3

15. Realiza suspeição diagnóstica para Dengue? 1 2 3

16. A equipe desenvolve ações de prevenção e controle da Dengue? 1 2 3

17. Prescrição de medicamentos 1 2 3

18. Solicitação de exames 1 2 3

2.9 Em vigilância epidemiológica o enfermeiro: 1 – Sim 2 – Não 3 – Não

houve casos

1. Preenche as fichas de doenças de notificação compulsória? 1 2 3

2. Faz notificação de casos de violência? 1 2 3

3. Realiza a investigação de casos de doenças de notificação compulsória? 1 2 3

4. Realiza medidas para controle de casos e

surtos (considerar vacinação de bloqueio e quimioprofilaxia, entre outros) 1 2 3

5. Investiga causas e motivos relacionados aos óbitos

ocorridos, recorrendo a documentos e/ou depoimentos? 1 2 3

6. Investiga causas, motivos e desdobramentos das inter-

nações ocorridas, recorrendo a documentos e/ou depoimentos? 1 2 3

2.10 Em Saúde Mental o enfermeiro: 1 – Sim 2 – Não 3 – Não

houve casos 1. Registra (registro específico) os portadores de transtorno ou

sofrimento psíquico, como psicose, esquizofrenia, alcoolismo,

transtorno de ansiedade, depressão, entre outros? 1 2 3

2. Realiza manutenção do tratamento medicamentoso de portadores

de transtorno ou sofrimento psíquico como psicose, esquizofrenia, 1 2 3

alcoolismo, transtorno de ansiedade, depressão, etc? 1 2 3

3. Realiza acompanhamento de portadores de transtorno ou

sofrimento psíquico? 1 2 3

4. Prescrição de medicamentos 1 2 3

5. Solicitação de exames 1 2 3

2.11 O enfermeiro desenvolve alguma ações referentes a práticas integrativas complementares (acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia,, Crenoterapia, Práticas Corporais/Atividades Físicas?

1 – Sim, Qual: _____ 2 - Não

2.12 O enfermeiro realiza na UBS o atendimento das seguintes situações (1 - Sim 2 – Não):

1.Febre 1 2

2.Crise convulsiva 1 2

3.Crise de asma ou broncoespasmo 1 2

4.Crise hipertensiva 1 2

5.Desidratação 1 2

6.Vômitos 1 2

7.Corte em pele com indicação de curativo 1 2

8.Crise de hipoglicemia 1 2

9.Reação Anafilática 1 2

10. Faz encaminhamentos 1 2

2.13 Você desenvolve ações administrativas: (1 - Sim 2 – Não):

1.Desempenha dupla função de gerente da unidade e assistência 1 2

2.Solicitação de medicamentos 1 2

3. Solicitação de insumos 1 2

4.Solicita manutenção de equipamentos 1 2

5.Encaminha relatórios 1 2

6.Organiza campanhas (vacinação, coleta de preventivo, educativas,...) 1 2

7.Outros:

B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Pesquisa quantitativa)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“A influência da infraestrutura nas práticas do enfermeiro”**.

Você foi selecionado por constituir o universo da pesquisa (as unidades básicas de saúde do município de Cuiabá) e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo é analisar a infraestrutura das unidades básicas de saúde no que diz respeito à estrutura física, recursos humanos, materiais, equipamentos, medicamentos e protocolos, e a relação entre esta e as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Básica à Saúde no município de Cuiabá-MT.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder os formulários.

Como a pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde (Ofício nº 235/GAB/SMS/2010) sua participação não implicará em riscos.

Os benefícios relacionados com a sua participação são: colaborar com proposição de melhorias das condições de trabalho dos profissionais da Atenção Básica e conseqüentemente melhorias na assistência prestada.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Inês de Cássia Franco Pedrosa (3321-4665/9971-1580)

Mestranda da Faculdade de Enfermagem da UFMT (3615-8805)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Pesquisa qualitativa)

Prezada Enfermeira,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **“A influência da infraestrutura nas práticas do enfermeiro”**. O estudo faz parte da dissertação de mestrado em enfermagem de Inês de Cássia Franco Pedrosa que está vinculado ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Os objetivos deste estudo é analisar a influência da infraestrutura de unidades básicas de saúde nas práticas do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde no município de Cuiabá-MT.

Para coleta de dados será realizada uma entrevista semi-estruturada com as informantes, cujo tempo médio é de 30 minutos. As entrevistas serão gravadas, para que não se perca nenhuma informação e, depois de transcritas, as fitas serão inutilizadas. O conteúdo das entrevistas será guardado sob responsabilidade das pesquisadoras por cinco anos. O nome dos informantes será mantido em sigilo e as informações fornecidas serão usadas apenas para os fins acadêmicos propostos.

Caso você aceite participar da pesquisa, é seu direito retirar seu consentimento e desistir em qualquer momento do estudo, sem que isso lhe traga prejuízo. Você tem também a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa, bem como o acesso ao relatório final do estudo. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões.

Como a pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde (Ofício nº 235/GAB/SMS/2010) sua participação não implicará em riscos.

Os benefícios relacionados com a sua participação são: colaborar com proposição de melhorias das condições de trabalho dos profissionais da Atenção Básica e conseqüentemente melhorias na assistência prestada.

Concordo em participar do estudo acima referido, após ter sido informada de forma clara dos objetivos e finalidades da entrevista a qual serei submetida.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Inês de Cássia Franco Pedrosa

Mestranda

Data:____/____/2010