

# Avaliação estrutural dos Centros de Saúde da Família de Sobral, Ceará

EMANUELA LINHARES VIANA<sup>1</sup>

IZABELLE MONT<sup>2</sup> ALVERNE NAPOLEÃO ALBUQUERQUE<sup>2</sup>

CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA<sup>3</sup>

ADRIANA XAVIER DE SANTIAGO<sup>4</sup>

VICENTE DE PAULO PINTO TEIXEIRA<sup>5</sup>

ARNALDO RIBEIRO COSTA LIMA<sup>6</sup>

## Introdução

O movimento da reforma sanitária brasileira surgiu no final da década de 70 e início da década de 80, introduzindo a discussão sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Brasil. Esse processo foi confirmado na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrido em março de 1986, em Brasília. Dentre os vários assuntos abordados, a reestruturação do sistema nacional de saúde foi um dos mais importantes. O consenso entre os conferencistas em relação à saúde no Brasil reafirmou que eram necessárias mudanças rápidas no setor saúde, tanto no que se refere ao entendimento, quanto ao acesso e prioridades (ANDRADE, 2001).

O SUS é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito da cidadania e nas diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo, integralidade do atendimento e participação da comunidade. A implantação do SUS

---

<sup>1</sup> Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Morrinhos, Ceará.

<sup>2</sup> Enfermeira; Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC); professora na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

<sup>3</sup> Enfermeira; Mestre em Enfermagem pela UFC; professora na UVA.

<sup>4</sup> Estatística; professora na UVA; especialista em Administração Hospitalar pela UVA.

<sup>5</sup> Enfermeiro; Doutor em Bioquímica pela UFC; professor na Faculdade de Medicina da UFC.

<sup>6</sup> Médico; Mestre em Saúde Pública pela UFC; professor na UFC; coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva; Secretário Municipal de Saúde de Sobral.

não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estaduais e municipais – não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida e representa, pela descentralização que promove, uma oportunidade de resgatar e corrigir as distorções que o sistema anterior, rígido e centralizado, acarretava (ANDRADE, 1999).

A descentralização ocorrida na saúde nacional, oferecendo aos gestores municipais autonomia sobre a saúde do seu município, deve seguir os princípios norteadores do SUS, que são: *universalidade*, segundo a qual todas as pessoas têm direitos iguais na saúde, ficando sob a responsabilidade do estado a manutenção desse direito; *integralidade*, quando todas as pessoas têm o direito ao atendimento de acordo com suas necessidades, e os serviços de saúde devem estar preparados para oferecer a cada cliente as ações requeridas por essa atenção integral; e *equidade*, segundo a qual os serviços devem estar disponíveis nos locais mais necessitados às populações mais carentes (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) surge como uma estratégia efetiva na busca da consolidação do SUS. Constitui uma mudança de enfoque nas políticas sociais de saúde, uma vez que propõe uma prática de assistência com novas bases estruturais, as quais vêm alterar o modelo tradicional de cuidado centrado na cura das doenças, substituindo-os por um modelo cujo enfoque principal é a família e a maneira como esta interage nas diversas situações de saúde/doença.

O PSF apareceu no cenário brasileiro com o propósito de inverter o modelo assistencial. Sua compreensão só é possível vendo-se ele em contraposição ao modelo tradicional ainda vigente, ao qual busca superar, através da mudança do objetivo da atenção, de forma da atuação e organização geral do serviço, já apontando possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Sua finalidade é propiciar o enfrentamento e a articulação de saberes e práticas com diferentes graus de complexidade tecnológica, integrando distintas mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.

Nessa perspectiva, será sempre um grande desafio buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à Estratégia de

Saúde da Família (ESF), considerando a pluralidade de suas dimensões e os atores envolvidos em sua construção. Para fins desta proposta, qualidade em saúde será definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos em frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. (BRASIL, 2004).

Buscando superar os limites de concepção baseados em precedentes históricos e culturais, a presente proposta situa a avaliação como instrumento permanente para tomada de decisões e a qualidade como atributo fundamental a ser alcançado no SUS – devendo ambas serem apropriadas por qualquer profissional envolvido com a ESF.

Para a análise da estrutura física das unidades em que atuam as equipes de saúde, foram considerados os seguintes aspectos: existência de consultório médico, de enfermagem e odontológico, existência de equipamentos, instrumentos, insumos, medicamentos necessários ao desenvolvimento de ações básicas de saúde, dentre outros aspectos.

Entende-se, no entanto que é difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, mas é possível falar em termos de tendência estrutural mais adequada, aumentando a possibilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade.

## **Objetivo**

Analisar a qualidade da assistência prestada pelas equipes de Saúde da Família de Sobral, Ceará, a partir do componente estrutural.

## **Metodologia**

Desenvolveu-se um estudo do tipo exploratório-descritivo, de natureza avaliativa, considerando uma abordagem quantitativa. Segundo Polit e Hungler (1995), o estudo exploratório busca a familiarização com o fenômeno, a percepção e a descoberta de novas idéias sobre o assunto visado. Leopardi (2001) relata que a pesquisa quantitativa é utilizada quando há instrumentos de medidas utilizáveis e válidos, desejando-se assegurar a objetividade e credibilidade dos dados.

O estudo foi realizado na sede do município de Sobral, Ceará, que se encontra situado na zona do sertão centro-norte, distante 224 km da capital do estado, Fortaleza, com uma área de 2.123 km<sup>2</sup> e população de 172.685 habitantes.

Foram convidados para participar da pesquisa os gerentes das unidades básicas de saúde da família do município de Sobral, distribuídas na sede, totalizando 14. Vale ressaltar que a amostra foi definida pelo conjunto dos gerentes dos Centros de Saúde da Família (CSF) que aceitaram participar da pesquisa, a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós-informado. A amostra do estudo foi composta de 14 gerentes das unidades de saúde básica da ESF do município de Sobral, localizadas na sede.

Os dados foram obtidos durante o mês de junho de 2006, a partir de um formulário direcionado aos gerentes das CSF, contendo perguntas fechadas adaptadas a partir da *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*, Caderno 3, do Ministério da Saúde, onde serão analisados a infra-estrutura, equipamentos, insumos e medicamentos existentes nas unidades básicas de saúde.

Salientamos que o formulário foi aplicado pelo próprio pesquisador durante visitas aos CSF, depois da coleta de dados, sendo feitas as tabulações e análises das informações. Os dados foram analisados estatisticamente e expostos em forma de gráficos, a partir do cálculo de valores absolutos e relativos; após, foram discutidos e analisados, respaldados pela literatura pertinente.

### **Análise e discussão dos resultados**

Neste estudo avaliamos o componente estrutura dos CSF, considerando os recursos que se empregam na atenção básica, tais como: descrição das características das instalações, da equipe de saúde disponível, sobretudo em relação à sua adequação com as normas vigentes, perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência.

Os resultados mostraram que as unidades apresentam uma porcentagem de aproximadamente 100% em equipamentos básicos nos consultórios; os equipamentos gineco-obstétricos apresentaram-se em quantidades suficientes; equipamentos como balanças e tensiômetros são aferidos de acordo com os parâmetros técnicos em todos os CSF; os equipamentos de informática, em geral, são insuficientes;

nenhuma unidade possui eletrocardiógrafo; um pouco mais da metade das unidades possui oftalmoscópio; os equipamentos de urgência e emergência são quase inexistentes nos serviços. Os CSF possuem uma taxa de materiais educativos bastante significativos; os equipamentos e instrumentais odontológicos mostraram-se suficientes.

Ainda é possível que 78,6% dos CSF permitem a privacidade visual e auditiva nos consultórios; todos os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro, apesar de o número de consultórios nas unidades se mostrar insatisfatório; as instalações físicas das unidades encontram-se adequadas, exceto no item de conservação de pisos, paredes e tetos; a existência de sala de espera com assentos suficientes para atender à demanda apresenta-se com uma média de 78,6% nos CSF; dos materiais básicos distribuídos aos agentes comunitários de saúde (ACS), apenas o colete ou camiseta possui uma porcentagem significativa em todas as unidades; nenhum ACS recebe proteção para a exposição solar. O deslocamento dos profissionais de saúde para atividades extra-unidade em transporte mostrou-se ausente; todas as unidades possuem linha telefônica exclusiva e todas as unidades também possuem geladeira exclusiva para vacinas e imunobiológicos com controle de temperatura e 78,6% das UBS programam o uso e adequação dos ambientes. As equipes ainda apresentam uma grande deficiência em relação ao atendimento de pessoas com necessidades especiais.

Por fim, percebe-se que os CSF estão preparados para suprir a necessidade medicamentosa no tratamento de patologias como hipertensão, diabetes, crise epilética, crise asmática, anemias carenciais e hipovitaminoses, parasitoses, infecções e problemas do trato gastrointestinal.

Os resultados obtidos com a análise dos dados mostraram o quanto foi importante este estudo, para conhecermos a realidade das unidades de saúde analisadas no que tange à estrutura, com o objetivo de prestar assistência qualificada e assim proporcionar melhor qualidade de vida para a comunidade assistida.

## **Conclusões**

A avaliação de programas e serviços de saúde é de fundamental importância no processo de amadurecimento do SUS no nosso país.

Instituí-la enquanto prática sanitária é um desafio para gestores, profissionais de saúde e todos os atores sociais que acreditam que as reformas do sistema de saúde se fazem a partir de reflexão sobre os processos concretos de recriação do cotidiano dos serviços de saúde.

Analisar serviços de saúde é uma atividade complexa, pois exige do pesquisador conhecimento sobre a forma correta de funcionamento do serviço analisado – todos os fatores que dificultam e facilitam o fluxo das atividades do serviço –, além de saber até que ponto os fatores limitantes interferem nas atividades dos serviços de saúde.

Com base neste estudo, é possível afirmar que os Centros de Saúde da Família de Sobral encontram-se, segundo as normas e diretrizes do Ministério da Saúde (2006), em condições que permitem a realização de uma assistência de qualidade na atenção básica. Entretanto, algumas mudanças são necessárias, pois percebemos que alguns aspectos ainda estão em situações inadequadas. Percebe-se, portanto, que a avaliação dos serviços de saúde deve ser um processo contínuo.

## Referências

- ANDRADE, L. O. M. *SUS passo a passo: gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- ANDRADE, L. O. M.; MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da família: construindo um novo modelo. A experiência de Sobral. *SIANARE – Revista Sobralense de Políticas Públicas*, v 1, n. 1, p. 7-17, out-dez, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS*. Doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Florianópolis: UFSC, 2002.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. *Pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.