



Produção científica e elementos conceituais relacionados às condições sanitárias na Atenção Primária à Saúde

Scientific production and conceptual elements related to sanitary conditions in Primary Health Care

Camila Gomes de Souza Andrade,¹ Mariluce Karla Bonfim de Souza²

RESUMO

Este artigo de revisão teve por objetivo analisar a produção científica sobre condições sanitárias das unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (1999-2013), considerando o perfil da produção e os elementos conceituais relacionados ao tema. Foram utilizadas as bases on-line LILACS, SciELO e MEDLINE, e selecionados 27 artigos. Os estudos selecionados foram realizados no contexto nacional e internacional. Quanto aos aspectos metodológicos, a maioria dos estudos é descritiva, sendo três do tipo revisão. Muitos relacionaram gestão e organização, vigilâncias e processo de trabalho com aspectos gerenciais e operacionais dos serviços de saúde. Quanto aos elementos conceituais, destacam-se: estrutura, qualidade, avaliação, condições de trabalho e capital social, com base em referenciais teóricos, como Starfield e Donabedian, e normativos. Este estudo aponta para o crescente interesse sobre o tema e a possibilidade de utilização de diversas perspectivas para discussão das condições sanitárias e para o estímulo a mudanças que qualifiquem os serviços e as práticas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Centros de saúde. Perfis sanitários. Estratégia Saúde da Família. Estrutura de serviços.

ABSTRACT

This review article aimed to analyze the scientific production on sanitary conditions of health facilities of Primary Health Care (1999-2013), considering the production

¹ Especialista em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Graduada em Saúde Coletiva pela UFBA.

² Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. E-mail: marilucejbv@yahoo.com.

profile and the conceptual elements related to the topic. The online databases LILACS, SciELO and MEDLINE were used, and 27 articles were selected. The selected studies were performed in national and international context. As for the methodological aspects, most studies are descriptive, with 3 of them being review studies. Many connected management and organization, surveillance and the process of working with management and operational aspects of health services. As for the conceptual elements, the ones that stand out are: structure, quality evaluation, working conditions and social capital, based on theoretical frameworks, as Starfield and Donabedian and normative. This study show the growing interest in the subject and the possibility of using different perspectives to discuss sanitary conditions and the stimulus to change that qualify services and health practices.

KEYWORDS: Health centers. Sanitary profiles. Family health strategy. Structure of services.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) adquire visibilidade após a crise do modelo hegemônico, constituindo modelo alternativo para sistemas de saúde.¹ No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioritária devido ao potencial de reorientação do modelo.¹

A ESF propõe práticas baseadas nas necessidades e determinantes sociais de saúde, portanto, implica trabalho interdisciplinar. Para tanto, Unidade de Saúde da Família (USF) é composta por equipe multiprofissional, a Equipe de Saúde da Família (EqSF). Entretanto, as USF são caracterizadas por precária infraestrutura, que é apontada pelos profissionais como limitante para cuidado.²

Visando reduzir riscos publicaram-se documentos que discorrem sobre recursos e infraestrutura, isto é, sobre “condições sanitárias”. Esse termo, segundo conceito provisório, caracteriza-se como conjunto de elementos que favorecem condições adequadas para funcionamento das unidades de saúde, como pessoas e insumos.³ Portanto, este artigo objetiva analisar a produção científica sobre as condições sanitárias das unidades de saúde da APS, traçando o perfil da produção e os elementos conceituais utilizados para essa discussão.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão, secundário e retrospectivo, da produção científica nacional e internacional sobre as condições sanitárias (CS) das unidades de saúde da APS

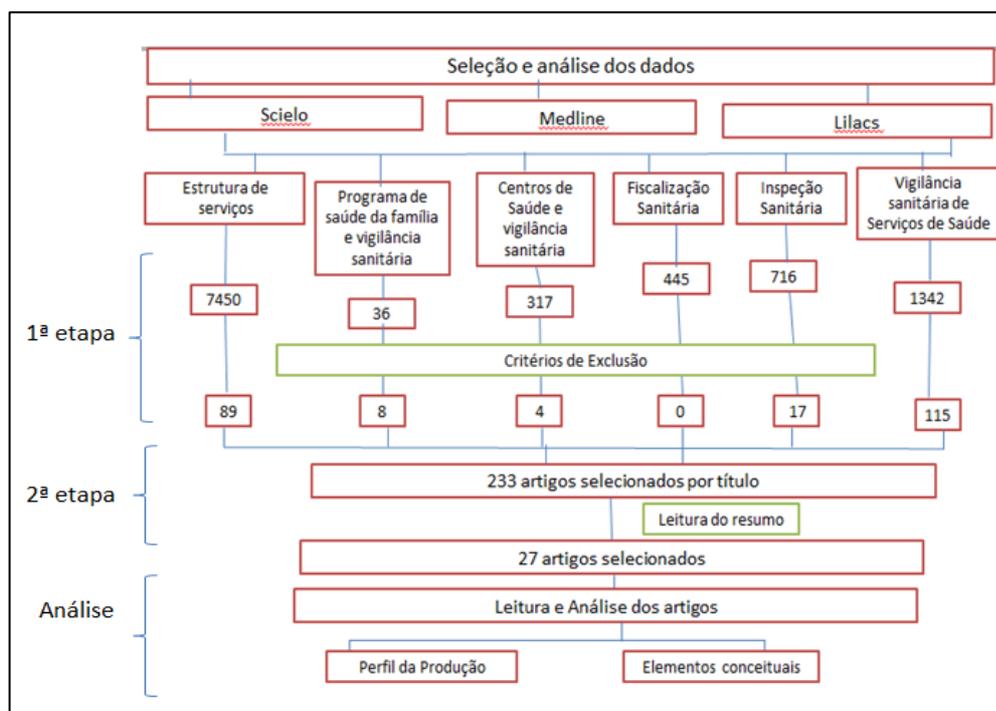
entre 1999 e 2013, que realizou seleção por critérios e avaliação da qualidade metodológica.

Tomando como fonte de busca as bases SciELO, LILACS e MEDLINE, foram utilizados os descritores: inspeção sanitária; fiscalização sanitária; infraestrutura sanitária; estrutura de serviços; vigilância sanitária de serviços de saúde; Programa Saúde da Família e Vigilância Sanitária; centros de saúde e vigilância sanitária, sendo encontrados 10.306 estudos.

Para seleção dos estudos, procedeu-se leitura dos títulos utilizando como critérios de exclusão estudos que tratavam sobre pesquisa em outros serviços de saúde, que não APS; serviços de saúde privados; CS relacionadas à outra área; custos e práticas clínicas; informação em saúde; e artigos repetidos/sem resumo. Seguiram para segunda etapa 233 estudos.

Na segunda etapa, realizou-se leitura dos 233 resumos para identificar a relação dos estudos com o tema e os objetivos do estudo, aplicando critérios de exclusão citados e excluindo os que não dispunham do artigo completo (N = 14). Seguiram para análise 27 estudos (Figura 1).

Figura 1 – Sistematização dos dados, segundo descritores e fontes de busca, 1999-2013



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os 27 artigos foram classificados segundo o perfil, considerando as variáveis: base de dados; ano de publicação; periódico da publicação; objeto do estudo; tipo de estudo; abordagem do estudo; e local de realização.

Para análise, na categoria “elementos conceituais” foram considerados artigos que trataram sobre condições higiênicas, infraestrutura, segurança e risco, aspectos relacionados ao conceito de CS.³ Como se utilizaram dados secundários, dispensou-se a submissão do projeto ao Comitê de Ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil da produção científica

Dos 27 artigos selecionados, publicados em revistas científicas indexadas nas bases de dados, 15 (56%) artigos foram obtidos da LILACS, 9 (33%) na MEDLINE e 3 (11%) do SciELO (Quadro 1).

Quadro 1 – Características dos estudos sobre CS, segundo autor, bases de dados, revista/ano e título.

N	Autores	Base de dados	Revista/Ano	Título
16	MOURA et al.	LILACS	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2010.	APS: estrutura das unidades como componente à atenção.
17	AMORIM et al.	MEDLINE	Ciência & Saúde Coletiva, 2013.	Prestação de serviços de manutenção predial em estabelecimentos assistenciais de saúde.
18	OLIVEIRA et al.	LILACS	Esc. Anna Nery, 2013.	Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia de Saúde da Família.
19	SILVA	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva, 2011.	Fatores determinantes da carga de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde.
20	SANTOS et al.	LILACS	Revista Mineira de Enfermagem, 2010.	Estratégia de saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário.
21	BASTOS; COSTA; CASTRO	MEDLINE	Ciência & Saúde Coletiva, 2011.	Trabalho em saúde: vigilância sanitária de farmácias no município de Salvador.
22	SOUZA	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva, 2010.	A vigilância sanitária e a mudança no modelo de atenção à saúde.

(Continuação)

N	Autores	Base de dados	Revista/Ano	Título
23	ARAÚJO et al.	LILACS	Epidemiologia e Serviço de Saúde, 2013.	Avaliação das salas de vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011.
24	BALISTA; SANTIAGO; CORRÊA FILHO	MEDLINE	Caderno de Saúde Pública, 2011.	A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo.
25	GARCIA; RAMOS	LILACS	Caderno de Saúde Pública, 2004.	Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde – uma questão de biossegurança.
26	O'DWYER; REIS; SILVA	SciELO	Ciência & Saúde Coletiva, 2010.	Integralidade, uma diretriz do SUS para a Vigilância Sanitária.
27	GERHARDT et al.	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva, 2011.	Utilização de serviços de saúde de Atenção Básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul – análise baseada em sistemas de informação.
28	O'DWYER; TAVARES; DE SETA	LILACS	Interface – Comunicação, Saúde e Educação, 2007.	O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no lócus Saúde da Família.
29	SIRQUEIRA; GAUDARD	LILACS	Com. Ciências Saúde, 2009.	Acesso aos serviços de farmácia em Atenção Básica na SES-DF.
30	OLIVEIRA et al.	LILACS	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 2012.	Conservação de vacinas em Unidades Básicas de Saúde: análise diagnóstica em municípios mineiros.
31	PEREIRA et al.	LILACS	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2011.	Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma Unidade de Atenção Básica à Saúde.
32	MAIA et al.	SciELO	Ciência & Saúde Coletiva, 2011.	Percepções sobre a qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher.
33	FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva, 2009.	Gerência de serviços de saúde – competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na Atenção Básica.
34	ROCHA; SÁ	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva, 2011.	Reforma da Saúde Familiar em Portugal – avaliação da implantação.
35	MAIA; GUILHEM; LUCCHESI	SciELO	Caderno de Saúde Pública, 2010.	Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS.

(Conclusão)

N	Autores	Base de dados	Revista/Ano	Título
36	FIGUEIRÓ et al.	MEDLINE	Caderno de Saúde Pública, 2011.	Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da região Nordeste, Brasil, 2008.
37	MOUTINHO; CAMPOS; JESUS	LILACS	Revista de Atenção Primária a Saúde, 2012.	A importância da implementação de ações educativas em VISA pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família: uma breve revisão.
38	ICHIHO; ROBLES; AITAOTO	MEDLINE	Hawai'i Journal of Medicine & Public Health, 2013.	An assessment of non-communicable diseases, diabetes, and related risk factors in the commonwealth of the Northern Mariana Islands: a systems perspective.
39	ICHIHO et al.	MEDLINE	Hawai'i Journal of Medicine & Public Health, 2013.	An assessment of non-communicable diseases, diabetes, and related risk factors in the territory of American Samoa: a systems perspective.
40	AWOFESO	MEDLINE	International Journal of Infectious Diseases, 2013.	Towards global Guinea worm eradication in 2015 the experience of South Sudan.
41	ABDOOL KARIM et al.	MEDLINE	The Lancet, 2009.	HIV infection and tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response.
42	MOHSENI; LINDSTROM	MEDLINE	Social Science & Medicine, 2007.	Social capital, trust in the health-care system and self-rated health the role of access to health care in a population-based study.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2015

Em relação às revistas, identificaram-se publicações nacionais e internacionais, com predominância da área de saúde coletiva (SC), seguida pela enfermagem. Constatou-se que cinco artigos foram encontrados em revistas internacionais, a saber: Hawai'i Journal of Medicine & Public Health (2),^{38,39} Social Science & Medicine (1),⁴² International Journal of Infectious Diseases (1),⁴⁰ The Lancet (1).⁴¹ Enquanto 22 foram publicados em revistas nacionais, como Ciência & Saúde Coletiva (9),^{17,19,21,22,26,27,32,33,34} Caderno de Saúde Pública (4),^{24,25,35,36} entre outras (9).

A avaliação da qualidade reflete o interesse e a discussão da temática,

repercutindo em maior número de artigos publicados.⁴ Neste estudo foram identificados 14 artigos publicados em revistas da SC, com variação de qualis A2 a B3. Quanto às revistas de enfermagem, publicaram-se estudos em diversas revistas, desde B1 a B4. As revistas internacionais apresentaram boa classificação, com qualis A1 (The Lancet) e A2 (Social Science & Medicine).⁴

Quanto ao recorte temporal, observou-se publicação entre 2004 e 2013, com uma tendência crescente entre 2007 a 2011. Referente aos aspectos metodológicos dos estudos, sete (26%) foram transversais, cinco (19%) descritivos, quatro (15%) pesquisas avaliativas, quatro (15%) ensaios teóricos, três (11%) estudos de casos, três (11%) revisões bibliográficas e um (4%) artigo de opinião. Destes, identificou-se que 10 (37%) estudos utilizaram a abordagem quantitativa; 13 (48%), qualitativa; e quatro (15%) utilizaram ambas.

Quanto ao local de realização, os estudos ocorreram em estados e municípios brasileiros e demais países. No Brasil, destacam-se os seguintes estados: Bahia,^{16,21} Pernambuco,²³ Minas Gerais,^{17,20,30} São Paulo,^{19,24,31} Rio Grande do Sul,^{27,33} Mato Grosso¹⁸ e Distrito Federal.²⁹ Alguns estudos não especificaram local por questões éticas e o descreveram de forma genérica.^{32,35,36} Os artigos internacionais ocorreram em Portugal;³⁴ Ilhas Marianas do Norte³⁸ e Samoa Americana,³⁹ ambas localizadas na região do pacífico, em territórios dos Estados Unidos; Guiné;⁴⁰ África do Sul;⁴¹ e Scania,⁴² província ao sul da Suécia.

Na análise do perfil por região brasileira, percebe-se que os estudos contemplaram todas as regiões, exceto a Norte. Acredita-se que isso esteja relacionado às características das demais regiões, em particular Sudeste, com maior aglomeração de instituições universitárias/pesquisa. Por outro lado, a região Norte tem reduzido quantitativo de universidades, realidade singular, difícil acesso e distintos arranjos organizacionais da ESF.

Nota-se que resultados dos estudos brasileiros convergem quanto à necessidade de investimento no município e na descentralização da vigilância para melhoria das condições de trabalho e saúde. Contudo, apenas um estudo do Sudeste diverge ao discorrer sobre o cenário adequado referente às condições estruturais.

Sabe-se que questões nacionais, como financiamento da saúde e incipiente dimensionamento de profissionais, impactam na organização das unidades. Ademais, o

Brasil, quando comparado aos demais países, tem extenso território e população com múltiplas realidades, constituindo desafio na garantia da saúde. Os estados e municípios apresentam distintas capacidades, gerencial, instalada e econômica, que podem facilitar ou dificultar na provisão de adequadas CS.

Considerando o cenário internacional, pondera-se organização do sistema de saúde e modelos de proteção social adotados nos países os quais os artigos se reportam na discussão. Os modelos de proteção social, definidos como “modalidades de intervenção governamental no financiamento, na condução e na regulação dos diversos setores assistenciais e na prestação de serviços de saúde”⁵ divergem entre si. No caso de Portugal e Suécia, o modelo da seguridade Beveridgiano caracteriza-se pela universalidade. Por outro lado, nos Estados Unidos, o modelo de proteção social é residual, no qual o Estado assegura saúde apenas para a população vulnerável.⁵ Os estudos internacionais convergiram ao analisar e propor estratégias de controle, e avaliar a capacidade de resolução, exceto um,⁴² que sugeriu associação da baixa confiança institucional a condições de saúde ruins.

Quanto às semelhanças com o Brasil, observa-se aproximação com modelo Beveridgiano por apresentar sistema nacional de saúde público e ofertar cuidados primários. O modelo de proteção adotado impacta na conformação da APS e do modelo de atenção. Considerando que a APS se baseia na concepção ampliada de saúde e na proteção e promoção da saúde, torna-se relevante a discussão de CS das unidades de saúde.

Na abordagem do objeto de investigação ratificou-se pluralidade de perspectivas e áreas do saber que permeiam CS. Os estudos trouxeram debates sob o ponto de vista da gestão e da organização;^{16,17,18,20,23,27,29,30,34} das vigilâncias e da epidemiologia;^{21,22,24,26,28,35,36,37,40} do processo de trabalho em saúde (PTS),^{19,31,32,33} das ciências sociais,^{41,42} do sistema de informação em saúde^{38,39} e do gerenciamento de resíduos.²⁵

Nota-se maior quantidade de estudos sobre gestão e organização, e vigilâncias e PTS relacionado aos aspectos operacionais que interferem nas práticas de cuidado. Assim, tem maior visibilidade, tendo maior destaque nas discussões sobre CS.

Elementos conceituais para discussão sobre condições sanitárias

Dentre os artigos analisados, 19 abordaram o tema a partir dos seguintes referenciais teóricos: Starfield,^{16,20} Donabedian,^{16,17,29,30,35,36}, Giddens²⁶ Laurell e Noriega,¹⁹ Coleman e Putnan.⁴¹ Além destes, outros utilizaram normatizações dos entes,^{16,18,21,23,24,25,27,28,35,37,42} como Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Ministério da Saúde.

Os artigos^{16,20} abordaram elementos conceituais (EC) de estrutura e qualidade, pautados no referencial de Starfield. Estrutura, segundo Starfield, é definida como "capacidade correspondente àquilo que propicia a prestação dos serviços" que envolvem análise de pessoal e de instalação e equipamentos.¹⁶ Ademais, amplia-se que avaliação da qualidade perpassa pelos elementos estruturais e organizacionais, bem como sobre disponibilidade e qualificação de profissionais, relacionando a qualidade, a satisfação do usuário, a segurança, a adequação de equipamentos e a ambiência.²⁰ Portanto, necessidade de melhorias estruturas e organizacional, e capacitação profissional são ressaltadas por Starfield como condições para qualidade do cuidado na APS.⁶

A estrutura também foi discutida^{16,17,29,30,35,36} na perspectiva da avaliação em saúde por Donabedian como um dos seus componentes. A abordagem se baseia no modelo sistêmico, considerando os componentes: estrutura, processo e resultado.⁷ Destes, um artigo¹⁶ abordou apenas o componente estrutura, que corresponde àquilo que é relativamente estável no sistema, como recursos humanos e materiais.¹⁶ Três artigos^{17,30,36} consideraram para discussão a estrutura e o processo. O componente processo se refere às atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, e o resultado se caracteriza como produto final do cuidado. Um artigo²⁹ abordou a estrutura e o resultado, e um³⁵ contemplou todos os componentes.

Outro estudo³⁵ tratou sobre o conceito ampliado de qualidade de Donabedian, com referência aos pilares da qualidade, como efetividade e otimização. Acrescenta-se que a qualidade do cuidado está relacionada à monitoração dos riscos³⁵ que podem ser reduzidos através da ação oportuna.

Donabedian e Starfield dialogam com o conceito de CS que cita elementos que favoreçam condições para efetividade das unidades.³ Portanto, elementos conceituais

– avaliação, estrutura e qualidade – influenciam nas práticas, pois estas dependem de condições organizacionais e estruturais, conforme capacidade do território.

Considerando a diversidade de elementos conceituais, um estudo se baseou no referencial sociológico de Giddens,²⁶ através da teoria da estruturação pautada na estrutura, no sistema e na dualidade de estrutura.⁸ Considera-se estrutura como conjunto de “regras” e recursos implicados na reprodução social,²⁶ sendo constituída pela atividade humana.⁸ Giddens discute o caráter dual das estruturas na ação, na limitação e na possibilidade, e destaca que as regras instituídas e os recursos das organizações são importantes aspectos da estrutura.⁸ Nesse sentido, ressalta-se como possibilidades o potencial da APS para reorientação do modelo de atenção.

Quanto aos aspectos estruturais no PTS, um estudo¹⁹ refere condições de trabalho como elemento conceitual. Para tanto, o artigo traz o conceito de carga de trabalho, definido como variáveis da dinâmica de trabalho que atuam sobre o trabalhador para alcance dos resultados.⁹ A sobrecarga de trabalho, originada da interação das cargas e nas atividades cotidianas,⁹ pode gerar um desgaste. Nas unidades, profissionais sofrem pressões distintas, como desenvolver ações com materiais insuficientes, que impactam na efetividade do serviço e na saúde dos trabalhadores.

Um estudo⁴¹ abordou o conceito de capital social, segundo Coleman (1990) e Putnam (1993), que o define como características socioestruturais que facilitam a integração social para ação coletiva.¹⁰ Ao analisar a obra de Coleman, Higgins discorre que os motores da ação coletiva são confiança e cooperação, já que as relações sociais estão baseadas no cumprimento,¹¹ tendo o capital social um relevante papel na manutenção da saúde.¹⁰

Putnam (1993), citado em estudo,¹⁰ aborda os tipos de confiança: vertical, referente às instituições; e horizontal, às relações interpessoais. A confiança no sistema de saúde é resultante do PTS com reflexo nas relações interpessoais, na percepção de saúde e na adesão ao serviço. Assim, baixa confiança implica menor utilização dos serviços, portanto, na adesão e no pertencimento do usuário ao território, consequentemente, na participação popular.

Outros artigos trouxeram referenciais fundados em documentos legais dos países onde os estudos foram realizados. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº

50 e o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, citados em estudo,¹ determinam critérios de estrutura para estabelecimentos de saúde. Alguns estudos^{21,25,28} ampliam a discussão ao abordar as normatizações da ANVISA, da RDC nº 306,²¹ da RDC nº 33²⁵ e do CONAMA, e das Resoluções nº 283²⁸ e nº 05,²⁸ que regulamentam aspectos referentes a gerenciamento de resíduos e aos sistemas de fornecimento de água para serviço de saúde.

Quanto às legislações relacionadas às políticas de saúde, estudos^{18,23} abordaram a Política Nacional de Atenção Básica¹⁸ e Programa Nacional de Imunização,²³ destacando aspectos estruturais, boas práticas assistenciais e padrões de procedimentos. Outro estudo²⁴ discorreu sobre programas de saúde do trabalhador que trataram de higienização e ambiente. Aspectos ressaltados no contexto internacional, no Sudão Sul, mencionaram o programa de erradicação do verme de Guiné.⁴² Reforçando esse ideário de CS, a Norma Regulamentadora nº 24 utiliza “Condições Sanitárias” na menção do conforto nos locais de trabalho, das instalações sanitárias e do saneamento básico.¹²

Considerando o conceito ampliado de espaço saudável e facilitador do PTS, nova concepção do local de trabalho, que coaduna com a noção de condições sanitárias, é apresentada no manual de estrutura física.⁴² Este descreve as características relevantes da infraestrutura, como ambiência, definida como espaço físico que deve proporcionar atenção acolhedora e humana para os agentes.¹³ Esse termo também é discutido na Política de Humanização no sentido da ambiência na saúde, referindo espaço físico como espaço social, profissional e de relações interpessoais.¹⁰

Quanto às normatizações relacionadas à vigilância sanitária (VISA), estudos^{21,23,25,28,35} discutem elementos conceituais com base em risco, biossegurança e inspeção sanitária. Um dos estudos²⁵ utiliza conceito de biossegurança, segundo Teixeira e Valle, como “conjunto de ações voltadas para prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades”. O risco, segundo a VISA,³⁵ incorpora probabilidade de ocorrência de evento danoso à saúde, portanto, atua na prevenção e na integralidade.²⁸ Compete à VISA monitorar riscos para garantir qualidade e CS no cuidado nas unidades de saúde.^{28,35}

A noção de risco e segurança também é debatida na imunização,²³ enquanto outro estudo²¹ discorre sobre a Lei nº 5.991/1973, que dispõe sobre controle sanitário

do comércio de drogas/medicamentos na perspectiva do risco. Considerando que farmácia e sala de vacina são serviços integrantes da USF, a inspeção sanitária desses ambientes e a garantia da efetividade das normas se fazem imprescindíveis para o adequado funcionamento e para assegurar proteção à saúde da população.

Outro documento, resultante da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, é a Carta de Ottawa de 1986. Estudos^{28,37} trazem documento referido como elemento para discussão da estrutura sob a ótica da promoção da saúde, definida como processo de empoderamento da comunidade para melhoria da qualidade de vida/saúde.¹⁴ Estudo³⁷ acrescenta que promoção da saúde visa melhoria da situação sanitária e exercício de maior controle sobre ela, envolvendo reorientação dos serviços de saúde e criação de políticas públicas saudáveis. Assim, a noção de ambiente é ampliada e holística.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados identificaram a discussão de questões de gestão, vigilância e PTS, fato que evidencia importância da garantia das CS para operacionalização das unidades de saúde, pois contribui para a efetividade. O perfil da produção aponta para crescente interesse sobre o tema, mas ainda se encontra como lacuna estudos que tragam a realidade da região Norte do Brasil e de outros contextos internacionais.

Na análise dos elementos conceituais, identificaram-se abordagens restritas e amplas sobre o objeto CS, envolvendo desde condições higiênicas até reprodução social. Achados demonstram possibilidade de utilização de diversas perspectivas para entender CS das unidades da APS.

Destaca-se necessidade de integração das políticas públicas, considerando interdisciplinaridade do tema. Como modelo de reorientação da atenção, a APS reforça saúde como direito social, portanto, a garantia das CS das unidades. Para tanto, condições adequadas devem ser asseguradas para fortalecer a APS e melhorar a qualidade de vida da população.

Este estudo é um recorte do projeto Condições Sanitárias das Unidades de Saúde da Família: Desafios para o Processo de Trabalho, a Saúde da População e a Gestão em Saúde, aprovado no edital 19/2013 do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de

Saúde (PPSUS) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

REFERÊNCIAS

1. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa, MF. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 353
2. Pedrosa ICF. A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro [dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem; 2011.
3. Barreto LA, Souza MKB, Silva EAL. Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde e as Condições Sanitárias na Atenção Primária à Saúde. [trabalho de conclusão de curso de graduação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem; 2015.
4. CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. [Internet]. Plataforma Sucupira Webquali. 2014. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/listaConsultaGeralPeriodicos.jsf>
5. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Editora FIOCRUZ; 2014. p. 107
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly; 1966.
8. Giddens A. A constituição da sociedade. São Paulo. Martins Fontes; 1989.
9. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
11. Boeira SL, Borba J. Os Fundamentos Teóricos do Capital Social. Ambient. soc. 2006; 9(1):187-193.
12. Ministério do Trabalho e Emprego (Brasil). Portaria GM n.º 3.214 de 08 de junho de 1978. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 julho 1978.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. Ministério da Saúde (Brasil). As Cartas da Promoção da Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
15. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Cadernos de Saúde Pública; 1999. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2014. p.39-53.

16. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilabôas ALQ, Xavier AL, Costa AF. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2010; 10(1):69-81.
17. Amorim GM, Quintao ECV, Martelli Junior H, Bonan PRF. Prestação de serviços de manutenção predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2013; 18(1): 145-58.
18. Oliveira DC, Mandu ENT, Correa ACP, Tomiyoshi JT, Texeira RC. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery.* 2013; 17(3): 446-54.
19. Silva NR. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(8): 3393-402.
20. Santos SMS, Oliveira VAC, Oliveira RAC, Guimarães EAA. Estratégia de saúde da família: Qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. *Rev. Min. Enferm.* 2010; 14(4): 499-508.
21. Bastos AA, Costa EA, Castro LLC. Trabalho em saúde: vigilância sanitária de farmácias no município de Salvador (Bahia, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(5): 2391-400.
22. Souza LEPF. A vigilância sanitária e a mudança do modelo de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(3): 3318-28.
23. Araújo ACM, Guimarães MJB, Frias PG, Correia JB. Avaliação das salas de vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2013; 22(2): 255-64.
24. Balista SRR, Santiago SM, Corrêa Filho HR. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(4): 759-68.
25. Garcia LP, Zanetti-Ramos BG. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(3):744-752.
26. O'dwyer G, Reis DCS, Silva LLG. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(3): 3351-60.
27. Gerhardt TE, Pinto JM, Riquinho DL, Roese A, Santos DL, Lima MCR. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(1): 1221-32.
28. O'dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(23): 467-84.
29. Sirqueira F, Gaudard AMYS. Acesso aos serviços de Farmácia em atenção básica na SES-DF. *Comun. ciênc. Saúde.* 2009; ; 20(3): 211-17.
30. Oliveira VC, Guimarães EAA, Silva SS, Pinto IC. Conservação de vacinas em unidades básicas de saúde: análise diagnóstica em municípios mineiros. *Rev. Rene.* 2012; 13(3):531-41.
31. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, Fermino TZ, Santos CB. Avaliação das características organizacionais e de

- desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1):48-55.
32. Maia CS, Freitas DRC, Guilhem D, Azevedo AF. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(5): 2567-74.
 33. Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009; 14(1): 1541-52.
 34. Rocha PM, Sa AB. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. *Ciênc. saúde coletiva [online].* 2011; 16(6): 2853-63.
 35. Maia C, Guilhem D, Lucchese G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(4): 682-92.
 36. Figueiró AC, Hartz ZMA, Brito CAA, Samico I, Siqueira Filha NT, Cazarin G, Braga C, Cesse EAP. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(12): 2373-85.
 37. Moutinho FFB, Campos MG, Jesus PBR. A importância da implementação de ações educativas em vigilância sanitária pelas equipes da estratégia saúde da família: breve revisão. *Rev APS.* 2012; 15(2): 206-13.
 38. Ichiho HM, Robles B, Aitaoto N. An Assessment of Non-Communicable Diseases, Diabetes, and Related Risk Factors in the Commonwealth of the Northern Mariana Islands: A Systems Perspective. *Hawaii J Med Public Health.* 2013;72(5):19-29.
 39. Ichiho HM, Roby FT, Ponausua ES, Aitaoto N. An Assessment of Non-Communicable Diseases, Diabetes, and Related Risk Factors in the Territory of American Samoa: A Systems Perspective. *Hawaii J Med Public Health.* 2013; 72(5): 10-8.
 40. Awofeso N. Towards Global Guinea Worm Eradication in 2015: The Experience of South Sudan. *Int J Infect Dis.* 2013;17(8): 577-82.
 41. Abdool Karim SS, Churchyard GJ, Abdool Karim Q, Lawn SD. HIV Infection and Tuberculosis in South Africa: An Urgent Need to Escalate the Public Health Response. *Lancet.* 2009; 374(9693): 921-33.
 42. Mohseni M, Lindstrom M. Social Capital, Trust in the Health-Care System and Self-Rated Health: The Role of Access to Health Care in a Population-Based Study. *Soc Sci Med.* 2007; 64(7):1373-83.

Submissão: agosto de 2016.

Aprovação: novembro de 2019.