

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JULIANA PIRES RIBEIRO**

**ACESSIBILIDADE E AMBIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE  
DO ESTADO DE GOIÁS**

**GOIÂNIA, 2014**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**       **Dissertação**       **Tese**

**2. Identificação da Dissertação**

Autor (a): Juliana Pires Ribeiro		
E-mail: <a href="mailto:julianapribeiro@yahoo.com.br">julianapribeiro@yahoo.com.br</a>		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Vínculo empregatício do autor:		
Agência de fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Ensino Superior		Sigla: CAPES
País: Brasil	UF: GO	CNPJ:
Título: ACESSIBILIDADE E AMBIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS		
Palavras-chave: Acessibilidade; Ambiente; Atenção Básica à Saúde; Avaliação de serviço de saúde.		
Título em outra língua: ACCESSIBILITY AND AMBIENCE IN BASIC HEALTH CARE STATE GOIÁS.		
Palavras-chave em outra língua: Accessibility; Ambience; Primary Health Care; Health Care Service. Assessment.		
Área de concentração: A enfermagem no cuidado à saúde humana		
Data defesa: 29/04/2014		
Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em enfermagem		
Orientador (a): Dra Claci Fátima Weirich Rosso		
E-mail: <a href="mailto:Claci.fen@gmail.com">Claci.fen@gmail.com</a>		
Coorientador (a):*		
E-mail:		

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assinatura do (a) autor (a)

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão desse prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

**JULIANA PIRES RIBEIRO**

**ACESSIBILIDADE E AMBIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE  
DO ESTADO DE GOIÁS**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

**Área de concentração:** A Enfermagem no cuidado à saúde humana

**Linha de Pesquisa:** Gestão e formação de Recursos Humanos para a integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Profa. Dra. Claci Fátima Weirich Rosso

**GOIÂNIA, 2014**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)  
GPT/BC/UFG**

R484a Ribeiro, Juliana Pires.  
Acessibilidade e ambiência na atenção básica à saúde do estado de Goiás [manuscrito] / Juliana Pires Ribeiro - 2014.  
111 f. : il., figs, tabs.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claci Fátima Weirich Rosso.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás,  
Faculdade de Enfermagem, 2014.

Bibliografia.

Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.

Anexos.

1. Saúde – Atenção básica – Goiás 2. Sistema Único de Saúde – Goiás 3. Serviço de saúde – Avaliação 4. Saúde – Acessibilidade – Goiás I. Título.

CDU: 614(817.3)

# **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**JULIANA PIRES RIBEIRO**

## **ACESSIBILIDADE E AMBIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

Aprovada em 29 de abril de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

---

Professora Doutora CLACI FÁTIMA WEIRICH ROSSO – Presidente da Banca  
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

---

Professora Doutora MARTA ROVERY SOUZA – Membro Efetivo, Externo ao Programa  
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE GOIÁS

---

Professora Doutora MÁRCIA MARIA DE SOUZA – Membro Efetivo  
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

---

Professora Doutora NUSA DE ALMEIDA SILVEIRA – Membro Suplente, Externo ao  
Programa INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS

---

Professora Doutora ANA LÚCIA QUEIROZ BEZERRA – Membro Suplente  
FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

*“Dedico essa dissertação aos meus pais  
Aroldo e Carmen pelo apoio incondicional e pela presença  
constante em minha vida.  
Ao meu irmão Alessandro, Ana Paula e Alessandro Filho.*

*Amo Vocês!”*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, por estar presente em minha vida em todos os momentos de dificuldades e alegrias, por ter me abençoado a conquistar mais um sonho e por sempre guiar meus passos de uma forma tão generosa.*

*À minha família, por sempre estar ao meu lado me ajudando a superar cada dificuldade que encontrei até chegar aqui. Declaro meu amor e carinho a todos vocês!*

*Ao Pedro, pelo amor, carinho, confiança, além da compreensão e acompanhamento em todos os momentos. Amo Você!*

*Minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Claci Fátima Weirich Rosso, eterna e querida, obrigada por ter me ensinado tudo que aprendi até aqui, pela compreensão e amizade nos momentos de dificuldade, pelo empenho e dedicação e por ter me orientado nos caminhos certos para conclusão dessa dissertação.*

*Às Professoras Marta Rovery Souza e Márcia Maria de Souza por terem aceitado participar da banca e pelas contribuições enriquecedoras.*

*Às Professoras Nusa de Almeida Silveira e Ana Lúcia Queiroz Bezerra, pelos ensinamentos e contribuições.*

*À Ana Cléia, por participar de tão perto dessa conquista e por sempre estar me apoiando..., você é muito especial!*

*Às colegas Diana, Samira e Thays Angélica pela ajuda e apoio ao longo dessa trajetória.*

*Às minhas eternas amigas da graduação Luana, Letícia, Gisele e Mayara.*

*Aos meus colegas de trabalho pelo incentivo, apoio e motivação.*

*À Maria Cláudia, Patrícia Belém, Mirlene pela compreensão nos momentos de ausência e por acreditarem no meu trabalho.*

*À Patrícia Antunes por ter me ajudado em um momento tão especial da minha vida.*

*Ao Professor Xisto Sena Passos pelo carinho e por sempre estar me incentivando.*

*Ao Ministério da Saúde, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás pelo incentivo financeiro.*

*A todos os professores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás por terem me mostrado o caminho durante a graduação e pós-graduação.*

*A todos os servidores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás pelas contribuições nessa fase da minha vida.*

*A todos os participantes da pesquisa, sem vocês não seria possível encerrar esses estudos.*

*Agradeço a todos que, de forma direta ou indireta, participaram da realização dessa conquista e contribuíram de alguma forma para que eu alcançasse esse sonho.*

## SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
APRESENTAÇÃO	
1. INTRODUÇÃO	19
2. OBJETIVO	27
3. REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	30
3.2. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	35
3.3. ACESSIBILIDADE, AMBIÊNCIA E A GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	42
4. METODOLOGIA	49
4.1. TIPO DE ESTUDO	50
4.2. LOCAL DO ESTUDO	50
4.3. AMOSTRA DO ESTUDO	52
4.4. COLETA DE DADOS	53
4.5. ASPECTOS ÉTICOS	54
4.6. ANÁLISE DOS DADOS	54
4.6.1. VARIÁVEIS DO ESTUDO	55
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
ARTIGO 1	59
ARTIGO 2	77
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	102
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	103
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO – MÓDULO I	104

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

**Figura 1.** Mapa do Estado de Goiás dividido em macrorregiões, 2013

**Figura 2.** Mapa do Estado de Goiás com as rotas, 2012

**Figura 3.** Categorização dos Municípios do estado de Goiás por modalidade de avaliação, 2012

**Quadro 1.** Variáveis utilizadas para análise do estudo

### **ARTIGO 1**

**Figura 1.** Ambientes que compõem a estrutura física das unidades de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás, 2012

**Figura 2.** Quantidade de farmácia e salas de estocagem de medicamentos das unidades de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás, 2012

**Quadro 1.** Salas de procedimentos das unidades de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás, 2012

### **ARTIGO 2**

**Figura 1.** Sala de acolhimento das unidades de saúde da Atenção Básica no estado de Goiás, 2012

**Figura 2.** Tipo de sinalização interna dos serviços oferecidos nas unidades de saúde da Atenção Básica no estado de Goiás, 2012

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

**Tabela 1.** Informações sobre sanitários das unidades de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás, 2012

**Tabela 2.** Acessibilidade das unidades de saúde da Atenção Básica no estado de Goiás para deficientes físicos, 2012

### ARTIGO 2

**Tabela 1.** Rede hidráulica, elétrica e sanitária nas unidades de saúde da Atenção Básica no estado de Goiás, 2012

**Tabela 2.** Sanitários das unidades de saúde da Atenção Básica no estado de Goiás, 2012

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS – Atenção Básica à Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CIT – Comissão Intergestora Tripartite  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa  
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle  
EAB – Equipes de Atenção Básica  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FEN – Faculdade de Enfermagem  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
LOS – Leis Orgânicas da Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PCATool - Primary Care Assessment Tool  
PCCS – Plano de Carreira Cargos e Salários  
PET – Programa de Educação Tutorial  
PIVIC - Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica  
PROADESS - Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares  
PNASS - Política Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde  
PPI – Programação Pactuada e Integrada  
PSF – Programa de Saúde da Família  
SPAIS - Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde

SPSS - Statistical Package of Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFG - Universidade Federal de Goiás

## RESUMO

**Introdução:** A acessibilidade e a ambiência das Unidades Básicas de Saúde compõem dois elos de fundamental importância para o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe. A acessibilidade está intrinsecamente ligada ao atendimento das necessidades dos usuários aos serviços de saúde e à garantia da resolubilidade da assistência. Já a ambiência é um conceito que se refere não só ao espaço físico, mas também ao social, formado pelas relações interpessoais e profissionais com o intuito de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e equânime. **Objetivo:** Analisar a acessibilidade aos serviços de saúde e a ambiência das unidades básicas de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás. **Metodologia:** Pesquisa descritiva de corte transversal realizada nas unidades de saúde da Atenção Básica do estado de Goiás em 2012. A amostra do estudo foi constituída por 1216 unidades básicas de saúde do estado de Goiás. A coleta de dados ocorreu entre julho a setembro de 2012 por meio de um instrumento estruturado, padronizado e previamente validado. Para a análise, os dados foram enviados para um banco do Ministério da Saúde, por meio da utilização de tablets e via uma rede de internet. Após o envio, esses dados foram armazenados e agrupados em módulos I, II e III. A análise estatística foi realizada por meio do *Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS* versão 19.0. O trabalho atendeu aos aspectos ético-legais preconizados pela Resolução 466/2012. **Resultados:** Foram construídos dois artigos científicos. O primeiro artigo denominado “Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás” traz informações sobre o levantamento dos fatores relacionados a acessibilidades que estão presentes nas unidades de saúde. O segundo artigo “Ambiência das unidades básicas de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás” versa sobre os ambientes que propiciam um melhor atendimento e satisfação aos usuários e trabalhadores. **Conclusão:** Ao analisar a acessibilidade e ambiência das unidades básicas de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás, podemos afirmar que a inacessibilidade fere o princípio da integralidade, dificultando a assistência e prejudicando aqueles que precisam dos serviços de saúde. Também foi possível perceber que existe uma relação direta entre atendimento acolhedor/humanizado e ambiência. A inexistência de um local adequado para acolhimento, acomodação e atendimento dos usuários prejudica o desenvolvimento das ações realizadas nos serviços de saúde. Para mudar essa realidade, será preciso investimento da gestão, a fim de consolidar a Atenção Básica de forma resolutiva, equânime e acolhedora. **Palavras-Chave:** Acessibilidade; Ambiente; Atenção Básica à Saúde; Avaliação de serviço de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Basic Health Units accessibility and ambience holds two fundamental importance links for the team work process development. The accessibility is intrinsically linked to meet the health services users' needs and to ensure the solvability of assistance. Ambience is a concept that refers not only to physical space, but also to the social, made up of interpersonal and professional relationships in order to provide a solving, equitable and warm attention. **Objective:** To analyze the accessibility to health services and ambience of basic health care units in primary care in Goiás state. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study performed in health care facilities in Primary Care in Goiás state in 2012. The study sample was done in 1216 basic health care units in Goiás state. Data were collected between July and September 2012 through a structured, standardized and previously validated instrument. They were submitted to Ministry of Health database through the use of tablets and via internet to be analysed. After that these data were stored and grouped into modules I, II and III. Statistical analysis was performed using *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* software, version 19.0. The study respected ethical and legal aspects recommended by the Resolution 466/2012. **Results:** Two scientific articles were done. The first one "Accessibility to health care services in primary care in Goiás state" studied factors related to accessibility in health care facilities. The second article "Ambience of basic health care units in primary care in Goiás state " is about environment which provides better service and satisfaction to users and workers. **Conclusion:** Regarding accessibility and ambience in basic health units in primary care in Goiás state, we can conclude that the inaccessibility is contrary to the principle of integrality, hindering assistance and disrespecting those who need health services. It was also showed that there is a direct relationship between welcoming / humanized service and ambience. The lack of a suitable place for accommodation and care for users affects the development of actions in health care system. To change this reality, it will be necessary to invest in management in order to consolidate the Primary Health Care in a resolutely, equitable and welcoming way.

**Keywords:** Accessibility; Ambience; Primary Health Care; Health Care Service. Assessment.

## RESUMEN

**Introducción:** La accesibilidad y la ambiente de Unidades Básicas de Salud comprenden dos ejes de suma importancia para el desarrollo del proceso de trabajo del equipo. La accesibilidad está intrínsecamente relacionada al atendimento de las necesidades de los usuarios de los servicios de salud y la garantía de que esa asistencia resuelva. La accesibilidad está intrínsecamente relacionada a la atención de las necesidades de los usuarios relacionados a los servicios de salud y a la garantía de la resolución de la asistencia. La ambiente ya es un concepto que se refiere no solamente al aspecto físico, sino también a lo social, formado por las relaciones interpersonales y profesionales con la intención de proporcionar atención acogedora, resolutive y ecuánime. **Objetivo:** Analizar la accesibilidad a los servicios de salud y la ambiente de las unidades básicas de salud de Atendimento Básico del estado de Goiás en 2012. **Metodología:** Investigación descriptiva de tipo transversal hecha en las unidades de salud de Atención Básica del estado de Goiás en 2012. La muestra del estudio fue compuesta por 1216 unidades básicas de salud del estado de Goiás. La recolección de datos ocurrió entre julio y septiembre de 2012 por medio de un instrumento estructurado, estandarizado y previamente validado. Para el análisis, los datos fueron enviados para un banco del Ministerio de Salud, por medio de la utilización de tablets y por vía internet. Después del envío, esos datos fueron almacenados y agrupados en módulos I, II y III. El análisis estadístico fue realizado por medio del *Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS* versión 19.0. El trabajo atendió a los aspectos ético legales pregonados por la Resolución 466/2012. **Resultados:** Fueron hechos dos artículos científicos. El primer artículo, "Accesibilidad a los servicios de salud en la Atención Básica del estado de Goiás", se hizo un estudio de los factores relacionados a la accesibilidad que están presentes en las unidades de salud. El segundo artículo, "Ambiente de las unidades básicas de salud en el Atendimento Básico del estado de Goiás", relata sobre los ambientes que propician una mejor atención y satisfacción a los usuarios y trabajadores. **Conclusión:** Al analizar la accesibilidad y la ambiente de las unidades básicas de salud de Atendimento Básico del estado de Goiás, se puede afirmar que la inaccesibilidad hiera el principio de la integridad, dificultando la asistencia y perjudicando aquellos que necesitan de los servicios de salud. También fue posible darse cuenta que existe una relación directa entre atendimento acogedor/humanizado y ambiente. La no existencia de un local adecuado para acogimiento, acomodación y atendimento de los usuarios perjudica el desarrollo de las acciones realizadas en los servicios de salud. Para cambiar esta realidad será necesario inversión de la administración, con la finalidad de consolidar la Atención Básica de forma resolutive, ecuánime y acogedora.

**Palabras Clave:** Accesibilidad; Ambiente; Atención Básica de Salud; Evaluación del servicio de salud.

**APRESENTAÇÃO**

---

## APRESENTAÇÃO

Ao se abordar o tema acessibilidade e ambiência nas unidades de saúde, inevitavelmente aparecem questionamentos sobre a qualidade e a abrangência desses serviços. Com relação às dificuldades destacam-se algumas situações, como por exemplo, os longos períodos de espera por assistência à saúde especializada, burocracia para marcação de exames laboratoriais e de alto custo e infraestrutura inadequada em algumas das Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Além das dificuldades vivenciadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS nos seus quase 30 anos de implantação, é importante destacar os avanços ao longo da sua trajetória que podem ser vistos por meio da maior oferta de consultas pelas Equipes Saúde da Família – ESF, acesso gratuito a medicamentos, exames, medicamentos de auto custo, vacinas entre outros.

Em consonância a algumas das situações descritas acima, esta dissertação é resultado de inquietações a respeito da importância da acessibilidade e ambiência e a forma como elas estão sendo oferecidas para a população que, na maioria das situações encontradas, verificou-se o descaso da gestão pública com os serviços de saúde. Diante disso, resolve-se elaborar uma análise da acessibilidade e ambiência na Atenção Básica, a fim de colaborar no processo de reflexão dos gestores municipais e do estado de Goiás para modificar e adequar as UBS conforme as normas do Ministério da Saúde - MS.

A trajetória profissional percorrida para conhecer o SUS iniciou na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – FEN/UFG em 2005. No desenvolvimento da graduação, tive a oportunidade de participar do Programa de Educação Tutorial – PET e do Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica – PIVIC que me despertaram interesse para o ensino, a pesquisa e a extensão.

Após a graduação, atuei na cidade de Bela Vista de Goiás em uma equipe da ESF e pude perceber o quanto é importante uma equipe adequada com recursos humanos e materiais suficientes e uma estrutura física que proporcione melhor acessibilidade e ambiência para garantir ao usuário um acesso seguro e de qualidade.

Outras oportunidades de aproximação com a Atenção Básica foram importantes como participar da pesquisa de avaliação do MS denominada Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ – AB realizado o 1º ciclo em 2012 e o 2º ciclo em 2013 e 2014. Por meio dessa pesquisa, foi possível adquirir um relevante conhecimento das condições da Atenção Básica do estado de Goiás, pois vivenciei realidades distintas e pude perceber várias dificuldades que precisam ser superadas para ser ofertado aos usuários uma saúde mais digna e resolutiva.

Atualmente, trabalho na Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e Aparecida de Goiânia em cargo de gestão o que proporciona uma visão ampliada da gestão e dos seus mecanismos para melhorar a assistência.

Nesse sentido, me envolver nesse estudo e participar do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em uma linha que estuda gestão acrescenta a minha carreira profissional uma grande contribuição sobre a Atenção Básica que será repassada para os municípios por meio dos resultados encontrados. Para estruturar a pesquisa desenvolvida e com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento da Atenção Básica, apresenta-se o desenvolvimento desse material em capítulos.

O capítulo 1 descreve a introdução, na qual são apontados pontos relevantes referentes a uma breve contextualização da história do SUS; a acessibilidade e a ambiência das unidades de saúde; a caracterização dos processos de avaliação da Atenção Básica, incluindo o PMAQ e a importância da gestão no processo de fortalecimento do sistema de saúde.

Apresenta-se no capítulo 2 o objetivo e em seguida no capítulo 3 o referencial teórico que foi construído em três capítulos que dão sustentação às discussões: O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica no Brasil; Avaliação da Atenção Básica em Saúde e Acessibilidade, ambiência e gestão em saúde na Atenção Básica.

O método descrito no capítulo 4 apresenta o tipo de estudo, local do estudo, amostra do estudo e a forma como os dados foram coletados e analisados. Os resultados e discussão estão apresentados na forma de dois artigos. No primeiro deles – artigo de opinião enviado para a Revista Eletrônica de Enfermagem conforme as normas de publicação do manuscrito – analisa a acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás. O segundo artigo

previamente elaborado analisa a ambiência das unidades básicas de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás.

Esse trabalho integra uma pesquisa realizada pelo MS com a intenção de avaliar a Atenção Básica em todo o País. No estado de Goiás, é a primeira produção científica que avalia a acessibilidade e ambiência na Atenção Básica com a finalidade de induzir mudanças e proporcionar uma saúde de qualidade aos usuários que procuram por atendimento.



## 1. INTRODUÇÃO

A população brasileira, na década de 1970, juntamente com trabalhadores do setor da saúde (da assistência, gestão e educação), organizaram-se reivindicando um sistema de saúde que melhor atendesse às necessidades dos cidadãos que viviam e ainda vivem em diferentes realidades sociais. Desse movimento chamado Reforma Sanitária Brasileira, originou-se o SUS que foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e tem como princípios doutrinários a integralidade, a universalidade e a equidade (PAIM, 2009).

Com a criação do SUS por meio da Constituição Federal em 1988, ocorreram grandes mudanças para o modelo de atenção à saúde até então não existente. De um modelo hospitalocêntrico e de caráter curativo, passou-se a um modelo voltado para as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988; VALENTIM, KRUEL, 2007).

O conceito de saúde teve grandes avanços com a criação do SUS, pois passaram a considerar como relevantes os fatores determinantes e condicionantes no processo de saúde/doença. Dessa forma, a saúde passa a ser considerada como um produto social e como um indicador de qualidade de vida (BUSS, 2000). Além disso, propõe que a atenção à saúde siga os princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, descentralização e participação social (VALENTIM, KRUEL, 2007).

A Conferência de Alma Ata sobre Cuidados Primários em 1978, a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986 e os princípios doutrinários e organizacionais do SUS marcaram transformações significativas no contexto da Atenção Básica à Saúde - ABS, sustentando a visão de saúde como direito de todos e dever do Estado, numa perspectiva ampliada que considera não apenas seus determinantes biológicos, mas também psicológicos e sociais. Atualmente, a assistência à saúde passou a ser universal e focada em ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em substituição ao sistema excludente que atendia, apenas, os trabalhadores contribuintes (CAMPOS *et al.*, 2007; GUANAES, MATTOS, 2011).

Na década de 90, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas - NOB e, em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS, reformulada em 2002. A partir de 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, formado

pelo Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS com a intenção de nortear o sistema de saúde do Brasil e de formular estratégias de desenvolvimento dessa política (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; 2006c).

Atualmente, o modelo de atenção à saúde do Brasil é orientado pelas diretrizes da ABS e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização e expansão, proporcionando maior acesso e resolutividade a partir do trabalho das equipes que assumem a responsabilidade pela população de uma área geográfica definida onde são desenvolvidas ações individuais e coletivas de forma integral e contínua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

No Brasil, a ABS tornou-se uma das prioridades nas diretrizes da Política Nacional de Saúde. Nesse contexto, a Portaria nº. 2488/GM, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da ABS, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Essa portaria também conceitua a ABS, caracterizando-a como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a condição de saúde, a autonomia das pessoas e os fatores determinantes e condicionantes da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Nesse cenário, a ABS foi considerada como a principal porta de entrada e coordenadora de toda a rede assistencial, articulando a referência e contrarreferência aos demais níveis de atenção e desenvolveu-se como política prioritária do Ministério da Saúde - MS para reorganização e reestruturação do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Dentro da ABS, destaca-se o Programa de Saúde da Família – PSF que foi criado em 1994 e evoluiu a uma estratégia de governo denominada ESF, com o objetivo de reorganizar e reestruturar a prática assistencial, substituindo o modelo médico assistencial privatista hegemônico em outro fundamentado nas ações coletivas que possuem como prioridade a promoção da qualidade de vida e

intervenção nos fatores que colocam em risco a saúde da comunidade (FRANCO, MERHY, 2003; MATOS, 2004).

A ESF é considerada pelo MS como a principal estratégia para a reorganização da ABS e deve ser capacitada para solucionar cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Dessa forma, para que isso se torne uma realidade é necessário oferecer à população acesso, acessibilidade, ambiência, gestão de recursos humanos e materiais, formação de gestores capacitados, financiamento adequado, regulação dos serviços de saúde e entre outros fatores que interferem na resolutividade dos serviços.

O acesso e a acessibilidade ofertados para a população são empregados de diferentes formas e podem sofrer variações conforme contexto e no decorrer do tempo (TRAVASSOS, MARTINS, 2004). O acesso aos serviços de saúde é considerado como a liberdade de usar os serviços e sua disponibilidade no momento da procura pelo atendimento (THIEDE, MCINTYRE, 2008). Ele também pode ser entendido como a associação entre alguns elementos denominados disponibilidade, aceitabilidade e informação e cada vez mais se confunde com o conceito de equidade em saúde (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

A acessibilidade está relacionada à resolutividade dos serviços de saúde de modo que a oferta seja suficiente às necessidades da população no momento da procura pelo atendimento (DONABEDIAN, 1973).

Pode também ser considerada como uma das dimensões do acesso. Dessa forma, diz respeito à relação entre as características do sistema de saúde e aquelas da população que ele serve, ou ainda, ao grau de ajuste entre as características da população e da oferta de serviços (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Nesse estudo, utiliza-se o termo acessibilidade para mostrar as diversas situações em que os usuários se encontram quando procuram os serviços de saúde, como por exemplo a presença de recepção, sala de espera, sala de acolhimento, sala de estocagem de medicamentos, farmácia, consultório clínico, consultório odontológico, salas diversas, banheiros, horário de funcionamento e identificação interna e externa das UBS.

Para o fortalecimento da Atenção Básica, as UBS devem focar não só a acessibilidade, mas também a adequação da ambiência melhorando as instalações elétricas e hidráulicas, ventilação, luminosidade, temperatura, ruídos do ambiente,

fluxo de usuários, praticidade na limpeza e desinfecção. A ambiência significa o espaço físico que deve proporcionar atenção acolhedora e humanizada, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; 2006d).

Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensoriais identificados pelos sentidos da visão, do olfato e da audição. Para uma ambiência adequada, em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para portadores de deficiência; tratamento das áreas externas incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d).

A acessibilidade e a ambiência das UBSs compõem dois elos de fundamental importância para o desenvolvimento do processo de trabalho da equipe. Segundo Donabedian (1988), para estimar a qualidade dos serviços de saúde é essencial uma análise da estrutura, do processo e do resultado.

Dessa forma, o planejamento adequado dos serviços de saúde, no que se refere a estrutura física disponível na Atenção Básica contribui para o processo de trabalho mais adequado e resolutivo, proporcionando maior qualidade e acessibilidade para os usuários que buscam atendimento nos estabelecimentos de saúde.

A qualidade dos serviços de saúde na Atenção Básica vem sendo discutida desde a década de 30 (LEE, JONES, 1933). Já a avaliação dos serviços de saúde direcionada para a qualidade da assistência conquistou espaço no Brasil no final da década de 1990 com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação (TRAD *et al.*, 2002; ESPERIDIÃO, TRAD, 2005 ).

No âmbito da gestão pública, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, é necessário adequar as UBS, resolvendo alguns problemas que resultam na ambiência pouco acolhedora em algumas UBS, em função da acessibilidade ineficaz de alguns serviços, da insuficiência e do perfil inadequado dos gestores e

trabalhadores, do difícil acesso aos insumos, da baixa efetividade de políticas e ações de saúde e da inadequada estrutura física de alguns estabelecimentos de saúde (CONNIL, 2008; FACCHINI *et al.*, 2008).

Devido aos problemas citados acima, o MS almeja incentivar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso, acessibilidade e qualidade da atenção em saúde para toda a população.

Nesse sentido, foram propostas várias iniciativas para melhoria da qualidade da ABS. Dentre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ - AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Esse programa foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS, do dia 19 de julho de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b; 2011c). Ele é desenvolvido em quatro fases, que se complementam e que configuram um ciclo contínuo da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica e são assim denominadas: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em vários momentos, o MS e os gestores municipais e estaduais debateram e formularam estratégias para viabilizar a implantação do programa, a fim de proporcionar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da ABS em todo o Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b; 2011c).

Avaliar o desempenho da ABS é uma iniciativa relevante para o SUS e para a população brasileira. Premiar o melhor desempenho com incentivos financeiros e apoio técnico-científico pode estimular a melhoria do desempenho das equipes que atuam nas unidades básicas de saúde e criar um ciclo virtuoso de promoção de equidade e cobertura universal em saúde nos territórios dos serviços de saúde (PEREIRA, JEZIORSKI, FACCHINI, 2012).

O PMAQ além de estimular as equipes de Atenção Básica a se autoavaliarem e ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população, tornou-se um desafio para os gestores. Esse programa também busca garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior

transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS em todo o Brasil (PEREIRA, JEZIORSKI, FACCHINI, 2012).

Os desafios da gestão na ABS dos serviços públicos de saúde são inúmeros e têm sido alvo de discussões nesses últimos anos, especialmente com a gestão da saúde delegada aos municípios, conforme prevê o SUS. Uma das dificuldades que permeiam essas discussões é a gestão de recursos humanos e materiais nos serviços de saúde. A produção dos serviços de saúde depende não só de recursos materiais, tecnológicos e de uma estrutura física adequada, mas também de profissionais devidamente qualificados para alcançar resultados satisfatórios (MENDES, 1999; MERHY, 2002; PAIM, TEIXEIRA, 2007; SCALCO, LACERDA, CALVO, 2010).

Nos serviços públicos de saúde, a figura do gestor é uma realidade e uma necessidade, pois ele desempenha diferentes funções de acordo com a política de governo local. Assim, o gestor constitui um importante instrumento para a efetivação das políticas de saúde, pois incorpora um caráter articulador e integrativo (FERNANDES *et al.*, 2010).

O enfermeiro no desenvolvimento das suas atividades profissionais vem se destacando na gestão dos serviços de saúde principalmente na ABS, pois sempre teve como uma de suas atribuições o gerenciamento da assistência, com ações centradas na administração, teoricamente orientadas por disciplinas ofertadas no curso de graduação, fortemente apoiadas nas concepções da administração clássica, de conotação taylorista e que respaldavam a atuação da enfermagem preferencialmente no âmbito da cura (ROSSO, 2008; BARRÊTO *et al.*, 2010).

Nesse sentido, entre as categorias dos profissionais da saúde, o enfermeiro vem ocupando o maior número de cargos na gestão dos serviços de saúde, com destaque na coordenação das ESF, na coordenação de programas da Atenção Básica e na direção de departamentos e unidades de saúde.

A função gerencial no trabalho do enfermeiro é definida nas Diretrizes Curriculares Nacionais como uma ferramenta indispensável que o auxilia no seu cotidiano e nas expectativas do mercado de trabalho, principalmente na consolidação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Na busca pela consolidação do SUS, os processos avaliativos estão diretamente relacionados com o papel da gestão o que vem envolvendo os

profissionais da saúde que, tradicionalmente, não possuem essa cultura de avaliação e monitoramento. Para construção dessa cultura, há necessidade de fortalecer parcerias entre o ensino, serviço e gestão, no sentido de dar sustentação à formação gerencial do enfermeiro numa perspectiva transformadora (WEIRICH *et al.*, 2009)

Apesar da função gerencial ser definida pelas Diretrizes Curriculares na atuação profissional do enfermeiro, ainda não existe uma cultura de avaliação na formação dos profissionais da saúde. Para que isso se torne uma realidade, é necessário que os processos de monitoramento e avaliação sejam incorporados como instrumentos de trabalho no seu cotidiano. O presente estudo de avaliação da Atenção Básica vem fortalecer os processos avaliativos e incentivar os gestores na consolidação de instrumentos dando possibilidades de sistematizar e implantar tais ações no cotidiano dos serviços.

Com o desenvolvimento da gestão e a necessidade da realização de processos avaliativos, fez-se necessária a criação de instrumentos que abordassem essa temática. Dessa forma, a presente pesquisa teve como objetivo realizar uma investigação da acessibilidade e ambiência nas unidades de saúde do estado de Goiás por meio de uma pesquisa nacional de avaliação da Atenção Básica realizada pelo MS.

Os resultados encontrados poderão subsidiar a reflexão dos gestores quanto a identificação de problemas na ambiência e na acessibilidade e auxiliar no planejamento, na programação e na avaliação de medidas de intervenção a serem adotadas pela Secretaria do Estado da Saúde de Goiás e pelas Secretarias Municipais de Saúde, a fim de estruturar a Atenção Básica tornando-a mais resolutiva e menos dispendiosa.

**OBJETIVO**

---

---

## **2. OBJETIVO**

Analisar a acessibilidade aos serviços de saúde e a ambiência das unidades básicas de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás.



### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica no Brasil

A trajetória da saúde pública no Brasil ocorreu em períodos, considerando suas particularidades econômicas e políticas até se chegar à atual organização do sistema de saúde. Assim sendo, a história do sistema de saúde brasileiro pode ser dividida em três momentos: - O sistema de saúde brasileiro antes do SUS; - O sistema de saúde brasileiro e a implantação do SUS e - O sistema de saúde brasileiro e a consolidação do SUS.

Antes da criação do SUS, no âmbito da atenção primária, o MS desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas de forma universal sem nenhum tipo de discriminação em relação à população mais favorecida (SOUZA, 2002).

Os trabalhadores que contribuíam e seus dependentes recebiam assistência ambulatorial e hospitalar através do custeio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, anteriormente denominado Instituto de Previdência Social - INPS. Em contrapartida, aqueles que não contribuíam, ou seja, todo o restante da população que não possuía trabalho formal e os dependentes desses, definidos como indigentes pelo poder público, recebiam assistência médico-hospitalar por instituições de caráter filantrópico (SOUZA, 2002).

No processo de implantação do SUS, o movimento da Reforma Sanitária foi impulsionado a partir da década de 1970 e formalizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS. Esse marco histórico induziu a criação do SUS que foi estabelecido em 1988, na Constituição Brasileira, e regulamentado pela lei 8.080/90 (ABRAHÃO-CURVO, 2010).

O movimento da Reforma Sanitária priorizou a reorganização do setor da saúde por meio de políticas que estabeleceram gradativamente novas formas de gestão com enfoque na descentralização e no controle social, conferindo maior autonomia aos municípios, de acordo com as necessidades impostas pelas realidades locais e, ainda, considerando os demais princípios do SUS (integralidade,

equidade, regionalização, descentralização, hierarquização, universalidade e controle social) (ABRAHÃO-CURVO, 2010).

Na década de 80, ocorreram mudanças no sistema de saúde devido à crise econômica e aos movimentos de redemocratização. Esses acontecimentos tiveram como marcos a 8ª CNS em 1986 e a Constituição da República em 1988, trazendo como princípio constitucional que “a saúde é um direito de todos e dever do estado”, o que estabeleceu a base para a reformulação do sistema saúde existente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988; PUSTAI, 2006).

Em 1986, a 8ª CNS estabeleceu a saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS (PAIM *et al.*, 2011).

Assim, pode-se verificar que começava a se construir, no Brasil, um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre o funcionamento do SUS (SOUZA, 2002).

A regulamentação do SUS foi materializada através das Leis Orgânicas da Saúde - LOS 8.080/90 e 8.142/90. A primeira dispõe sobre o modo de operar a saúde com enfoque na promoção, na proteção e na recuperação, assim como na organização e no funcionamento dos serviços correspondentes, incluindo o caráter complementar da iniciativa privada. A segunda dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece como deve ser as transferências de recursos financeiros nos níveis intergovernamentais e institui as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a; 1990b; PORTO; GARRAFA 2011).

A partir das definições estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o processo de implantação do SUS foi efetivamente iniciado.

Esse processo foi orientado, inicialmente, pelas NOB do SUS, instituídas por meio de portarias, inicialmente do INAMPS e depois do MS e pelas NOAS (FIALHO, 2011).

A consolidação do SUS aconteceu com o Pacto pela Saúde de 2006 instituindo um conjunto de metas e indicadores pactuados entre as três esferas de gestão – União, Estados e Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; 2006c).

Pactos são acordos ou alianças estabelecidas entre as partes para o exercício legal do poder político. A formação de alianças entre os governos federal, estaduais e municipais favorece a constituição de parcerias, de redes colaborativas que fortalecem o pacto federativo e, em última instância, ajudam a diminuir as desigualdades existentes (GUERREIRO, BRANCO, 2011).

O Pacto pela Saúde foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e no Conselho Nacional de Saúde e consolidado por meio de duas portarias ministeriais nº 399/2006 e nº 699/2006, incluindo três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; 2006c).

O Pacto pela Vida corresponde à definição de prioridades que se traduzem em objetivos e metas de melhoria das condições de saúde da população a serem acordadas pelas três esferas de governo. O Pacto em Defesa do SUS indica a necessidade de um movimento político mais amplo, explicita algumas iniciativas e ações para a garantia dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária que transcendam os limites setoriais e aumentem a base de apoio à política de saúde nos governos e na sociedade. E o Pacto de Gestão estabelece diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS com os seguintes aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada - PPI, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (LIMA *et al.*, 2012).

O Pacto pela Saúde diferencia-se dos instrumentos anteriormente adotados no âmbito do SUS por propor a formalização de acordos intergovernamentais em diversos âmbitos da gestão e atenção à saúde. A adesão ao Pacto é feita por meio do preenchimento e assinatura de um documento denominado Termo de Compromisso de Gestão - TCG pelos gestores que deve ser aprovado e homologado nas respectivas Comissões Intergestores em âmbito estadual e nacional, substituindo os antigos processos de habilitação feitos pelas Normas Operacionais do SUS (LIMA *et al.*, 2012).

Esse documento contém atribuições e responsabilidades sanitárias, objetivos e metas de melhoria associados a um conjunto de indicadores voltados para o monitoramento e avaliação do Pacto de Gestão e pela Vida. Há um modelo específico para cada ente federativo - Município, Estado, Distrito Federal e União - diferenciando-se pelas responsabilidades previstas para cada um deles. O TCG está organizado nos seguintes eixos prioritários (LIMA *et al.*, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c):

- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho considerando os princípios de humanização, participação e de democratização das relações de trabalho;
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários, com adequação de vínculos que for necessário;
- Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
- Desenvolver estudos e propor estratégias de financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas de pessoal descentralizadas;
- Considerar as diretrizes nacionais para a elaboração, implementação e/ou reformulação dos Planos de Carreira, Cargos e Salários - PCCS;
- Propor e pactuar diretrizes de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, sobretudo onde a restrição de oferta afetar diretamente a implantação de ações estratégicas para a Atenção Básica;
- Reforçar a organização das regiões sanitárias (regionalização), instituindo mecanismos (colegiados) de cogestão e planejamento regional.

O Pacto pela Vida é uma política que corrobora positivamente os legítimos anseios gerados pelo extinto movimento sanitário em busca da equidade social na saúde, uma vez que é considerado uma alternativa real de avanços nas ações e serviços de saúde no Brasil (FADEL *et al.*, 2009).

Essa política é uma realidade altamente viável à otimização das práticas nacionais em saúde pública, estando o seu cumprimento diretamente relacionado à transposição de entraves políticos e operacionais inerentes a cada nível de gestão (FADEL *et al.*, 2009).

Para o fortalecimento do Pacto pela Vida, o Decreto nº 7508 veio viabilizar as diretrizes descritas no pacto, dando prazos e fortalecendo a gestão por intermédio da transparência de suas ações. O Decreto, além de viabilizar as ações propostas pelo pacto, regulamenta a Lei nº 8.080 e, por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, defini as responsabilidades e as atribuições de cada ente federado na provisão de ações e serviços de saúde e os investimentos na rede de serviços, além dos critérios de avaliação dos resultados e formas de monitoramento permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011d).

Com base nesse contexto, para melhorar o sistema de saúde público, é necessário empenho dos gestores no cumprimento das políticas públicas e comprometimento no investimento da ABS, pois ela compõe o pilar para a formação de um sistema de saúde que proporciona atenção à saúde de qualidade, resolutiva e de baixo custo (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002; GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2003).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde – APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação de Atenção Básica à Saúde para enfatizar a reorganização do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FACCHINI *et al.*, 2011).

A ABS tem como definição um 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

Nos últimos anos, a ABS tem sido considerada como a porta de entrada para o atendimento às necessidades e problemas do indivíduo, devendo fornecer atenção integral e resolutiva focada na pessoa e compartilhar características com outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2004). É caracterizada como atenção ambulatorial, de primeiro nível e de primeiro contato do paciente com o sistema, devendo solucionar cerca de 85% dos problemas de saúde da população que procura por algum tipo de atendimento (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2008).

A ABS utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade e deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

Nessa perspectiva a ESF, criada em 1994, é considerada a estratégia prioritária para transformação do modelo da ABS a partir da sua reestruturação, na qual é proposta uma nova forma de cuidar em saúde. Essa nova forma de cuidar possui como destaque o trabalho em equipe multiprofissional, o planejamento local participativo, a adstrição da clientela, a atenção focalizada na família e a intersetorialidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

A ESF baseou-se no sucesso da experiência de alguns países tais como Cuba e Canadá que adotaram a família como centro das intervenções de saúde. Foi copiada não só pelo Brasil, mas também por diversos países europeus e latino-americanos (OLIVEIRA, ALBUQUERQUE, 2008). Ela se configura como uma das portas de entrada dos serviços da ABS e adotou como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade (DABAN, 2007; OLIVEIRA, ALBUQUERQUE, 2008).

Com a adoção desses princípios, a ESF visa priorizar a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, promovendo uma maior resolutividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Na última década, com a intenção de fortalecer a ABS ocorreram inúmeros investimentos, incluindo prioritariamente a saúde da família. Dessa forma, faz-se necessária a criação de políticas de avaliação e monitoramento para garantir o correto investimento desses recursos, a fim de aumentar o acesso e diminuir as desigualdades que permeiam a saúde do Brasil.

### **3.2. Avaliação da Atenção Básica à Saúde**

A avaliação da ABS é definida como um processo técnico-administrativo destinado a melhorar os serviços de saúde e envolve componentes que estão

relacionados com a emissão de juízo de valor, com a tomada de decisões e com a mudança no processo de trabalho (TANAKA, 2011). Ela não deve ser vista como uma ameaça, mas, sim, como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade (PISCO, 2006).

O juízo de valor emitido no processo de avaliação possibilitará a tomada de decisão visando transformar ações inadequadas em atitudes que possibilitem um bom desempenho dos serviços de saúde. Nesse sentido, a avaliação é um instrumento político em busca de “poder” para modificar ou influenciar a direcionalidade e velocidade dos serviços de atenção à saúde (TANAKA, MELO, 2008).

A avaliação da Atenção Básica à Saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que se estabelece. Ela deve ser entendida como um processo de negociação entre os atores envolvidos, ou seja, deve constituir-se em etapas de negociação e pactuação entre os sujeitos que compartilham corresponsabilidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a).

Alguns autores consideram ainda que a avaliação, por meio de pesquisas científicas, é importante para embasar com teorias a tomada de decisão por parte dos gestores, o que reforça ainda mais esse processo de busca pela qualidade (TAMAKI *et al.*, 2012)

Nas últimas décadas, a avaliação em saúde vem apresentando uma importância crescente, possivelmente em decorrência da incorporação contínua de novas tecnologias e também pela ampliação e crescente complexidade dos serviços de saúde, o que ocorreu juntamente com o processo de reformas sociais, no final da década de 40, principalmente nos países europeus (CÉSAR, TANAKA, 1996; CARDOSO, SILVA, 2012).

Atualmente, a avaliação vem se constituindo um dos melhores mecanismos para responder às necessidades dos gestores que têm que tomar decisões, bem como para justificar as escolhas para um grupo cada vez mais exigente (CHAMPAGNE, HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2011).

A busca pela qualidade nos serviços de saúde vem se tornando cada vez mais constante, o que demonstra o reflexo de uma sociedade que toma a qualidade

como requisito indispensável para qualquer prestação de serviço (SANTOS, ROSSO, 2013).

Na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, Donabedian (2005) ressalta em seus trabalhos que o ponto de partida para a avaliação é o entendimento sobre o que é qualidade e seus enfoques teóricos. Entre as várias definições encontradas, destacam-se as seguintes categorias definidas por Donabedian como os sete pilares da qualidade:

- Eficácia – define a capacidade do cuidado oferecido em alcançar melhoria no estado de saúde, em condições ideais;
- Efetividade – considera a dimensão com que se alcança o resultado para melhorar a saúde;
- Eficiência – retrata a capacidade de se obter os melhores resultados com os menores custos;
- Otimização – refere-se ao cuidado efetivo que pode ser obtido no emprego da relação custo/benefício na assistência à saúde;
- Aceitação – trata da relação entre o profissional e o usuário, o respeito às suas preferências e valores, a sua satisfação e aceitação quanto aos efeitos e custos provenientes do cuidado oferecido;
- Legitimidade – mostra a forma como o cuidado é visto pelos usuários e pela comunidade como um todo;
- Equidade – reflete o quanto o cuidado respeita os princípios de justiça na sua distribuição.

O conceito de qualidade em saúde depende do lugar em que os sujeitos ocupam dentro do sistema de saúde. Os gestores do serviço tendem a focalizar a qualidade em saúde na atenção do atendimento, no custo e na eficiência; os profissionais de saúde encontram-se preocupados com a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, o aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde e o ambiente de trabalho adequado e por fim, qualidade em saúde para os usuários refere-se à obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carências e necessidades de saúde (CAMPOS, 2005).

Diante disso, a importância da avaliação da qualidade dos serviços vem sendo institucionalizada com a intenção de contribuir decisivamente para melhorar e

qualificar a Atenção Básica, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (FELISBERTO, 2004; 2006).

Para que a avaliação seja institucionalizada como estratégia no processo de tomada de decisão visando melhorar a qualidade e o desempenho dos serviços de saúde, é necessário que os vários atores envolvidos na gestão estejam convencidos dessa ferramenta, não sendo somente um esforço individual ou de um grupo isolado, ou seja, é necessário criar uma cultura de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Nas últimas três décadas, diversas iniciativas para a avaliação em saúde no Brasil vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva e o interesse por esse processo não se restringe somente ao âmbito acadêmico, pois o próprio MS tem encomendado um conjunto de estudos nessa perspectiva, não só por exigência de financiamento externo, mas também devido a uma crescente necessidade de solidificar a eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços de saúde (PAIM, 2005).

Exemplos disso é a Política Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS e o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS, os quais fazem uma aferição do Desempenho do SUS quanto ao acesso e à efetividade, a partir do cruzamento de diversos indicadores por município (SANTOS, ROSSO, 2013). Soma-se a esses dois programas o Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – PROADESS que avalia os seguintes parâmetros: Determinantes da saúde; Condições de saúde da população; Sistema de saúde; Condução; Estrutura e Desempenho dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

O processo de avaliação dos serviços de saúde teve início com a Lei Orgânica 8080/90 que dispõe sobre o exercício da avaliação e divulgação das condições ambientais e de saúde da população pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990b).

Nesse contexto, o MS desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - PNASH em 1998. Esse programa caracteriza-se por uma pesquisa de satisfação dos usuários, realizada nos anos de 2001 e 2002 quanto à utilização de serviços dos ambulatórios, pronto-socorro e o serviço de internação. Com base nos dados dessa pesquisa, os estabelecimentos foram classificados em

cinco níveis de qualidade: Péssimo, Ruim, Regular, Bom e Ótimo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Seguindo essa iniciativa, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC reformulou o PNASH, ampliando sua extensão e grau de avaliação, surgindo, assim, nos anos de 2004 e 2005, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS. Para que fosse possível efetivar esse programa, foi criado um grupo de trabalho para a formulação desse processo, contando com diversos representantes de diversas secretarias e autarquias do MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Nos anos de 2011 e 2012, o MS realizou uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao acesso e à efetividade da Atenção Básica, da Atenção Ambulatorial e Hospitalar e dos serviços de Urgência e Emergência por meio do Índice de Desempenho de Serviços de Saúde do SUS – IDSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011e).

A partir da análise e do cruzamento de uma série de indicadores simples e compostos, o IDSUS avalia o SUS que atende aos municípios, às regiões de saúde, aos estados e a todo restante do País. Tal modelo de avaliação de desempenho dos serviços de saúde tomou como base o PNASS e o Pacto pela Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011e).

Outra iniciativa visando avaliar a ABS veio por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* – PCATool. Essa ferramenta possui versões autoaplicáveis para profissionais, versões destinadas a crianças, a adultos maiores de 18 anos e, também, aos gestores dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005) que se baseia na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.

Donabedian (2005) define três componentes como foco para a avaliação dos serviços de saúde: a estrutura, o processo e o resultado. Na avaliação da estrutura, o autor destaca a importância dos recursos materiais, humanos e organizacionais. No processo, avalia-se como os profissionais estão produzindo as práticas em saúde, quais saberes e tecnologias estão sendo empregadas nas relações entre profissionais e usuários. Por fim, os resultados são considerados os produtos das

ações, como as consultas, os exames, os atendimentos e a satisfação das necessidades das pessoas que estão sendo cuidadas.

Atualmente, o MS iniciou o desenvolvimento de outro programa brasileiro de avaliação de serviços de saúde denominado “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica” – PMAQ - AB. Esse programa tem por objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, para garantir um padrão de qualidade em todas as localidades de modo a permitir maior transparência e efetividade das ações direcionadas à Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b; 2013b). Essa avaliação também estrutura-se nos três componentes propostos por Donabedian (2005).

A finalidade das políticas de avaliação e de melhoria de qualidade não deve ser voltada somente para demonstrar os problemas ou para propor soluções aos problemas detectados, mas também deve produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados (PISCO, 2006).

O Ministério da Saúde tem priorizado a Atenção Básica como o principal pilar da saúde no Brasil e o PMAQ se insere nesse contexto para desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da ABS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Atualmente, o PMAQ é considerado a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS, almejando a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na ABS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

A portaria Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011 institui, no âmbito do SUS, o PMAQ e seu incentivo financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável com a intenção de melhorar o atendimento nas unidades de saúde e proporcionar para a população um serviço de saúde com mais qualidade e equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Esse programa induz o constante monitoramento da ABS, por meio da avaliação periódica dos serviços de saúde com a intenção de investir recursos e incentivar os gestores na melhoria desses serviços.

A avaliação na área da saúde tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde. Deve ainda subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O PMAQ além de auxiliar no processo de avaliação da ABS trabalha com o propósito de ampliar a oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS e está organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da ABS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c).

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, a segunda é o momento de desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade, a terceira consiste na avaliação externa para a totalidade de municípios e Equipes de Atenção Básica - EAB participantes da pesquisa e a quarta e última fase é constituída pelo processo de recontractualização que deve ocorrer após a certificação das EAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c).

Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contractualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de 18 meses previsto pelo PMAQ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c).

Segundo o programa, com o encerramento de cada ciclo será possível definir novos parâmetros de qualidade para serem avaliados, a fim de induzir avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Atualmente, a principal estratégia do MS para melhorar a ABS no Brasil é a ESF que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. O PMAQ se insere nesse contexto e promove uma busca contínua da melhoria de resultados no âmbito da ABS, visando melhorar o acesso e a qualidade dos serviços e aumentar a resolutividade, uma vez que esses propósitos devem ser almeçados por gestores, profissionais e demais atores envolvidos no processo (FACCHINI *et al.*, 2011).

Avaliar o desempenho da ABS é uma iniciativa relevante para o SUS e para a população brasileira. Premiar o melhor desempenho com incentivos financeiros e apoio técnico-científico pode estimular a melhoria nas UBS e criar um ciclo virtuoso de promoção de equidade e cobertura universal em saúde para todo território nacional (FACCHINI *et al.*, 2011). Esse ciclo de avaliação proposto pelo PMAQ possui a intenção de proporcionar aos usuários um serviço de saúde com ambiência acolhedora, acessível e que seja resolutivo às necessidades do usuário no momento da procura pelo atendimento.

### **3.3. Acessibilidade, ambiência e a gestão em saúde na Atenção Básica**

Para que a Atenção Básica seja fortalecida e tenha a qualidade esperada é essencial que os serviços de saúde disponham de acesso, acessibilidade, ambiência e de estruturas adequadas, abrangendo: áreas físicas e instalações; materiais e equipamentos; número adequado de recursos humanos com preparo específico e que interajam com o cliente e sua família na intenção de criar vínculo construído pela efetividade das ações e respeito à autonomia dos usuários (SAPAROLLI, ADAMI, 2010).

Segundo o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do MS, a estrutura física das UBS deve ser facilitadora do processo de mudança das práticas em saúde das equipes e ser adequada à realidade e necessidade de cada local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Para otimizar a realização das ações de atenção à saúde, é importante que o projeto arquitetônico das UBS considere o processo de trabalho e os fluxos de pessoas dentro e fora da unidade. Os materiais utilizados devem ser de boa qualidade, especialmente na rede hidráulica e elétrica, a fim de evitar transtornos e gastos com a manutenção predial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Esse manual também apresenta a descrição e as considerações necessárias dos ambientes que deverão integrar as UBS, lembrando que os espaços e salas descritos devem ter sua utilização compartilhada por todos os profissionais da unidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Segundo Siqueira *et al.* (2009), as barreiras físicas ou a inadequação dessas estruturas impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente.

Outros aspectos importantes na adequação da estrutura física para oferecer ao usuário uma assistência em saúde humanizada e acolhedora estão relacionados com a ambiência, ventilação, iluminação, pisos e paredes, cobertura, material de acabamento, portas, janelas, lavatórios e pias, área externa, sinalização, bancadas, armários e estantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A ambiência é um conceito que se refere não só ao espaço físico, mas também ao social, formado pelas relações interpessoais e profissionais com o intuito de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e equânime. Possui três eixos que não devem ser analisados de forma isolada: a confortabilidade, a subjetividade e o processo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O primeiro eixo refere-se à confortabilidade, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas como a morfologia (formas, dimensões e volumes), a luz, o cheiro, o som, a sinestesia (percepção do espaço) e as cores, que podem atuar como modificadores e qualificadores do espaço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O segundo eixo caracteriza a ambiência enquanto espaço de encontro entre sujeitos, possibilitando a produção de novas subjetividades por meio da ação e reflexão sobre as atividades desenvolvidas. A formação da subjetividade integra todos os que participam do cuidado em saúde, especialmente os que trabalham diretamente com o usuário, pois podem identificar o que contribui e o que atrapalha no desenvolvimento das atividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O último eixo aponta a ambiência como instrumento facilitador de mudanças no processo de trabalho, uma vez que esse eixo se relaciona com a otimização de recursos e com o atendimento ofertado aos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A disponibilização de materiais e ambientes adequados para a prestação da assistência nos serviços de saúde promovem condições básicas para o alcance de um bom desempenho nos aspectos relacionados ao processo de trabalho e ao resultado do cuidado prestado à clientela atendida (1º e 3º eixos) (DONABEDIAN, 1980). Contudo, isso não garante que o processo assistencial seja satisfatório, pois ele também depende do interesse e do bom desempenho dos profissionais que trabalham no local (2º eixo).

Outro aspecto importante na estruturação dos serviços de saúde da ABS está relacionado com o acesso ou a acessibilidade que vem melhorando consideravelmente após a criação do SUS por meio do fortalecimento da Atenção Básica que possui como prioridade a ESF (PAIM *et al.*, 2011).

Alguns autores utilizam o termo acesso, outros o termo acessibilidade sendo eles, muitas vezes, empregados de forma ambígua e intercalados. São conceitos que variam entre autores e que podem mudar ao longo do tempo de acordo com o contexto de cada situação (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

O acesso à Atenção Básica é considerado um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de saúde (MENDES, 2010a). Pode ser entendido, também, como as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicadas com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade oferece seus serviços, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção que a população tem em relação aos serviços que consegue ou não atendimento (STARFIELD, 2004).

Na área da saúde, o acesso está relacionado ainda com as facilidades e as dificuldades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos, ou seja, a garantia de acesso pressupõe inexistência de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis (VIACAVA *et al.*, 2012).

O termo acessibilidade está intrinsecamente ligado ao atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde e à garantia da resolubilidade da assistência (ASSIS *et al.*, 2010). Ela não se restringe ao uso dos serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Assim, acessibilidade corresponde a uma relação intrínseca entre a oferta de serviços e seu impacto na capacidade da população conseguir atendimento resolutivo (QUINDERÉ *et al.*, 2013).

A acessibilidade aos serviços de saúde no Brasil tem sido relatada na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência (LIMA *et al.*, 2007). Esses problemas possuem ligação com a qualidade dos serviços, dentre eles citam-se a gestão ineficaz, a baixa resolutividade, a falta de identificação interna e

externa dos serviços prestados na unidade, a pouca ou quase nenhuma adaptação dos estabelecimentos de saúde para portadores de deficiência e o longo tempo de espera (KOPACH *et al.*, 2007).

A gestão em saúde na Atenção Básica vem desenvolvendo uma importante discussão no que diz respeito às transformações que afetam o processo do trabalho e a organização dos serviços de saúde (MATOS, PIRES, 2006; SÁ, AZEVEDO, 2010). Ela é responsável pela otimização dos serviços e pela disponibilização dos recursos (materiais e humanos) em tempo hábil e de forma resolutiva.

A gestão dos serviços de saúde pode ser entendida como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003b).

Para Merhy (1997), todo gestor de saúde é um ator em situação de governo, o que significa que é um ator coletivo, portador de um projeto, mesmo que num primeiro momento seja representado por uma só pessoa. Esse projeto tem direcionalidade e vai ser desenvolvido num cenário em que outros atores que também governam buscam com os recursos que possuem dar a direcionalidade aos seus projetos e objetivos.

As funções gestoras na saúde podem ser divididas em quatro grandes grupos: Formulação de políticas/planejamento; Financiamento; Regulação, coordenação, controle e avaliação do sistema e Prestação direta de serviços de saúde (SOUZA, 2002; CASTRO *et al.*, 2010).

A formulação de políticas é atribuição comum das três esferas de governo e inclui no seu desenvolvimento as atividades de diagnóstico das necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações. Na função de gerir o financiamento, os gestores das três esferas de governo são responsáveis pela realização de investimentos na área da saúde o que, em geral, não têm sido suficientes para a redução das desigualdades existentes (CASTRO *et al.*, 2010).

Na regulação, coordenação, controle e avaliação do sistema ocorrem uma divisão de responsabilidades, na qual o MS exerce seu poder regulatório principalmente sobre os sistemas estaduais e municipais, por meio de normas e portarias federais, atreladas a mecanismos financeiros. Aos estados, cabe a

coordenação dos processos de regionalização, a regulação e articulação de sistemas municipais, o apoio à articulação intermunicipal, a coordenação da distribuição dos recursos financeiros federais nos municípios e entre outras funções. Aos municípios, atribuem-se as funções relativas à coordenação do sistema em seu âmbito, como a organização das portas de entrada do sistema, o estabelecimento de fluxos de referência, a integração da rede de serviços, a articulação com outros municípios para referências, a regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território (CASTRO *et al.*, 2010).

Por fim, a prestação direta de serviços de saúde é de responsabilidade do município no âmbito da assistência à saúde, da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária. Na gestão federal, a prestação desses serviços é realizada em apenas algumas situações excepcionais, nas quais podem-se destacar os hospitais universitários e alguns hospitais federais localizados no município (CASTRO *et al.*, 2010).

A função exercida pelo gestor é estruturante, podendo ser propícia à coesão, à identificação e ao tratamento de conflitos. Assim, a fragilização da função de liderança ou as ofensas a ela e ao que ela representa, enquanto possibilidades de ligação, de investimento psíquico e identificação, podem indicar uma agressão aos vínculos entre os sujeitos na organização, fortalecendo sua fragmentação e desestruturação (SÁ, AZEVEDO, 2010).

Merhy (1999) salienta que os gestores devem se responsabilizar pela qualidade da assistência que ofertam, incluindo estrutura física adequada, recursos materiais e humanos em quantidades suficientes, processos de trabalho resolutivos e construções de estratégias que se orientem pela constituição de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores, na busca de uma resolutividade que se direcione por ganhos de autonomia dos usuários perante os seus estilos de vida (SÁ, AZEVEDO, 2010).

Estabelecer serviços de saúde resolutivos e de qualidade orientados por uma gestão democrática e participativa significa reafirmar os princípios constitucionais do SUS, na medida em que se busca, por meio dessa atenção, concretizar a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Atualmente, os gestores têm investido na proposta de organizar os serviços sob a forma de Redes de Atenção à Saúde, entendidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, de maneira que as ações de assistência à saúde aconteçam de forma ininterrupta, buscando garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

Para Mendes (2008), redes de atenção à saúde são como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela ABS que possui responsabilidade sanitária e econômica por essa população.

Nessa perspectiva organizacional, deve ser construída uma rede de serviço estruturada conforme uma lógica horizontalizada de relações de ajuda entre as diferentes unidades de serviço, de acordo com os tipos de incorporações tecnológicas e a capacidade de oferecer soluções aos problemas de saúde.

Um sistema organizado em redes constitui-se um conjunto de pontos de atenção sem fragmentação que se intercomunicam uns com os outros, sem hierarquia, prestando uma atenção contínua à população sob sua responsabilidade. A ABS se comunica fluidamente com a atenção secundária e terciária e, também, com os sistemas de apoio, a fim de funcionar como ordenadora de todo processo (MENDES, 2010b; 2012).

Os serviços de atenção à saúde deverão ser organizados de modo que cada município seja autossuficiente na ABS, cada microrregião seja autossuficiente na assistência de média complexidade e cada macrorregião seja autossuficiente na assistência de alta complexidade à saúde (CONASS, 2009).

Dessa forma, pode-se afirmar que a atual dimensão do país, com diferentes culturas e condições socioeconômicas discrepantes entre as diversas regiões, trazem consigo o desafio de desenvolver políticas que tornem viáveis os princípios e diretrizes para consolidação da gestão na Atenção Básica e do SUS (MOYSES, MACHADO, 2010).

Segundo Mishima (2003), a gestão é determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde, sendo fundamental para a efetivação de políticas sociais relacionadas à saúde. Dessa forma, no processo de descentralização dos serviços de saúde, a gestão local passa a assumir um papel

importante no desenvolvimento das ações de saúde no que diz respeito ao fortalecimento do SUS.

Com a criação do SUS e a institucionalização da ESF, o enfermeiro na função de gestor vem se destacando no cenário nacional o que tem lhe assegurado um importante papel político no processo de consolidação da Atenção Básica (BARRÊTO *et al.*, 2010).

Lidar com pessoas é função que demanda uma sensibilidade constante e a complexidade do assunto exige um contínuo aperfeiçoamento técnico (RUTHES, CUNHA, 2009). A formação do enfermeiro proporciona a esse profissional a capacidade de desenvolver habilidades técnicas para lidar com diversas situações que estão ligadas ao enfrentamento de obstáculos, às tensões, à falta de continuidade nos projetos de assistência e aos desafios do trabalho em equipe (MUNARI, BEZERRA, 2004).

Na constante busca em assumir a responsabilidade pela gestão na assistência de enfermagem e da gestão de pessoas, o enfermeiro enfrenta situações de conflitos. E, muitas vezes, fica dividido entre atender às necessidades e expectativas do grupo, da organização ou mesmo às suas próprias. Isso pode resultar em sentimentos de frustração, insegurança e insatisfação profissional (KANANNE, 1995).

Tais dificuldades podem ser superadas se o enfermeiro estiver aberto a buscar novas competências e, em particular, se concentrar no seu desenvolvimento relacional e interpessoal, o que facilitaria a compreensão da complexidade das relações humanas (MUNARI, BEZERRA, 2004).

Assim, o enfermeiro que desenvolve sua competência interpessoal possui maior capacidade em lidar com as situações de conflito, em potencializar talentos e gerir trabalho em um clima de confiança e satisfação. Ele deixa de olhar apenas para si e pode tornar-se capaz de compreender a complexidade das relações entre seres humanos (MUNARI, BEZERRA, 2004; WEIRICH *et al.*, 2009).



## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Tipo de estudo**

Estudo descritivo de corte transversal aninhado a uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde que avalia a Atenção Básica à Saúde em todo País e está vinculado ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ – AB cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na Atenção Básica.

Como logística do processo de avaliação externa da Atenção Básica no Brasil/MS, os estados brasileiros foram agrupados em cinco consórcios. O estado de Goiás faz parte do consórcio composto pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Maranhão e Distrito Federal, com a coordenação geral na Universidade Federal de Pelotas - RS. No estado de Goiás a coordenação da pesquisa foi realizada pela Universidade Federal de Goiás.

O PMAQ foi desenvolvido em quatro fases: a primeira corresponde à adesão e contratualização por parte dos municípios; a segunda constitui-se o desenvolvimento, autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; a terceira é composta pela avaliação externa e a quarta é formada pela recontratualização.

Esse estudo está inserido na terceira fase do PMAQ - AB, que consiste na avaliação externa para a totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica - EAB, participantes do Programa.

Nesse sentido, estudos transversais são recomendados para avaliações de adequação da cobertura, da qualidade de serviços e também podem ser utilizados em avaliações de plausibilidade na comparação de modelos ou programas de saúde (HABICHT *et al.*, 1999).

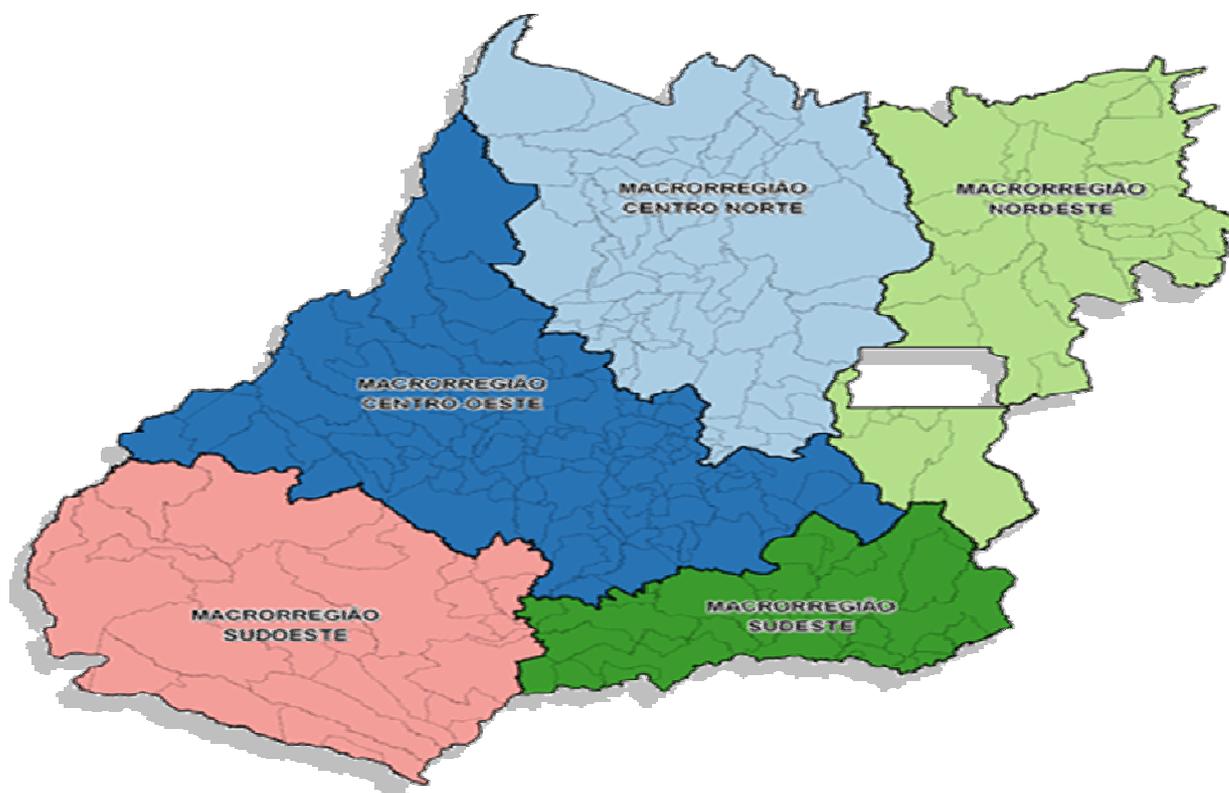
### **4.2. Local do Estudo**

Esse estudo utiliza-se da base de dados obtida na pesquisa vinculada ao primeiro ciclo do PMAQ- AB realizado, em 2012, nos serviços de saúde da Atenção Básica dos 246 municípios do estado de Goiás.

O estado de Goiás é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situa-se à leste da Região Centro-Oeste, no Planalto Central brasileiro. O seu território é de 340.112 km<sup>2</sup>, sendo delimitado pelos estados do Mato Grosso do Sul a sudoeste, Mato Grosso a oeste, Tocantins a norte, Bahia a nordeste, Minas Gerais a leste, sudeste e sul e pelo Distrito Federal (GOIÁS, 2013a).

De acordo com o censo de 2012 divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o estado de Goiás contava com 6.154.996 habitantes (IBGE, 2010). O crescimento demográfico no estado acentuou-se após a fundação das cidades de Goiânia, em 1933 e Brasília, em 1960 e atualmente é a região mais populosa do centro-oeste brasileiro (GOIÁS, 2013a).

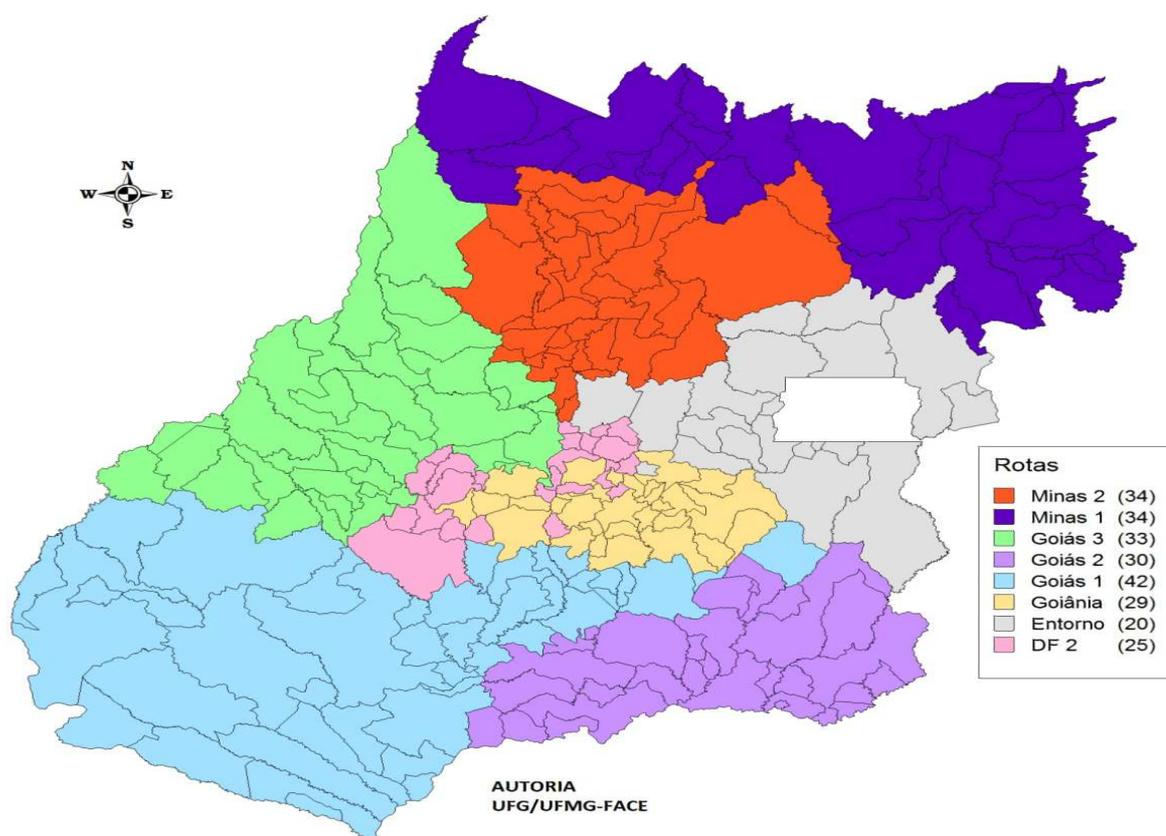
O estado de Goiás está dividido em cinco macrorregiões: Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte, Sudeste e Sudoeste. Essas macrorregiões estão subdivididas em 18 microrregiões com 246 municípios. Cada uma delas possui um município sede da Regional de Saúde, representando a Secretaria da Saúde do Estado, ou seja, é uma forma dos municípios terem mais proximidade com o Governo Estadual na área da saúde, Figura 1 (GOIÁS, 2013b).



**Figura 2** - Mapa do estado de Goiás dividido em macrorregiões, 2013.

**Fonte:** <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idEditoria=3982>, acessado em 04 de dezembro de 2013.

Para a realização da pesquisa no estado de Goiás, foram construídas oito rotas denominadas de: Rota Goiânia; Rota Distrito Federal Entorno; Rota Distrito Federal 2; Rota Minas 1; Rota Minas 2; Rota Goiás 1; Rota Goiás 2 e Rota Goiás 3. Essa construção foi realizada pela coordenação da pesquisa por meio da utilização de mapas das rodovias, dos rios que cortam o estado e pela associação das divisões de micro e macrorregiões existentes com o apoio da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde – SPAIS (Figura 2).



**Figura 2** - Mapa do estado de Goiás com as oito rotas, 2012.

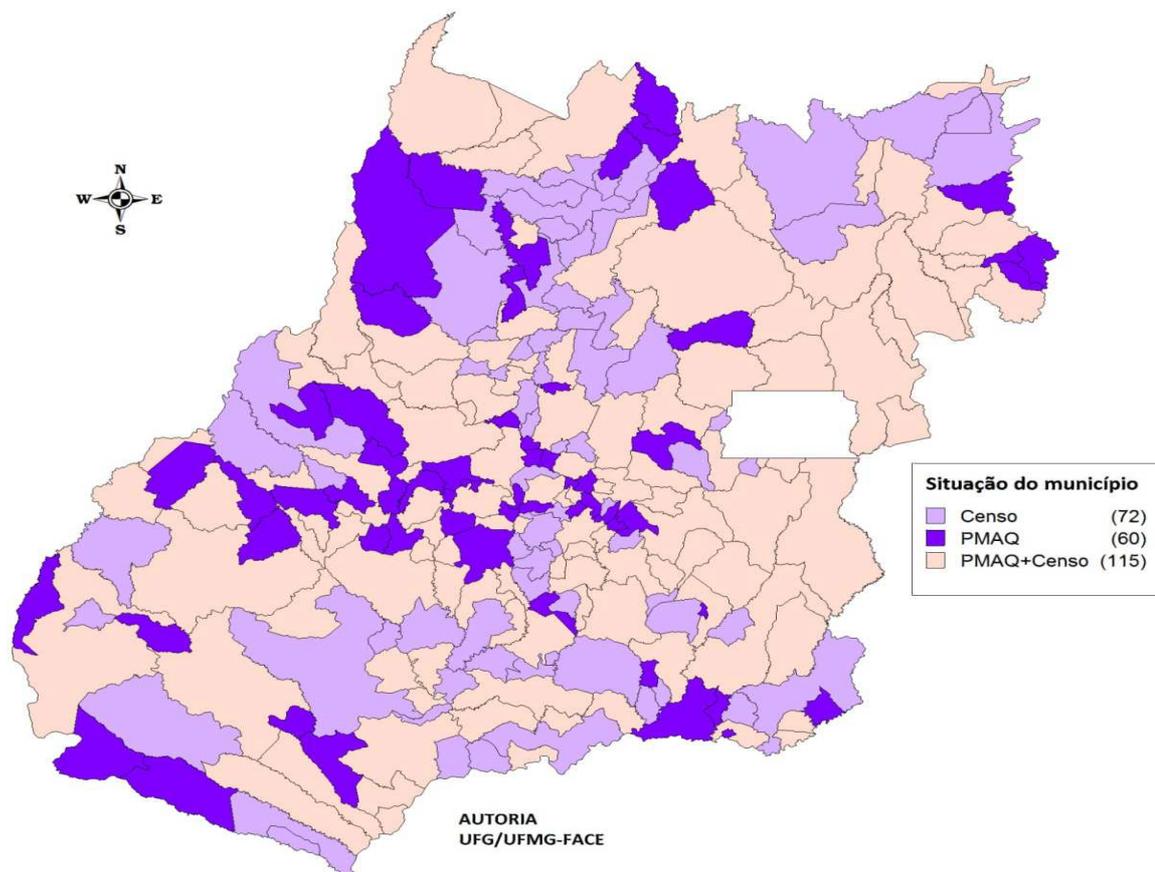
**Fonte:** Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de Minas Gerais - Coordenação da pesquisa.

### 4.3. Amostra do estudo

O estudo foi constituído pelas 1216 Unidades Básicas de Saúde - UBS dos 246 municípios do estado de Goiás que responderam ao módulo I da terceira fase da pesquisa que compõe a avaliação externa vinculada ao PMAQ. Como critério de exclusão, foi utilizado a ausência dos profissionais na equipe por motivo de férias ou

licenças e a recusa por parte dos profissionais entrevistados em responder à pesquisa.

Independente da adesão ou não ao PMAQ, as 1216 UBS participaram do estudo. Das 1216 unidades, 504 participaram respondendo ao censo que corresponde ao módulo I da pesquisa e 712 participaram do PMAQ (Figura 3).



**Figura 3** – Categorização dos Municípios do estado de Goiás por modalidade de avaliação, 2012.

**Fonte:** Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de Minas Gerais – Coordenação da pesquisa.

#### 4.4. Coleta de Dados

Foi utilizado para coleta dos dados um instrumento estruturado, padronizado e previamente validado para a avaliação externa das Unidades Básicas de Saúde. Esse instrumento foi estruturado por uma equipe do Ministério da Saúde que inclui três módulos.

O módulo I refere-se à observação das unidades de saúde e às condições de infraestrutura das UBS; o módulo II caracteriza a organização dos serviços e o processo de trabalho das EAB e o módulo III diz respeito à entrevista com o usuário no intuito de analisar sua satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A coleta de dados ocorreu entre julho a setembro de 2012 e foi realizada por oito equipes distribuídas nas oito rotas descritas anteriormente. Cada rota era composta por uma supervisora de campo com uma média de quatro entrevistadores, devidamente, treinados para realização da pesquisa.

A aplicação do módulo I, em todas as unidades de saúde, teve a intenção de mapear todos os estabelecimentos de saúde do estado, a fim de evitar fraudes quanto à real situação da existência desses locais e de realizar um levantamento da situação das Unidades Básicas de Saúde quanto à estrutura física.

Nessa pesquisa foi utilizado, para contemplar os objetivos propostos, o módulo I - itens I.4; I.5; I.6; I.7; I.8; I.9; I.10. Os dados obtidos nos módulos II e III serão analisados em estudos futuros.

#### **4.5. Aspectos éticos**

Esse estudo contempla a logística do projeto nacional de avaliação da Atenção Básica no Brasil do Ministério da Saúde denominado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pelotas com o número de protocolo 38/12 e teve como base os cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (ANEXO).

#### **4.6. Análise dos dados**

Ao final de cada entrevista, os dados foram enviados para um banco de dados do Ministério da Saúde, por meio da utilização de tablets por intermédio da internet. Após o envio, esses dados foram agrupados em módulos I, II e III.

Para a análise das variáveis como número de banheiros, salas de atividades, tipo de reforma e outras, foram calculadas as frequências simples, significando que o número de vezes a que cada acontecimento ocorreu foi contabilizado.

Para a análise das variáveis, foram construídas duas categorias. A primeira foi composta pela presença quantitativa da variável de um a cinco e a segunda por respostas negativas, o que indica ausência da variável. Para o cálculo dessas variáveis, foi utilizada a medida de frequência simples.

A análise estatística foi realizada por meio do Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS versão 19.0. Antes da análise propriamente dita, os dados foram transportados para um arquivo que pudesse ser analisado por meio desse software. Após essa transferência, cada item do instrumento de coleta de dados foi checado para assegurar que não tinha nenhuma inconsistência de informações no banco de dados.

#### 4.6.1 – Variáveis do estudo

Para realizar a análise da acessibilidade e ambiência das Unidades Básicas de Saúde do estado de Goiás participantes do PMAQ, foram utilizadas as seguintes variáveis subdivididas em blocos e descritas conforme o Quadro 1.

**Quadro 1** - Variáveis utilizadas para análise do estudo.

BLOCOS	VARIÁVEIS	QUESTÕES (ANEXO 2)
ACESSIBILIDADE	Recepção; Sala de acolhimento; Sala de espera; Consultório clínico; Consultório odontológico; Sala de estocagem de medicamentos; Farmácia; Sala de curativo; Sala de procedimento; Sala de nebulização; Sala de vacina; Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado; Sala de observação; Sanitário para	I.9.4; I.9.5; I.9.8; I.9.2; I.9.3; I.9.10; I.9.7; I.9.6; I.9.13; I.9.14; I.9.15; I.9.11; I.9.16; I.9.1; I.9.18; I.9.19; I.9.20; I.8.2; I.8.3; I.8.4; I.10.2; I.10.4; I.7.1; I.7.2; I.7.3; I.7.4; I.7.5; I.7.6; I.7.7; I.7.8; I.4.1; I.4.2; I.4.3;

	funcionário; Sanitário masculino para usuário; Sanitário feminino para usuário; Sanitário adaptado; Rede hidráulica; Rede elétrica e Rede sanitária; Tipo de reforma; Processo de ampliação; Horário de funcionamento; Sinalização externa; Identificação visual e sinalização das ações e serviços; Acessibilidade.	I.4.4; I.6.1; I.5.1; I.5.2; I.5.3.
AMBIÊNCIA	Ambiência; Acesso aos serviços de saúde; Sala de acolhimento; Sanitário para funcionário; Sanitário masculino para usuário; Sanitário feminino para usuário; Sinalização interna.	I.8.1; I.8.2; I.8.3; I.8.4; I.9.5; I.9.1; I.9.18; I.9.19; I.6.3.



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados foi possível analisar e discutir a acessibilidade e a ambiência na Atenção Básica do estado de Goiás, bem como identificar as potencialidades e fragilidades presentes nos serviços de saúde participantes da pesquisa.

Os resultados dessa dissertação serão apresentados na forma de dois artigos. A seguir apresento o título, os autores, a revista e a situação de cada manuscrito:

- **Artigo 1**

- **Título:** Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás
- **Revista:** Revista Eletrônica de Enfermagem.
- **Situação:** Artigo encaminhado para revista.

- **Artigo 2**

- **Título:** Ambiência das unidades básicas de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás.
- **Revista:** Revista Ciência & Saúde Coletiva.
- **Situação:** Artigo em fase de revisão para ser encaminhado ao periódico.

## Artigo 1

### **Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás**

Juliana Pires Ribeiro<sup>1</sup>; Samira Nascimento Mamed<sup>2</sup>; Marta Roverly Souza<sup>3</sup>; Márcia Maria de Souza<sup>4</sup>; Claci Fátima Weirich Rosso<sup>5</sup>

---

\* Extraído da dissertação de Mestrado intitulada: “Acessibilidade e ambiência das unidades básicas de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás”.

1. Enfermeira, mestranda em enfermagem. Goiânia, GO, Brasil.
  2. Enfermeira, mestranda em enfermagem. Goiânia, GO, Brasil.
  3. Cientista Social. Doutora. Professora associada do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Coordenadora geral do PMAQ no estado de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.
  4. Enfermeira, Doutora. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.
  5. Enfermeira, Doutora. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Coordenadora operacional do PMAQ no estado de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: [claci.fen@gmail.com](mailto:claci.fen@gmail.com)
- 

#### **RESUMO**

Estudo descritivo de corte transversal, realizado nos serviços de saúde da Atenção Básica, cujo objetivo foi analisar a acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás. A amostra do estudo foi constituída por 1216 UBS e os dados foram coletados entre julho a setembro de 2012. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento estruturado, padronizado e previamente validado. Verificou-se que, nos ambientes em que melhoram a acessibilidade, a presença de um a três consultórios clínicos em 1064 (88,0%) unidades, mais de quatro em 123 (10,0%) e ausência deles em 29 (2,0%). Nas condições que favorecem a acessibilidade, percebeu-se a presença do horário de funcionamento em 610 (50,2%) ambientes e a ausência da descrição dos serviços oferecidos em 678 (55,8%). O estudo permitiu analisar a deficiência da acessibilidade nas referidas unidades e a necessidade de maiores investimentos no fortalecimento da atenção básica.

**Descritores:** Acessibilidade; Atenção Básica à Saúde; Avaliação de serviço de saúde.

## INTRODUÇÃO

A acessibilidade dos serviços de saúde tem sido relatada na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência (LIMA *et al.*, 2007). Esses problemas possuem ligação com a qualidade dos serviços, gestão ineficaz, dificuldade para a marcação de consultas no mesmo dia da procura pelo atendimento, filas para realização do agendamento, longo tempo de espera e distância das unidades em algumas regiões (KOPACH *et al.*, 2007).

A acessibilidade dos serviços de saúde na Atenção Básica possui relação direta com a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e pode ser definida como uma das dimensões do acesso (TRAVASSOS, MARTINS, 2004). Dessa forma, diz respeito à resolutividade dos serviços de modo que a oferta seja suficiente às necessidades da população no momento da procura pelo atendimento (DONABEDIAN, 1973).

Quando se fala em acessibilidade, logo se questiona a qualidade desses serviços e a forma como eles estão sendo oferecidos à população. Segundo alguns autores, para estimar a qualidade dos serviços de saúde, torna-se essencial a avaliação da estrutura, do processo e do resultado (DONABEDIAN, 1988; MORAES, MELLEIRO, 2013).

O planejamento adequado dos serviços de saúde, considerando a estrutura física disponível na Atenção Básica, contribui para o processo de trabalho mais adequado, proporcionando maior qualidade e acessibilidade para os usuários que buscam atendimento nos estabelecimentos de saúde.

A qualidade dos serviços de saúde na Atenção Básica vem sendo discutida desde a década de 30 (LEE, JONES, 1933). Já a avaliação dos serviços de saúde direcionada para a qualidade da assistência conquistou espaço no Brasil no final da década de 1990 com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO, TRAD, 2005).

Na busca pela qualidade dos serviços, os processos avaliativos estão diretamente relacionados com o desenvolvimento da gestão, o que vem envolvendo os profissionais da saúde que, tradicionalmente, não possuem a cultura de avaliação e monitoramento. Para construção dessa cultura, há necessidade de fortalecer parcerias entre o ensino, serviço e gestão, no sentido de dar sustentação à formação gerencial dos profissionais numa perspectiva transformadora (WEIRICH et al, 2009).

No âmbito do desenvolvimento da gestão, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, é necessário estruturar as Unidades Básicas de Saúde - UBS, melhorando alguns problemas que se refletem na acessibilidade ineficaz de alguns serviços, na insuficiência e no perfil inadequado dos gestores e trabalhadores, no difícil acesso aos insumos, na pouca efetividade de políticas e ações de saúde e na inadequada estrutura física de algumas unidades de saúde (FACCHINI *et al.*, 2008).

Devido aos problemas citados acima, o Ministério da Saúde - MS almeja executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acessibilidade e qualidade da atenção em saúde para toda a população.

Nesse sentido, foram propostas várias iniciativas centradas na qualificação da Atenção Básica. Dentre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ - AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Esse programa foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS, do dia 19 de julho de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a; 2011b). Ele é desenvolvido em quatro fases que se complementam e que configuram um ciclo contínuo da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica e são, assim, denominadas: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O PMAQ, além de estimular que as equipes de Atenção Básica se autoavaliem e ofertem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população, tornou-se um desafio para os gestores. Esse programa também busca garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior

transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em todo o Brasil (PEREIRA, JEZIORSKI, FACCHINI, 2012).

Os desafios da gestão na Atenção Básica dos serviços públicos de saúde são inúmeros e têm sido alvo de discussões nesses últimos anos, especialmente com a gestão da saúde descentralizada aos municípios, conforme prevê o SUS. Uma das dificuldades que permeiam essas discussões é a gestão de recursos humanos e materiais nos serviços de saúde. A produção dos serviços de saúde depende não só de recursos materiais, tecnológicos e de uma estrutura física adequada, como também de profissionais, devidamente, qualificados para transformar insumos em resultados (SCALCO, LACERDA, CALVO, 2010).

Com o desenvolvimento da gestão e a necessidade da realização de processos avaliativos, fez-se necessária a criação de instrumentos que abordassem essa temática. Dessa forma, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás por meio de uma Pesquisa Nacional de Avaliação da Atenção Básica realizada pelo Ministério da Saúde.

## **MÉTODO**

Estudo descritivo de corte transversal aninhado a uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde que avalia a Atenção Básica à Saúde - ABS em todo País e está vinculado ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ – AB cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na Atenção Básica.

Como logística do processo de avaliação externa da Atenção Básica no Brasil/MS, os estados brasileiros foram agrupados em cinco consórcios. O estado de Goiás faz parte do consórcio composto pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Maranhão e Distrito Federal cuja coordenação geral está localizada na Universidade Federal de Pelotas - RS.

O PMAQ foi desenvolvido em quatro fases: a primeira corresponde à adesão e contratualização por parte dos municípios; a segunda constitui-se o desenvolvimento, autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio

institucional; a terceira é composta pela avaliação externa e a quarta é formada pela recontratualização.

A amostra do estudo foi constituída pelas 1216 UBS dos 246 municípios do estado de Goiás que responderam ao módulo I da terceira fase da pesquisa que consiste na avaliação externa para a totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica - EAB, participantes do Programa. Como critério de exclusão, foi utilizado a ausência dos profissionais na equipe por motivo de férias ou licenças e a recusa por parte dos profissionais entrevistados em responder à pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre julho a setembro de 2012 por oito equipes divididas em oito rotas. Essa divisão foi realizada por meio da utilização de mapas das rodovias e dos rios que cortam o estado de Goiás, pela associação das divisões de micro e macrorregiões existentes e pelo apoio da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde – SPAIS da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Cada equipe foi composta por uma supervisora de campo com uma média de quatro entrevistadores, devidamente, treinados para realização da pesquisa.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento estruturado, padronizado e previamente validado para a avaliação externa das UBS. Esse instrumento foi estruturado por uma equipe do MS, que inclui três módulos.

O módulo I refere-se à observação das unidades de saúde e às condições de infraestrutura das UBS; o módulo II caracteriza a organização dos serviços e o processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica - EAB e o módulo III diz respeito à entrevista com o usuário no intuito de analisar sua satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Nessa pesquisa foi utilizado, para contemplar os objetivos propostos, o módulo I, com a intenção de mapear todos os estabelecimentos de saúde do estado de Goiás.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pelotas com o número de protocolo 38/12 e teve como base os cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Ao final de cada entrevista, os dados foram enviados para um banco do MS, por meio da utilização de tabletes e via uma rede de internet. Após o envio, esses dados foram armazenados e agrupados em módulos I, II e III. A análise estatística

foi realizada por meio do *Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS* versão 19.0.

## **RESULTADOS**

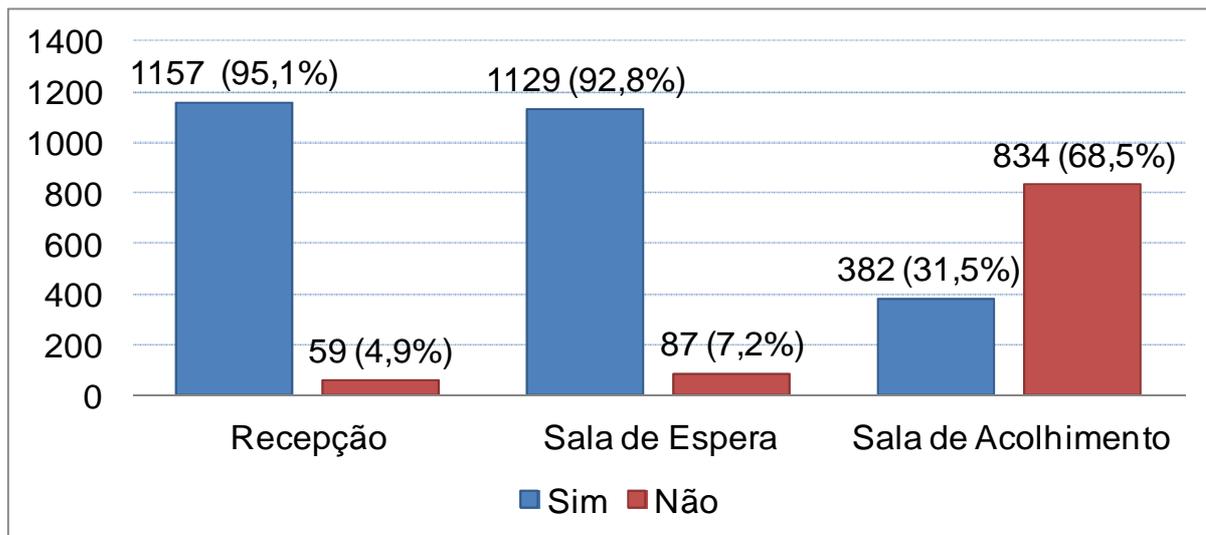
Nesse estudo, trabalhou-se com 1216 UBS que integram a Atenção Básica do estado de Goiás. Essas unidades foram incluídas no 1º ciclo da pesquisa nacional de avaliação realizada pelo Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, respondendo ao módulo I da pesquisa.

Por meio da análise dos dados, foi possível construir duas categorias: ambientes que melhoram a acessibilidade e condições do ambiente que favorecem a acessibilidade.

### **1. Ambientes que melhoram a acessibilidade**

Os ambientes que melhoram a acessibilidade estão relacionados a espaços que proporcionam informações, privacidade, humanização, resolutividade, oferta e disponibilização de serviços. Esses ambientes são importantes na consolidação da acessibilidade, pois eles proporcionam aos usuários maior proximidade com o serviço.

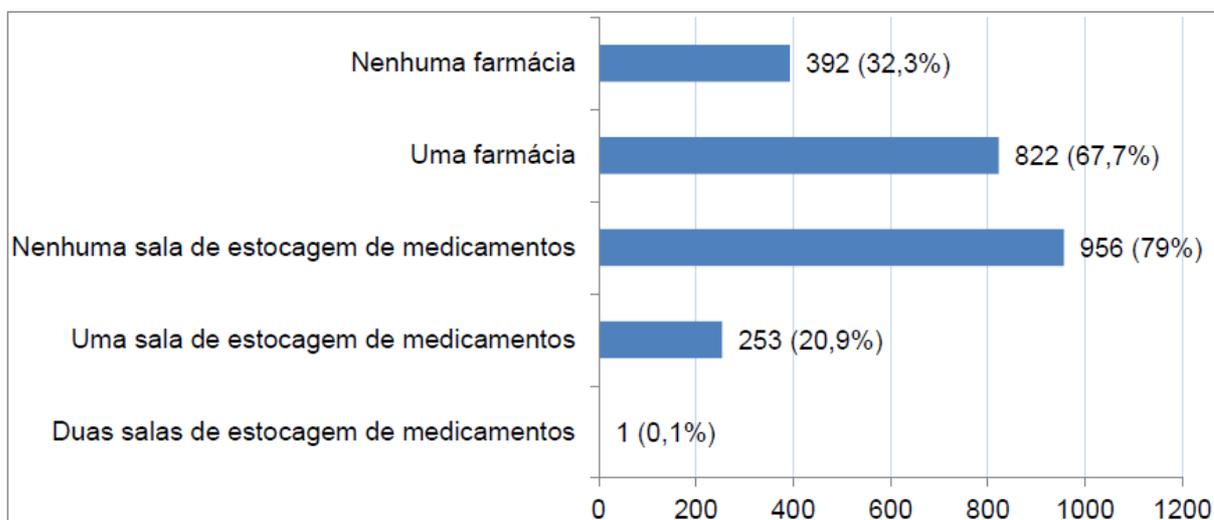
Nos ambientes que compõem a estrutura física das unidades de saúde na Atenção Básica, destaca-se que a maioria deles conta com recepção e sala de espera conforme pode ser observado na Figura 1. Situação contrária acontece com a sala de acolhimento, pois 834 (68,5%) unidades não possuem esse ambiente.



**Figura 1.** Ambientes que compõem a estrutura física das unidades de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás, 2012 – 2014.

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2012.

Em relação aos ambientes destinados à farmácia e à sala de estocagem de medicamentos, o resultado mais evidente observado, nas unidades de saúde, foi a presença de uma farmácia por estabelecimento, porém destaca-se ainda, na Figura 2, a ausência de sala de estocagem de medicamentos em 956 (79,0%) unidades de saúde, o que pode dificultar na resolutividade do tratamento proposto pelos profissionais presentes nas unidades.



**Figura 2.** Quantidade de farmácia e salas de estocagem de medicamentos das unidades de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás, 2012 – 2014.

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2012.

Outros ambientes importantes para melhorar a acessibilidade são descritos pelo número de consultórios clínicos e odontológicos. A quantidade de um a três consultórios clínicos está presente em 1064 (88,0%) unidades, mais de quatro em 123 (10,0%) e ausência de consultórios em 29 (2,0%) UBS.

Com relação ao número de consultórios odontológicos, foi encontrado de um a três consultórios em 920 (76,0%) unidades, mais de quatro, em nove (0,7%) locais e a ausência desses ambientes em 287 (23,3%) estabelecimentos de saúde.

Esse resultado retrata a realidade vivenciada pelos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás na qual, em algumas situações, não é oferecido o serviço de saúde bucal e em outras, quando ele está disponível, a privacidade e o sigilo não são garantidos.

Nas salas de procedimentos destinadas ao atendimento do usuário, descritas no Quadro 1, é possível identificar que 852 (70,0%) unidades de saúde dispõem de salas de curativo, 592 (48,6%), de salas de procedimentos e 893 (73,4%), de salas de vacina. A ausência de alguns ambientes na maior parte das unidades como salas de nebulização, salas de reunião, salas de esterilização e guarda e salas de observação prejudicam o atendimento, levando a reclamações e situações que poderiam ser evitadas com o planejamento adequado dos serviços.

**Quadro 1.** Salas de procedimentos das unidades de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás, 2012 – 2014.

<b>SALAS DIVERSAS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Sala de curativo	852 (70,0%)	364 (30,0%)
Sala de procedimentos	592 (48,6%)	624 (51,4%)
Sala de nebulização	440 (36,1%)	776 (63,9%)
Sala de vacina	893 (73,4%)	323 (26,6%)
Sala de esterilização e guarda	500 (41,2%)	716 (58,8%)
Sala de observação	261 (21,5%)	955 (78,5%)
Sala de reuniões	404 (33,3%)	812 (66,7%)

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2012.

Os ambientes demonstrados nas Figuras e Quadro acima estão diretamente relacionados ao atendimento ao público, enquanto que outros ambientes dão suporte a esse atendimento como, por exemplo, a existência de sanitários masculinos, femininos e para deficientes físicos que são fatores importantes na acessibilidade aos serviços de saúde.

Foi possível observar que as unidades de saúde apresentam uma maior quantidade de banheiros individualizados femininos do que masculinos. Outra informação relevante e que dificulta a acessibilidade está na ausência de banheiros adaptados em 1032 (85,0%) ambientes (Tabela 1).

**Tabela 1.** Informações sobre sanitários das unidades de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás, 2012 – 2014.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n=1216)</b>	<b>%</b>
<b>Sanitário masculino para usuário</b>		
Sim	920	75,7
Não	296	24,3
<b>Sanitário feminino para usuários</b>		
Sim	852	70,0
Não	364	30,0
<b>Sanitário adaptado para pessoas com deficiência</b>		
Sim	182	15,0
Não	1034	85,0

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2012.

Ainda dentro dessa abordagem dos serviços de apoio, o espaço de acondicionamento do lixo contaminado gerado nas unidades de saúde deve ter um local adequado para não se tornar um foco de contaminação. Entretanto, a maioria dos estabelecimentos de saúde 749 (61,5%) não conta com esse local e, apenas, 467 (38,5%) possuem esse ambiente.

## **2. Condições do ambiente que favorecem a acessibilidade**

As condições do ambiente que favorecem a acessibilidade são descritas com relação à presença de ampliação ou reforma dos serviços de saúde, sinalização interna ou externa das unidades, turnos de atendimento, presença de calçada em boas condições, tapetes, corrimão, entre outros.

A presença dessas condições proporciona aos usuários um atendimento equitativo e mais resolutivo. Das 1216 UBS, 60 (4,9%) estavam em processo de ampliação e 85 (7%), em reforma. No que se refere ao processo de ampliação para melhorar a acessibilidade é importante ressaltar que 27 (2,2%) UBS estavam ampliando banheiros adaptados para pessoas com deficiência física.

Algumas ações relacionadas aos processos de reforma interferem na acessibilidade, dentre elas pode-se destacar a reforma nos pisos em 55 (64,7%) unidades, nas instalações elétricas em 52 (61,2%) serviços de saúde e nas instalações hidrossanitárias em 51 (60%) locais estudados.

A acessibilidade aos serviços de saúde e as condições do ambiente que a favorecem, também, possuem relação com os dias da semana que a unidade funciona, com os turnos de atendimento e com o horário de funcionamento, pois interferem na disponibilidade do usuário em poder procurar esses serviços.

Sendo assim, observa-se que 1046 (86%) unidades atendem cinco dias na semana e 170 (14%) estabelecimentos atendem mais de cinco dias. Em relação aos turnos de atendimento, identifica-se que 98 (8%) unidades realizam atendimento em um turno do dia, 1070 (88%) delas em dois turnos e 48 (4%) locais atendem em três turnos.

Em relação ao horário de funcionamento, percebe-se que algumas unidades encerram o atendimento até às 13h, outras entre às 14h e 18h e uma pequena parte funciona até às 19h. Por fim, destaca-se que 40,2% das unidades funcionam durante o horário de almoço.

Ainda no que se refere às condições que favorecem a acessibilidade, as sinalizações externa e interna são informações relevantes quando possuem a intenção de nortear o usuário no serviço, diminuindo as reclamações e as situações conflituosas. Dessa forma, destaca-se, na sinalização externa das unidades de saúde, a ausência de totem externo em 1100 (90,4%) unidades, 809 (66,5%) delas possuem faixa como sinalização, mas não estão adequadas para a identificação da unidade de saúde e 575 (47,3%) utilizam outras formas de sinalização.

Nas informações divulgadas para os usuários na parte interna da UBS, destacam-se a presença do horário de funcionamento em 610 (50,2%) e a ausência de uma lista com a descrição dos serviços oferecidos em 678 (55,8%) unidades de saúde.

Com relação às condições que favorecem a acessibilidade para os deficientes auditivos, visuais ou pessoas não alfabetizadas, percebe-se a ausência de símbolos internacionais em 1209 (99,4%) ambientes; de figuras, desenhos ou cores em 1124 (92,4%) serviços; de caracteres em relevo em 1214 (99,8%) locais; de recursos auditivos em 1214 (99,8%) estabelecimentos de saúde e de profissionais para acolhimento em 1215 (99,9%) unidades.

Ainda no que se refere aos portadores de deficiência física, é possível observar as dificuldades relacionadas à acessibilidade nos serviços de saúde, quando se destacam as condições da calçada, tapete, piso, rampa, corrimão, portas e corredores (Tabela 2).

**Tabela 2.** Acessibilidade das unidades de saúde da Atenção Básica no estado de Goiás para deficientes físicos, 2012 – 2014.

Variável	Frequência (n=1216)	%
<b>As unidades de saúde apresentam:</b>		
<b><u>Calçada em boas condições</u></b>		
Sim	479	39,4
Não	737	60,6
<b><u>Possui tapete</u></b>		
Sim	234	19,2
Não	982	80,8
<b><u>Piso antiderrapante</u></b>		
Sim	280	23,0
Não	936	77,0
<b><u>Piso regular</u></b>		
Sim	640	52,6
Não	576	47,4
<b><u>Rampa</u></b>		
Sim	531	43,7
Não	685	56,3
<b><u>Corrimão</u></b>		
Sim	68	5,6
Não	1148	94,4
<b><u>Porta e corredores adaptados</u></b>		
Sim	375	30,8
Não	841	69,2

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2012.

A maioria dos dados encontrados reflete a ausência de acessibilidades para os portadores de deficiência física, exceto quando observado sobre a presença de piso regular que, na maior parte das unidades, 640 (52,6%) constaram-se oferecer boas condições.

## **DISCUSSÃO**

Para analisar as condições de acessibilidade, foram adotadas duas categorias. Na primeira, destacam-se os ambientes que melhoram a acessibilidade e dentre eles a sala de acolhimento que está ausente em 68,5% das unidades, o que prejudica os profissionais na tomada de decisão imediata. A inexistência desse ambiente nas unidades de saúde prejudica a acessibilidade, na medida em que os profissionais passam a ficar desprovidos de um local adequado para priorizar o atendimento conforme a necessidade individual e prioritária de cada usuário, acarretando demora ou atendimento inadequado.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização traz como definição de acolhimento a “capacidade de acolhida das demandas e necessidades como pressuposto básico do contrato entre unidade de saúde e usuário e sua rede sóciofamiliar”. Essa mesma política, ainda aposta que o acolhimento é uma das maneiras de organizar os processos de trabalho em saúde, o que facilita no enfrentamento dos problemas e potencializa a criação de alternativas criativas e individualizadas em cada contexto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

Ainda com relação aos ambientes que favorecem a acessibilidade, a maioria (79%) das unidades não conta com sala específica para estocagem de medicamentos e, além disso, outras unidades de saúde não possuem farmácia. Esses locais são importantes na perspectiva da assistência farmacêutica, uma vez que prover a medicação significa dar continuidade ao tratamento estabelecido pelos profissionais de saúde e reafirma o princípio da integralidade estabelecido na Constituição Federal de 1988. Na ausência desses ambientes e com a falta de condição financeira da maioria dos usuários, o tratamento não consegue ser resolutivo, o que reflete negativamente nos serviços de saúde da Atenção Básica (CAVALINI; BISSON, 2002).

Segundo Anacleto *et al.* (2007), a infraestrutura adequada para armazenamento e distribuição de medicamentos contribui para a diminuição dos erros relacionados à dispensação dessas drogas e propicia o desenvolvimento correto da terapêutica prescrita pelos profissionais.

Dessa forma, a farmácia possui a função de dar continuidade na assistência e garantir a qualidade desse serviço por meio do uso seguro e racional de medicamentos, adequando sua aplicação à saúde individual e coletiva na assistência à saúde e prevenção à doença (CAVALINI; BISSON, 2002).

O manual de estrutura física das UBS preconiza que os consultórios clínicos devem ter no mínimo uma área de 9m<sup>2</sup>, lavatório com torneiras de fechamento que dispense o uso das mãos, porta-papel toalha, porta-dispensador de sabão líquido, 1 mesa tipo escritório com gavetas, 3 cadeiras, mesa de exame clínico ou mesa para exame ginecológico, 1 banqueta giratória cromada, 1 escada com dois degraus, 1 biombo duplo, 1 foco com haste flexível, 1 armário vitrine, lixeira com tampa e pedal, telefone e computador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; 2008b).

Nas 1216 UBS pesquisadas, 2% dos locais não possuíam consultórios clínicos e nas unidades de saúde com consultórios, esses ambientes não tinham condições mínimas conforme preconizado pelo MS para serem considerados como consultórios clínicos. A ausência da adequação desses ambientes denota que essas unidades precisam de maiores investimentos, a fim de oferecer um serviço resolutivo, equitativo e que forneça privacidade ao usuário.

Em um estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF em Fortaleza, percebeu-se que todas as unidades possuíam características semelhantes a essa pesquisa com consultórios em quantidades reduzidas para o número de profissionais e equipamentos não condizentes com uma estrutura ergonômica (COELHO, JORGE, ARAÚJO, 2009).

Nas salas de procedimentos estudadas, foi possível perceber que algumas unidades de saúde compartilham do mesmo ambiente para a realização de alguns procedimentos como nebulização, sala de curativo, sala de esterilização e guarda e sala de observação. Essa situação pode prejudicar o atendimento ao usuário, na medida em que aumenta consideravelmente o risco de infecção, pois não possuem separação do que é limpo e contaminado.

Ainda no que se refere às estruturas ou espaços essenciais existentes nas unidades de saúde para o atendimento das necessidades da população com qualidade, destaca-se que muitos ambientes não contam com expurgo para a limpeza de instrumentos utilizados em diversos procedimentos como curativos, o que denota que essas unidades de saúde não estão dentro dos padrões preconizados pelo MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; 2008b).

A ausência de sanitários para portadores de deficiência em 85% das unidades de saúde mostra a necessidade de mudanças para que seja ofertada a esses usuários, ambientes que proporcionem acessibilidade digna, com bem estar e satisfação.

Em um estudo realizado por Siqueira *et al.* (2009), em sete estados do Brasil, constatou-se que 77,4% dos banheiros das UBS não existiam portas que garantissem o acesso de cadeirantes e em 75,8% dos banheiros não era possível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas. Esse resultado corrobora a pesquisa realizada nas UBS do estado de Goiás, mostrando a necessidade de investimentos na inclusão social de todos os usuários que buscam por atendimento.

Dentro das condições que favorecem a acessibilidade está a sinalização interna e externa das UBS. No presente estudo foi possível observar que a maior parte das unidades não possui essas sinalizações de forma adequada, dificultando a comunicação dos usuários com o serviço.

Coelho e Jorge (2009) apontam, em um estudo realizado em seis UBS de Fortaleza, que os usuários são os que mais sofrem com a falta de comunicação, pois nesses locais a sinalização e a comunicação funcionam de forma muito precária e muitas vezes isolada, dificultando as relações entre os trabalhadores e entre esses e os usuários.

As UBS do estado de Goiás necessitam rever a sinalização quanto à acessibilidade aos deficientes auditivos, visuais ou pessoas não alfabetizadas. Na utilização de símbolos internacionais, apenas, sete unidades de saúde em todo o estado de Goiás possuem esse tipo de sinalização. Caracteres em relevo e recursos auditivos foram encontrados somente em duas UBS.

No que se refere à acessibilidade das unidades de saúde para deficientes físicos, idosos e demais usuários, os pisos devem ter superfície regular, firme,

estável e antiderrapante sob qualquer condição e não devem provocar trepidação em dispositivos com rodas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b). Nas UBS do estado de Goiás, 52,6% possuem piso regular, porém a presença de piso antiderrapante e calçadas em boas condições não foram observadas com a mesma frequência, ou seja, grande parte dos estabelecimentos de saúde não está adequada, conforme preconiza o MS, dificultando consideravelmente a acessibilidade das pessoas e podendo provocar riscos de acidente.

Em um estudo realizado por Rosário *et al.*, (2013), verificou-se que a acessibilidade das pessoas com deficiência nos mais diversos ambientes é uma garantia de extrema relevância a ser conquistada. Nas unidades de saúde da Atenção Básica do estado de Goiás, essa conquista também deve ser alvo de desejo dos gestores e da comunidade, pois segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, os estados e os municípios devem garantir o princípio da integralidade e as ações destinadas a atender às necessidades dessa população referente à saúde, educação, trabalho, relacionamento afetivo e social.

A ideia de integralidade preconizada pelo SUS gera a expectativa que os gestores e profissionais de saúde reconheçam os usuários como sujeitos de fato, de direito, e com necessidades básicas que precisam ser atendidas. Entretanto, a inacessibilidade das pessoas portadoras de alguma deficiência nas UBS compromete a proposição da integralidade como componente fundamental de cuidado em saúde e, conseqüentemente, compromete, também, a produção de sujeitos (FRANÇA *et al.*,2010).

## **CONCLUSÃO**

A acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde na Atenção Básica despertou o interesse do Ministério da Saúde, dada a importância dessa abordagem na avaliação da qualidade dos serviços. Ao investigar como ocorre a acessibilidade dos usuários na Atenção Básica à Saúde, a partir do estudo de avaliação externa das UBS do estado de Goiás participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, foi possível apontar quais são os fatores que dificultam a acessibilidade nos serviços básicos de saúde.

Em relação aos ambientes que melhoram a acessibilidade, pode-se afirmar que, em grande parte das UBS, não existem sala de acolhimento, sala de estocagem de medicamentos, salas de procedimentos e sanitários para portadores de deficiência, dificultando, consideravelmente, a acessibilidade aos serviços de saúde.

Concluímos que a sinalização interna das UBS, pisos antiderrapantes, rampas, corrimão, calçadas em boas condições, portas e corredores adaptados nas unidades de saúde não estão dentro dos padrões preconizados pelo MS.

Sendo assim, os resultados desse estudo permitem afirmar que a inacessibilidade das unidades de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás fere o princípio da integralidade, dificultando a assistência e prejudicando aqueles que precisam dos serviços de assistência à saúde.

Desse modo, essa análise, na perspectiva da gestão visa direcionar ou redirecionar as prioridades governamentais, permitindo o correto investimento no fortalecimento da Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

- Anacleto TA, Perini E, Rosa MB, César CC. Crug-dispensing errors in the hospital pharmacy. *Clinics*. 2007; 62(3): 243-250;
- Cavalini ME, Bisson MP. *Farmácia Hospitalar hum enfoque los Sistemas de Saúde*. 1 ed. Barueri, São Paulo: Manole; 2002;
- Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1523-1531, 2009;
- Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. [online] 2009; 33(3): 440-452. [Acesso 28 mar 2014] Disponível em: [http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/225/pdf\\_40](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/225/pdf_40);
- Donabedian A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University; 1973;
- Donabedian A. *Los espacios de La Salud: Aspectos fundamentales de La organización de La atención médica*. México DF: Fondo de Cultura Económica;

1988;

Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10: 303-12;

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S159-72;

França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS, França EG, Coura AS, Souza JA. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 964-70;

Kopach R, De Laurentis P-C, Lawley M, Muthuraman K, Ozsen L, Rardin R, Wan H, Intrevado P, Qu X, Willis D. Effects of clinical characteristics on successful open access scheduling. *Health Care Manag Sci*. 2007; 10: 111-24;

Lee RI, Jones LW. *The fundamentals of good medical care*. Chicago, The University of Chicago Press. 1933;

Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. *Acta paul. Enferm* 2007; 20(1):12-17; 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 Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p;

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed., Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008a. 72 p.;

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, 2008b. 52 p.;

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 62p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos);

Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1.654/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. Brasília (BRASIL): Ministério da Saúde; 2011b;

Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica-PMAQ-AB. Projeto para a avaliação externa e censo das unidades básicas de saúde. Brasília (BRASIL): 2012;

Morais AS, Melleiro MM. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar;15(1):112-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15243>;

Pereira RL, Jeziorski LL, Facchini LA. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ. In: Anais do 21º Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Pelotas; 2012 Maio 23-26; Pelotas, Brasil.2012;

Rosário SSD, Fernandes APNL, Batista FWB, Monteiro AI. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jul/set;15(3):740-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.19272>;

Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para a avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. Cad Saúde Pública. 2010; 26(3): 603-14;

Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2009; 14(1):39-44;

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica 2004; 20(Supl. 2):190-198;

Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho Gerencial do Enfermeiro na Rede Básica de Saúde. Texto & Contexto Enfermagem. 2009; 18 (2): 249-57.

## Artigo 2

### **Ambiência das unidades básicas de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás**

Juliana Pires Ribeiro<sup>1</sup>; Claci Fátima Weirich Rosso<sup>2</sup>

---

\* Extraído da dissertação de Mestrado intitulada: “Acessibilidade e ambiência das unidades básicas de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás”.

1. Enfermeira, Mestranda em enfermagem. Goiânia, GO, Brasil.
  2. Enfermeira, Doutora. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: [claci.fen@gmail.com](mailto:claci.fen@gmail.com)
- 

#### **RESUMO**

Estudo descritivo de corte transversal, realizado nos serviços de saúde da Atenção Básica do estado de Goiás, cujo objetivo foi analisar a ambiência das unidades básicas de saúde do estado de Goiás. A amostra do estudo foi constituída por 1216 unidades de saúde e os dados foram coletados entre julho a setembro de 2012. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento estruturado, padronizado e previamente validado. Verificou-se nas unidades de saúde a presença de mofo em 292 (24,0%); fios expostos, soltos e desencapados em 313 UBS (25,7%) e cheiro de esgoto em 172 UBS (14,1%). Referentes aos aspectos estruturais que interferem na ambiência destacam-se a ausência de sala de acolhimento em 830 (68,5%) serviços de saúde e a presença de 920 (75,7%) sanitários masculinos, 851 (70,0%) sanitários femininos e 1077 (88,5%) sanitários para funcionários. O estudo permitiu analisar a ambiência nas referidas unidades e a necessidade de maiores investimentos para o fortalecimento da Atenção Básica.

**Descritores:** Ambiente; Atenção Básica à Saúde; Avaliação de serviço de saúde.

#### **INTRODUÇÃO**

A ambiência é um conceito que se refere não só ao espaço físico, mas também ao social, formado pelas relações interpessoais e profissionais com o intuito de proporcionar assistência acolhedora, resolutiva e equânime. Possui três eixos

que não devem ser analisados de forma isolada: a confortabilidade, a subjetividade e o processo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O primeiro eixo refere-se à confortabilidade, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas como a morfologia (formas, dimensões e volumes), a luz, o cheiro, o som, a sinestesia (percepção do espaço) e as cores que podem atuar como modificadores e qualificadores do espaço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O segundo eixo caracteriza a ambiência enquanto espaço de encontro entre sujeitos, possibilitando a produção de novas subjetividades por meio da ação e reflexão sobre as atividades desenvolvidas. A formação da subjetividade integra todos os que participam do cuidado em saúde, especialmente os que trabalham diretamente com o usuário, pois podem identificar o que contribui e o que atrapalha no desenvolvimento das atividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O último eixo aponta a ambiência como instrumento facilitador de mudanças no processo de trabalho, uma vez que esse eixo se relaciona com a otimização de recursos e com o atendimento ofertado aos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A disponibilização de materiais e ambientes adequados para a prestação da assistência nos serviços de saúde promove condições básicas para o alcance de um bom desempenho nos aspectos relacionados ao processo de trabalho e ao resultado do cuidado prestado à clientela atendida (1º e 3º eixos) (DONABEDIAN, 1980). Contudo, isso não garante que o processo assistencial seja satisfatório, pois ele também depende do interesse e do bom desempenho dos profissionais que trabalham no local (2º eixo).

A ambiência também pode ser entendida como o tratamento ofertado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Consta também que a organização e a estética das Unidades Básicas de Saúde - UBS precisam de um planejamento adequado para se tornarem compatíveis com a necessidade de equilíbrio entre funcionalidade, estrutura e estética (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O planejamento adequado dos serviços de saúde, considerando a estrutura física disponível na Atenção Básica contribui para o processo de trabalho mais

adequado, proporcionando maior qualidade da ambiência para os usuários que buscam atendimento nos estabelecimentos de saúde.

Na busca pela qualidade dos serviços, os processos avaliativos estão diretamente relacionados com o desenvolvimento da gestão, o que vem envolvendo os profissionais da saúde que, tradicionalmente, não possuem a cultura de avaliação e monitoramento. Para construção dessa cultura, há necessidade de fortalecer parcerias entre o ensino, serviço e gestão, no sentido de dar sustentação à formação gerencial dos profissionais numa perspectiva transformadora (WEIRICH et al, 2009).

No âmbito do desenvolvimento da gestão, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, é necessário estruturar as UBS, melhorando alguns problemas que se refletem na inadequada estrutura física e ambiência de alguns serviços, na insuficiência e no perfil inadequado dos gestores e trabalhadores, no difícil acesso aos insumos, na pouca efetividade de políticas e ações de saúde e na inadequada estrutura física de algumas unidades de saúde (CONNIL, 2008; FACCHINI et al., 2008).

Devido aos problemas citados acima, o Ministério da Saúde - MS almeja executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acessibilidade e qualidade da atenção em saúde para toda a população.

Nos últimos anos, com o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família - ESF para população brasileira e de outros modelos de Atenção Básica à Saúde - ABS, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de ABS tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. Desta forma, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação desses serviços e dentre elas destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ - AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

O PMAQ foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS, do dia 19 de julho de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS. Em vários momentos o MS e os gestores municipais e estaduais debateram e formularam estratégias para viabilizar a implantação do programa, a fim de proporcionar a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da ABS em todo o Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a; 2011b).

O modelo de avaliação proposto pelo PMAQ é constituído pela tríade criada por Donabedian que compõe as dimensões da estrutura, processo e resultado (MORAES, MELLEIRO, 2013).

O PMAQ é desenvolvido em quatro fases, que se complementam e que configuram um ciclo contínuo da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica e são assim denominadas: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O PMAQ, além de estimular que as Equipes de Atenção Básica - EAB se autoavaliem e ofertem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população, tornou-se um desafio para os gestores. Esse programa também busca garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS em todo o Brasil (PEREIRA, JEZIORSKI, FACCHINI, 2012).

Os desafios da gestão na ABS dos serviços públicos de saúde são inúmeros e têm sido alvo de discussões nesses últimos anos, especialmente com a gestão da saúde delegada aos municípios, conforme prevê o SUS. Uma das dificuldades que permeiam essas discussões é a gestão de recursos humanos e materiais nos serviços de saúde. A produção dos serviços de saúde depende não só de recursos materiais, tecnológicos e de uma ambiência adequada, como também de profissionais devidamente qualificados para transformar insumos em resultados (MENDES, 1999; MERHY, 2002; PAIM, TEIXEIRA, 2007; SCALCO, LACERDA, CALVO, 2010).

Com o desenvolvimento da gestão e a necessidade da realização de processos avaliativos, fez-se necessária a criação de instrumentos que abordassem essa temática. Dessa forma, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a ambiência das UBS do estado de Goiás por meio de uma Pesquisa Nacional de Avaliação da Atenção Básica realizada pelo MS.

## **MÉTODO**

Estudo descritivo de corte transversal aninhado a uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde que avalia a ABS em todo País e está vinculado ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica –

PMAQ – AB cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na Atenção Básica.

Como logística do processo de avaliação externa da Atenção Básica no Brasil/MS, os estados brasileiros foram agrupados em cinco consórcios. O estado de Goiás faz parte do consórcio composto pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Maranhão e Distrito Federal cuja coordenação geral está localizada na Universidade Federal de Pelotas - RS.

O PMAQ foi desenvolvido em quatro fases: a primeira corresponde à adesão e contratualização por parte dos municípios; a segunda constitui-se o desenvolvimento, autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; a terceira é composta pela avaliação externa e a quarta é formada pela recontratualização.

A amostra do estudo foi constituída pelas 1216 UBS dos 246 municípios do estado de Goiás que responderam ao módulo I da terceira fase da pesquisa que consiste na avaliação externa para a totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica - EAB, participantes do Programa. Como critério de exclusão, foi utilizado a ausência dos profissionais na equipe por motivo de férias ou licenças e a recusa por parte dos profissionais entrevistados em responder à pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre julho a setembro de 2012 por oito equipes divididas em oito rotas. Essa divisão foi realizada por meio da utilização de mapas das rodovias e dos rios que cortam o estado de Goiás, pela associação das divisões de micro e macrorregiões existentes e pelo apoio da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde – SPAIS da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Cada equipe foi composta por uma supervisora de campo com uma média de quatro entrevistadores, devidamente, treinados para realização da pesquisa.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento estruturado, padronizado e previamente validado para a avaliação externa das UBS. Esse instrumento foi estruturado por uma equipe do MS, que inclui três módulos.

O módulo I refere-se à observação das unidades de saúde e às condições de infraestrutura das UBS; o módulo II caracteriza a organização dos serviços e o processo de trabalho das EAB e o módulo III diz respeito à entrevista com o usuário no intuito de analisar sua satisfação e percepção quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Nessa pesquisa foi utilizado, para contemplar os objetivos propostos, o módulo I, com a intenção de mapear todos os estabelecimentos de saúde do estado de Goiás.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pelotas com o número de protocolo 38/12 e teve como base os cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Ao final de cada entrevista, os dados foram enviados para um banco do MS, por meio da utilização de tabletes e via uma rede de internet. Após o envio, esses dados foram armazenados e agrupados em módulos I, II e III. A análise estatística foi realizada por meio do Software Statistical Package of Social Sciences - SPSS versão 19.0.

## **RESULTADOS**

Nesse estudo, trabalhou-se com 1216 UBS que integram a Atenção Básica do estado de Goiás. Essas unidades participaram do 1º ciclo da Pesquisa Nacional de Avaliação realizada pelo Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB respondendo o censo ou o módulo I da pesquisa.

A ambiência das unidades de saúde foi avaliada por meio da observação da ventilação, luminosidade, acústica adequada, estrutura física, rede elétrica, hidráulica e sanitária.

Nas UBS avaliadas 801 (65,9%) dispõem de ventilação ou janelas que possibilitam a circulação de ar, 845 (69,5%), de aproveitamento adequado da luminosidade natural e 571 (47%), de pisos, paredes e superfícies lisas e laváveis.

Outro fator importante para analisar a ambiência das unidades de saúde está na presença de acústica adequada. O ruído nas unidades de saúde é considerado como toda sensação auditiva desagradável ou insalubre para o bom funcionamento do serviço, sendo assim a pesquisa realizada encontrou 500 (41%) ambientes adequados quanto à acústica e verificou que 716 (59%) não estão adequados segundo as normas do Manual de Estrutura Físicas das UBS.

Ainda sobre esses fatores que proporcionam uma melhor ambiência destacam-se 1052 (86,5%) unidades com consultórios que permitem a privacidade do usuário, gerando maior satisfação e maior qualidade dos serviços oferecidos.

Referente à rede elétrica, hidráulica e sanitária, observa-se, na Tabela 1, a maior frequência de mofo; fios expostos, soltos e desencapados e cheiro de esgoto nas instalações das UBS. Em seguida, destaca-se a presença de torneiras pingando, tubulação de plástico fora da parede com fio e vasos sanitários interditados.

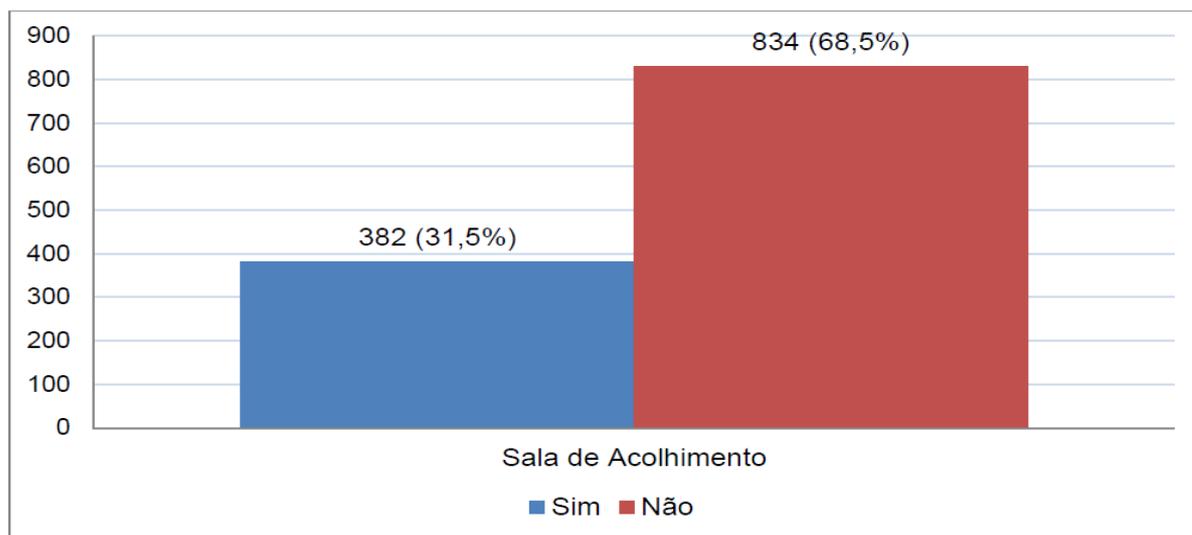
**Tabela 1.** Rede hidráulica, elétrica e sanitária das unidades de saúde da Atenção Básica no estado de Goiás, 2012 - 2014.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n=1216)</b>	<b>%</b>
<b>Rede Hidráulica</b>		
Presença de mofo nas pias, vasos e tanques	292	24,0
Torneiras sem água	70	5,8
Torneiras pingando	133	10,9
Vasos sanitários com vazamento	89	7,3
<b>Rede Elétrica</b>		
Fios expostos, soltos e desencapados	313	25,7
Tubulação de plástico fora da parede com fio	246	20,2
<b>Rede Sanitária</b>		
Cheiro de Esgoto	172	14,1
Vasos sanitários entupidos	30	2,5
Vasos sanitários interditados	107	8,8

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2012.

Na classificação das UBS quanto à adequação dos padrões de ambiência preconizados pelo MS, é necessário que a estrutura física desses locais esteja em condições de atender a população que a procura, proporcionando conforto, satisfação, bem-estar e resolutividade. Sendo assim, quanto aos aspectos estruturais que interferem na ambiência, na Figura 1, destaca-se a ausência de sala

de acolhimento em 834 (68,5%) unidades e a presença desses locais em apenas 382 (31,5%).



**Figura 1.** Sala de acolhimento das unidades de saúde da Atenção Básica no estado de Goiás, 2012 – 2014.

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2012.

A estrutura física dos serviços de saúde é um fator relevante quando se observa a ambiência, pois ela é capaz de fornecer acolhimento; humanização - quanto ao tempo de espera; melhorar as relações interpessoais entre usuários e profissionais e proporcionar um melhor desenvolvimento do processo de trabalho.

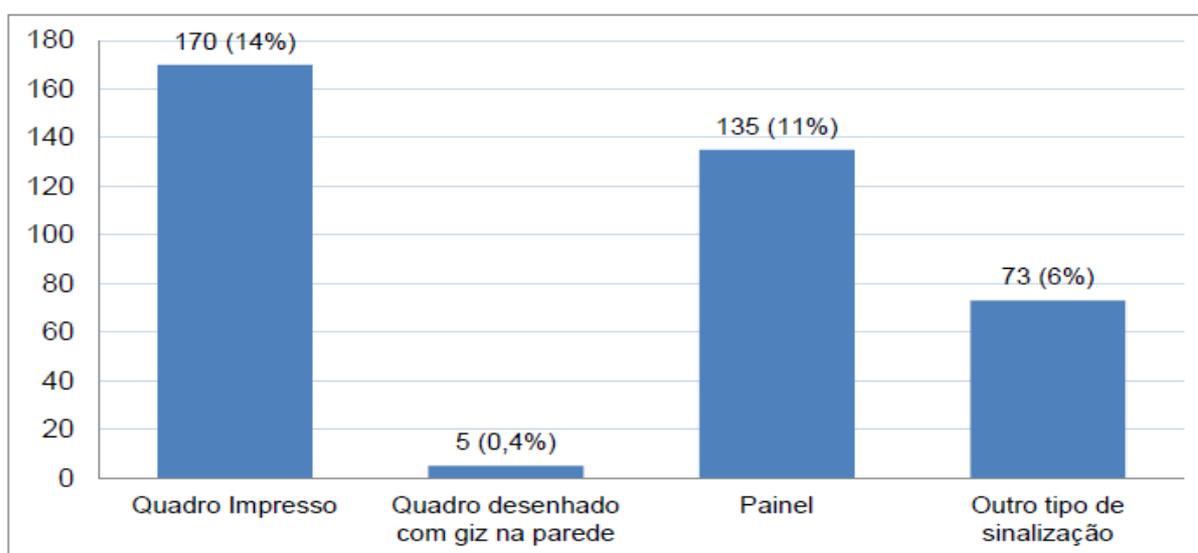
Outro aspecto importante da estrutura física para fornecer uma ambiência dentro dos padrões estabelecidos pelo MS está descrito na Tabela 2, que mostra a presença de 920 (75,7%) sanitários masculinos, 852 (70%) sanitários femininos e 1077 (88,5%) sanitários para funcionários.

**Tabela 2.** Sanitários das unidades de saúde da Atenção Básica no estado de Goiás, 2012 – 2014.

Variável	Frequência (n=1216)	%
<b>Sanitário masculino para usuário</b>		
Sim	920	75,7
Não	296	24,3
<b>Sanitário feminino para usuários</b>		
Sim	852	70,0
Não	364	30,0
<b>Sanitários para funcionários</b>		
Sim	1077	88,5
Não	139	11,5

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2012.

Ainda no que diz respeito aos aspectos estruturais destaca-se a sinalização interna dos serviços oferecidos nas unidades de saúde. A presença desses itens promove uma melhor ambiência quando organizados da forma correta, a fim de deixar o local mais agradável para a observação das informações. Desta forma, observa-se com maior frequência, na Figura 2, a presença de quadro impresso em 170 (14%) unidades e de painéis em 135 (11%) estabelecimentos de saúde. Das 1216 unidades, somente 383 (31%) possuem sinalização interna.



**Figura 2.** Tipo de sinalização interna dos serviços oferecidos nas unidades de saúde da Atenção Básica no estado de Goiás, 2012 – 2014.

Fonte: Dados da pesquisa nacional de Avaliação Externa – PMAQ/MS, 2012.

## DISCUSSÃO

A ambiência das unidades de saúde deve proporcionar atenção acolhedora e resolutiva tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde quanto para os usuários. Na Atenção Básica, a ambiência é marcada pelas tecnologias presentes nos serviços de saúde e por outros componentes estéticos ou sensoriais apreendidos pela visão, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; 2008).

Das 1216 UBS do estado de Goiás pesquisadas foi possível perceber que a maior parte dos ambientes possui local adequado quanto à ventilação, luminosidade natural, acústica e privacidade nos atendimentos. Esses fatores contribuem para melhorar a ambiência dos estabelecimentos de saúde, na medida em que proporcionam bem estar e conforto aos usuários.

Situação contrária pode ser vista em 53% das unidades, pois não possuem pisos, paredes e superfícies lisas e laváveis, dificultando na limpeza e conservação do ambiente.

Em um estudo realizado em 12 unidades básicas do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo encontrou-se a presença de piso lavável em 100% das unidades, parede lavável em 83% dos locais, ventilação natural em 92% dos ambientes e iluminação natural em 100% das UBS (SAPAROLLI, ADAMI, 2010). Esses dados corroboram os dados encontrados nas UBS do estado de Goiás quanto à iluminação e à ventilação natural, proporcionando uma ambiência mais adequada e acolhedora.

Para um ambiente confortável, em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como: rede elétrica, hidráulica e sanitária em bom funcionamento; sala de acolhimento adequada; sanitários para homens, mulheres e funcionários e identificação interna dos serviços prestados pela unidade.

Segundo o Manual de Estrutura Física das UBS o ambiente adequado é aquele que não intimida e nem dificulta a comunicação entre os usuários e o serviço e ainda consegue garantir privacidade aos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b; 2008).

Nas UBS do estado de Goiás, ao observar as instalações elétricas, hidráulicas e sanitárias destaca-se a presença de presença de mofo; fios expostos,

soltos ou desencapados; tubulação de plástico por fora da parede com fio e cheiro de esgoto. Essas situações proporcionam um ambiente insalubre e prejudicial para a saúde já fragilizada dos pacientes que procuram por algum tipo de atendimento e não contribuem com uma ambiência que auxilie no desenvolvimento do processo saúde-doença.

A ambiência das UBS no estado de Goiás também pode ser descrita pela sala de acolhimento. Para Ramos e Lima (2003) o acolhimento realizado nos serviços de saúde denota a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades dos usuários, priorizando aqueles que mais precisam. Na ausência desse ambiente o acolhimento fica desprovido de privacidade e dificulta a resolubilidade dos serviços.

Com relação aos dados encontrados na pesquisa, 68,5% das UBS no estado de Goiás não possuem salas de acolhimento, o que pode proporcionar um ambiente conflituoso quando o usuário não consegue as informações que deseja e não é atendido de forma adequada.

Segundo a Política Nacional de Humanização - PNH a ambiência e o acolhimento são primordiais para inclusão do usuário na unidade de saúde proporcionando ainda otimização dos serviços, diminuição das filas e aumento do acesso aos demais níveis do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O ambiente das UBS exerce forte influência sobre os indivíduos e pode estimular ou inibir a interação entre os envolvidos. Engloba não só o espaço físico utilizado pelas pessoas, como também as próprias pessoas que interagem nesse contexto, a sua cultura, o mobiliário, a sinalização do ambiente, o arejamento, a temperatura, os ruídos e as condições de espaço (STEFANELLI, 2012).

Outro espaço físico que interfere na ambiência são os sanitários. Dentre eles destacam-se a presença de sanitários masculinos em 75,7% das unidades, sanitários femininos em 70% dos ambientes e sanitários para funcionários em 88,5% dos serviços de saúde. Esses locais propiciam um ambiente mais agradável, acolhedor e humanizado tanto para os usuários quanto para os funcionários.

Em alguns estudos que possuem relação com a estrutura física dos serviços de saúde encontrou-se a presença de sanitários masculinos e femininos em todos os ambientes pesquisados (NOVAES *et al.*, 2007; NASCIMENTO, 2012) Dessa

forma, pode-se afirmar que a presença desses locais nas UBS são essenciais para promover conforto e bem estar aos usuários que procuram pelos serviços de saúde.

Dentro da Atenção Básica a ambiência também se destaca pela sinalização interna dos serviços de saúde prestados pela unidade e são indicativos de uma ambiência mais acolhedora, pois chamam a atenção das pessoas e orientam sobre informações referentes ao atendimento e aos horários de funcionamento. Quanto a esse tipo de sinalização tem-se a presença de painéis em 35,2% dos ambientes, quadro impresso em 44,4% dos estabelecimentos de saúde e outros tipos de sinalização em 19,1% das unidades.

Segundo Martinez, Paraguay e Latorre (2004), fatores relacionados à adequação do ambiente e ao conteúdo das informações relacionadas com o processo de trabalho, favorecem a satisfação dos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, propiciam melhor atendimento para os usuários que buscam por atendimento nas unidades de saúde.

A PNH entende a ambiência como um espaço social, profissional e de relações interpessoais, norteada pela inter-relação homem e espaço. Os seus pressupostos se apoiam em três objetivos: possibilitar a produção de sujeitos e o processo de trabalho; promover conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social com enfoque na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos e assegurar que o espaço facilite o processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Esses objetivos devem ser almejados pelos gestores e trabalhadores das UBS, pois uma vez colocados em prática fornecerão uma ambiência acolhedora, resolutiva e equânime.

## **CONCLUSÃO**

A análise da ambiência nas UBS do estado de Goiás engloba inúmeros fatores e pode ser descrita sob diversas abordagens. No caso desse estudo, é possível afirmar que possuir oferta de serviços não significa necessariamente ter uma ambiência acolhedora.

Possuir atendimento acolhedor pressupõe a existência de um ambiente que traga conforto e bem-estar. Na maior parte das UBS estudadas a falta de sala de

acolhimento e de sinalização interna denota um local pouco acolhedor, gerando situações conflituosas e desagradáveis.

Em relação à ventilação ou janelas que possibilitam a circulação de ar; ao aproveitamento adequado de luminosidade natural; aos banheiros e à presença de pisos, paredes e superfícies lisas e laváveis pode-se afirmar que a maior parte das UBS do estado de Goiás possui uma ambiência adequada segundo o Manual de Estrutura Física das UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006b, 2008).

Sendo assim, a presente pesquisa possibilitou perceber que existe uma relação direta entre atendimento acolhedor/humanizado e ambiência. A inexistência de um local adequado para acolhimento, acomodação e atendimento dos usuários prejudica o desenvolvimento das ações realizadas nos serviços de saúde, ou seja, prejudica todo o desenvolvimento do processo de trabalho dessas equipes.

Constatou-se, portanto, que pesquisar a ambiência nas UBS do estado de Goiás contribuiu para verificar o quanto precisa melhorar e investir, a fim promover bem-estar, conforto, acolhimento e humanização conforme prevê algumas portarias ministeriais que abordam esse assunto.

Desse modo, acredita-se que essa análise na perspectiva da gestão possa direcionar ou redirecionar as prioridades governamentais, permitindo o correto investimento no fortalecimento da Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

- Connil EM. 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 no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S7-16;
- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press; 1980;
- Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S159-72;
- Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *R. Saúde Públ.* 2004

38(1):55-61;

Mendes EV editors. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1999;

Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção [Internet]. Rio de Janeiro: 2002 [cited 2013 set 20]. Available from: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>;

Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da saúde, 2004;

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do gerenciamento e implantação da estratégia de saúde da família. Brasília; 2006a. Extraído de [www. saude.gov.br.], acesso em [25 de setembro de 2006];

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 Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 72p;

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2ª ed. Brasília; 2007;

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.;

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 62p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos);

Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1.654/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. Brasília (BRASIL): Ministério da Saúde; 2011b;

- Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica-PMAQ-AB. Projeto para a avaliação externa e censo das unidades básicas de saúde. Brasília (BRASIL): 2012;
- Morais AS, Melleiro MM. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar; 15(1):112-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15243>;
- Nascimento VF. Repercussões de Programas Televisivos sobre à Saúde da Família. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.03, Nº. 03, 2012; p.955-67;
- Novaes CC, Pacheco DC, Montanari G, Martins J, Silva LH, Kroll P, Oliveira PT, Spadoto V. Gerenciamento e organização do serviço de enfermagem na unidade de saúde da família de Tupi, no município de Piracicaba. 5º Mostra Acadêmica UNIMEP, 2007;
- Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciên Saúde Coletiva. 2007; 12 Supp 1: S1819-29;
- Pereira RL, Jeziorski LL, Facchini LA. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ. In: Anais do 21º Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Pelotas; 2012 Maio 23-26; Pelotas, Brasil.2012;
- Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2003;; 19(1):27-34;
- Saparolli EC, Adami NP. Avaliação da estrutura física destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(1): 92-8;
- Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para a avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. Cad Saúde Pública. 2010; 26(3): 603-14;
- Stefanelli MC. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadoras. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2ª Ed. Barueri: Manole; 2012;
- Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho Gerencial do Enfermeiro na Rede Básica de Saúde. Texto & Contexto Enfermagem. 2009; 18 (2): 249-57.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a acessibilidade e ambiência das unidades de saúde da Atenção Básica do estado de Goiás, observou-se que grande parte das unidades de saúde carece de acessibilidade e ambiência, desde a porta de entrada até o atendimento clínico.

Apesar das orientações presentes do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde formulado pelo Ministério da Saúde sobre a forma como devem ser os estabelecimentos de saúdes, muitos municípios não seguem as recomendações preconizadas nesse instrumento. Tal situação pode ser confirmada com os dados apresentados nesse estudo.

A precariedade de algumas estruturas físicas propicia desconforto aos usuários e trabalhadores presentes nas UBS do estado de Goiás o que gera descontentamento, reclamações e transtornos que poderiam ser evitados se a Atenção Básica fosse mais acessível e acolhedora.

Os resultados e discussão apresentados sobre acessibilidade e ambiência mostraram-se fundamentais para confirmar a importância dessas situações na qualidade e resolutividade da assistência em saúde, pois são partes essenciais da oferta de serviços presente em qualquer estabelecimento de saúde.

Nos serviços de saúde, o gestor é considerado a peça fundamental para promover a saúde dos usuários e trabalhadores por meio da discussão de políticas de governo que devem ser feitas em conjunto com os trabalhadores com vistas a repensar no processo de organização do trabalho desenvolvido e nas possíveis estratégias de melhoria.

Por fim, o estudo ainda permitiu ver sob a ótica da gestão que melhores investimentos devem ser feitos na Atenção Básica, pois só priorizando-a que será possível considerá-la como uma efetiva porta de entrada e ordenadora do cuidado no SUS.

**REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

- Abrahão-Curvo P. Avaliação da Atenção Básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção [dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2010. 153p;
- Assis MMA, Levi DL, Nascimento MA, Leal JAL, Moreira RCR, Souza C, Cerqueira EM. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA; 2010. p. 101-111;
- Barrêto AJR, Sá LD, Silva CC, Santos SR, Brandão GCG. Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. Texto contexto - enferm. [online]. 2010, vol.19, n.2, pp. 300-308;
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cienc Saúde Coletiva. 2000 Jan-Jun; 5(1):163-77;
- Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005, vol.5, suppl.1, p. 63-69;
- Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM (org). Tratado de Saúde Coletiva, 2ª reimpressão. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, 871p.;
- Cardoso MO, Silva LMV. Avaliação da cobertura da Atenção Básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). Cad. Saúde Pública. 2012; 28(70): 1273-1284;
- Castro AM, *et al*. Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. Gosch C, *et al* (org). Brasília: CEAD/FUB, 2010. 164p;
- Cesar CLG, Tanaka OU. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: Um estudo de caso na região sudeste: Área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cad. Saúde Pública. 1996; 12(2): 59-70, 1996;
- Champagne F, Hartz Z, Contandriopoulos AP, editors. Avaliação: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2011;
- Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 705-11;
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília (Brasil): CONASS, 2009;

Daban F *et al.* Evaluación de la reforma de la atención primaria de salud: prácticas preventivas y desigualdades. *Aten Primaria*. 2007;39(7):339-47;

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1996. *The Milbank Memorial quarterly, United States*, v. 83, n.4, p. 691-729, 2005;

Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Siqueira F, Silveira D, Silva SM, *et al.* Projeto para avaliação externa e censo das unidades básicas de saúde. Universidade Federal de Pelotas, 2011;

Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Ministério da Saúde. *RAP*. 2009; 43(2): 445-56;

Felisberto E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife*, 4(3): 317-321; 2004;

Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 553-563;

Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAM, *et al.* Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63 (1): 11-15;

Fialho G. Saúde fortalece Atenção Básica para melhorar a qualidade da assistência à população. Portal da Saúde [Internet] 2011 [cited 2013 jan 16]. Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=12695](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12695);

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy E, editors. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC; 2003;

Goiás. Portal: Goiás. Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre [Internet]. 2013a [cited 2013 nov 20]. Available from: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Portal:Goi%C3%A1s>;

Goiás. Secretaria Estadual de Saúde. Regionais [Internet] 2013b [cited 2013 nov 20]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idEditoria=4014>;

Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde Debate* 2003; 27(65): 278-89;

Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Atenção Primária à saúde. In: *Política e sistemas de saúde no Brasil*, 2008;

Guanaes C, Mattos ATR. Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. São Paulo. 2011; 20 (4): 1005-17;

Guerreiro JV, Branco MAF. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3): 1689-1698;

Habicht JP, Victora C, *et al.* "Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact." *International Journal of Epidemiology* 1999; 28(1): 10-18;

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro (Brasil): 2010. [cited 2013 set 02]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/online/outroslinks/default.php>;

Kananne R. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI. São Paulo (SP): Atlas;1995. 99p.;

Lima LD; Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALd'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.7, pp. 1903-1914. ISSN 1413-8123;

Matos RAA. Integralidade na prática. *Cad de Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1411-16;

Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2006; 15(3): 508-14;

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002;

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 18, n. 4 supl, p. 3-11, 2008;

Mendes ACG. A delicadeza esquecida: Avaliação da qualidade das Emergências. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2010a;

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010b; 15 (5);

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (BRASIL): Organização Pan-Americana da Saúde, 2012;

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy , E. E.; Onocko nocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112;

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4(2): 305-14;

Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (Brasil): Senado Federal; 1988;

Ministério da Saúde. Lei n. 8.142/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Brasília [on-line] 1990a. [cited 2013 abril 08] Available from: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=13456>;

Ministério da Saúde. Lei nº. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (BRASIL): Ministério da Saúde; 1990b;

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Educação. Parecer do CNES/CES n. 1133 de 7 de agosto de 2001. Brasília (DF); 2001;

Ministério da Saúde. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde. 2003a;

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003b. 248 p.;

Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família – PSF. Brasília, DF: Autor. Retrieved July 16, 2004a [cited 2013 nov 20]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/psf/equipes/quantos.asp>;

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde- PNASS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004b;

Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos Municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005;

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Política nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a;

Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/06. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília (BRASIL): Ministério da Saúde, 2006b;

Ministério da Saúde. Portaria Nº 699/06. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília (BRASIL): Ministério da Saúde, 2006c;

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 Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 72p;

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos);

Ministério da Saúde. Portaria GM 4279/10 [Internet]. Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília (BRASIL) 2010b [cited 2013 set 09]. Available from: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao;](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao;)

Ministério da Saúde. Portaria GM 2488/11[Internet]. Política Nacional da Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2011a [Cited 2013 set 20]. Available from: <http://portal.saude.mt.gov.br;>

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 62p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos);

Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1.654/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. Brasília (BRASIL): Ministério da Saúde; 2011c;

Ministério da Saúde. Regulamentação da Lei nº 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Rev Saúde Pública 2011d;45(6):1206-7;

Ministério da Saúde. IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011e. [cited 2012 abril 5]. Available from: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1080;](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080;)

Ministério da Saúde. Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – PRO-ADESS. [Internet]. 2013a [cited 2013 nov 20]. Saúde. Available from: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matr;>

Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria da Atenção Básica - PMAQ - Manual Instrutivo. Brasília (BRASIL): Ministério da Saúde, 2013b;

Ministério da Saúde. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade – AMAQ. Atenção Básica (Saúde da Família, Atenção Básica Parametrizada e Saúde Bucal) (BRASIL): Ministério da Saúde, 2013c;

Mishima SM. A gerência de serviços da atenção primária à saúde como instrumento para reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2003. 153p.;

Moyses NMN, Machado MH. Política de gestão do trabalho no SUS: O desafio sempre presente. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2010; 45(1): 33-41;

Munari DB, Bezerra ALQ. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2004 jul-ago;57(4):484-6;

Oliveira SF, Albuquerque, FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. Soc.* [online]. 2008, vol.20, n.2, pp. 237-246;

Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, organizadores. *Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde*. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA; 2005. p. 9-10;

Paim, JS. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009;

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko L. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet* [Internet]. 2011 [cited 01 fev 2013]; 377(9779): 1778-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>;  
Pisco LA. Avaliação como instrumento de mudança. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):566-568;

Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl.1):S719-29;

Pustai, OJ. O sistema de Saúde no Brasil. In. Duncan BB, *et al* (Org). *Medicina ambulatorial: Conduas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2006;

Quindere PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.7, pp. 2157-2166;

Rosso CFW. Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da Rede Básica de Saúde em Goiânia-GO [thesis] / Goiânia: Ciências da Saúde/UFG; 2008. 204p.;

Ruthes RM, Cunha ICKO. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.6, pp. 901-905. ISSN 0034-7167;

Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2345-54;

Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3): 260–8;

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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100013&lng=en&nrm=iso);

Santos TAP; Rosso CFW. Desempenho de serviços de saúde prestados à mulher residente no entorno sul do distrito federal na perspectiva da usuária [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2013. 137p.;

Souza RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In:Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas [Internet]; 2002 Agosto 11-14; São Paulo, Brasil. 2002 [cited 2012 nov 29]. Available from:

[http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia\\_estadual/textos\\_apoio/O%20Sistema%20P%20FAblico%20de%20Sa%20FAd%20Brasileiro\(CEST\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20FAblico%20de%20Sa%20FAd%20Brasileiro(CEST).pdf);

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, MS; 2002;

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde. 2004. 725 p.;

Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond-Júnior M, Bezerra LCA *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores pra o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Rev Ciências & Saúde Coletiva. 2012; 17(4): 839-849;

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008;

Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em saúde: uma nova proposta. Saude soc.[online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 927-934. ISSN 0104-1290;

Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. Cad Saude Publica 2008;

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência & Saúde Coletiva. 2002; 7(3): 581-89;

Valentim IVL, Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007 [cited 2013 fev 11]; 12(3): 777-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/28.pdf>;

Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(4): 921-34.



## ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

CEP 38/12 Pelotas, 10 de maio 2012.

Prof

Luiz Augusto Facchini

Projeto – “Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ – AB”

Prezado Pesquisador,

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

---



## ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO – MÓDULO I

continuação...

<b>I.4 Sinalização externa da unidade de saúde</b>				
Verificar na entrada da unidade a presença de totem externo para sinalização das unidades de saúde e placa da fachada, de acordo com os serviços e as especificações do Guia de Sinalização das Unidades e Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), instituídas pela Portaria GM/MS nº 2.838, de 01/12/2011.				
I.4.1	A unidade de saúde possui totem externo adequado, com sinalização da unidade?		Sim	
			Não	
I.4.2	A unidade de saúde possui placa da fachada adequada? (Se SIM, passar para o bloco I.5.)		Sim	
			Não	
I.4.3	A unidade de saúde possui outra forma de sinalização?		Sim	
			Não	
I.4.4	Qual a forma?	Sim	Não	Placa anexada na parede da entrada da unidade de saúde fora das especificações do Guia de Sinalização
		Sim	Não	Placa anexada na lateral da unidade de saúde fora das especificações do Guia de Sinalização
		Sim	Não	Faixa desenhada na parede da entrada da unidade de saúde
		Sim	Não	Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde
				Outro(s)
				Nenhuma das anteriores

continua...

continuação...

I.5 Acessibilidade na unidade de saúde				
I.5.1	Observar na área externa da entrada na unidade de saúde:	Sim	Não	A calçada da entrada da unidade de saúde está em boas condições, ou seja, apresenta piso regular, sem desníveis nem buracos, com facilidade de deslocamento para caeirantes e pessoas com necessidades especiais e deficientes
		Sim	Não	Possui tapete
		Sim	Não	Possui antiderrapante
		Sim	Não	Possui piso regular
		Sim	Não	Possui piso liso
		Sim	Não	Possui rampa de acesso
		Sim	Não	Possui corrimão
		Sim	Não	Possui porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas
I.5.2	A unidade de saúde garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos?	Sim	Não	Banheiros adaptados, com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas
		Sim	Não	Barras de apoio
		Sim	Não	Corrimão
		Sim	Não	Corredores adaptados para cadeira de rodas
		Sim	Não	Portas internas adaptadas para cadeira de rodas
		Sim	Não	Espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera e recepção
		Sim	Não	Bebedouros adaptados
		Sim	Não	Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário

continua...

continuação...

I.5.3	A unidade de saúde garante acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva?	Sim	Não	Utilização dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva
		Sim	Não	Sinalização realizada por meio de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados
		Sim	Não	Caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo (tátil)
		Sim	Não	Recursos auditivos (sonoro)
		Sim	Não	Profissionais para acolhimento
				Outro(s)
				Nenhuma das anteriores

#### I.6 Identificação visual e sinalização das ações e serviços

I.6.1	A(s) equipe(s) divulga(m) para os usuários:	Sim	Não	Que a unidade de saúde participa do "Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (PMAQ)" e apresenta o endereço do site do Ministério da Saúde
		Sim	Não	O horário de funcionamento da unidade de saúde
		Sim	Não	A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe
		Sim	Não	A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, de maneira que as pessoas com deficiência tenham acesso
		Sim	Não	A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho
		Sim	Não	O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou do município
				Nenhuma das anteriores
I.6.2	A unidade de saúde possui sinalização interna dos serviços prestados? (Se NÃO, passar para a questão I.6.4.)		Sim	
			Não	
I.6.3	Identificar qual a forma:	Sim	Não	Quadro impresso anexado na parede
		Sim	Não	Quadro desenhado com giz na parede
		Sim	Não	Painel
				Outro(s)

continua...

continuação...

I.6.4	Todos os profissionais da unidade de saúde estão com crachás de identificação?	Sim
		Não
I.6.5	Todos os profissionais da unidade de saúde estão com uniforme (ex. jaleco)?	Sim
		Não

I.7 Horário de funcionamento da unidade de saúde		
I.7.1	Quantos turnos de atendimento esta unidade de saúde oferece à população?	Sim Não Um turno
		Sim Não Dois turnos
		Sim Não Três turnos
I.7.2	Quais os turnos de atendimento?	Sim Não Manhã
		Sim Não Tarde
		Sim Não Noite
		Nenhuma das anteriores
I.7.3	Esta unidade funciona quantos dias na semana?	Dias
I.7.4	Qual a carga horária diária de funcionamento da unidade de saúde?	Sim Não Menos de 8 horas/dia
		Sim Não 8 horas/dia ou mais
		Nenhuma das anteriores
I.7.5	Nos dias em que a unidade de saúde funciona, até que horas ela permanece aberta?	Horário
		Não há horário fixo de funcionamento
I.7.6	Esta unidade de saúde oferece atendimento à população nos fins de semana?	Sim
		Sim, algumas vezes
		Não
I.7.7	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?	Sim
		Não

continua...

continuação...

I.7.8	Quais serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde?	Sim	Não	Consultas médicas
		Sim	Não	Consultas de enfermagem
		Sim	Não	Consultas odontológicas
		Sim	Não	Dispensação de medicamentos pela farmácia
		Sim	Não	Recepção aos usuários
		Sim	Não	Realização de curativos
		Sim	Não	Outros procedimentos
		Sim	Não	Vacinação
		Sim	Não	Acolhimento
			Nenhuma das anteriores	

#### I.8 Características estruturais e ambiência da unidade de saúde

I.8.1	Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observe se:	Sim	Não	Os ambientes dispõem de janelas ou ventilação indireta (exaustores), possibilitando a circulação de ar
		Sim	Não	Os ambientes são claros, aproveitando a maior luminosidade natural possível
		Sim	Não	Os pisos, paredes e tetos da unidade de saúde são de superfícies lisas e laváveis
		Sim	Não	A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo
		Sim	Não	Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário
I.8.2	Sobre a rede hidráulica, observar a presença de:	Sim	Não	Mofa próximo às pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas
		Sim	Não	Torneiras sem sair água
		Sim	Não	Torneiras pingando
		Sim	Não	Vasos sanitários com vazamentos
I.8.3	Sobre a rede elétrica, observar a presença de:	Sim	Não	Fios expostos, soltos ou desencapados
		Sim	Não	Tubulação de plástico por fora da parede com fio

continua...

continuação...

I.8.4	Sobre a rede sanitária, observar a presença de:	Sim	Não	Cheiro de esgoto
		Sim	Não	Vasos sanitários entupidos
		Sim	Não	Vasos sanitários interditados
				Nenhuma das anteriores

I.9 Infraestrutura da unidade de saúde			
I.9.1	Banheiro para funcionários		Quantidade
I.9.2	Consultório clínico		Quantidade
I.9.3	Consultório odontológico		Quantidade
I.9.4	Recepção		Quantidade
I.9.5	Sala de acolhimento		Quantidade
I.9.6	Sala de curativo		Quantidade
I.9.7	Farmácia		Quantidade
I.9.8	Sala de espera Se não existir pular para questão I.9.10		Quantidade
I.9.9	Qual a capacidade instalada da sala de espera para pessoas sentadas?		Pessoas
I.9.10	Sala de estocagem de medicamentos		Quantidade
I.9.11	Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado		Quantidade
I.9.12	Sala de lavagem/descontaminação (sala de utilidades)		Quantidade
I.9.13	Sala de procedimento		Quantidade
I.9.14	Sala de nebulização		Quantidade
I.9.15	Sala de vacina		Quantidade
I.9.16	Sala de observação		Quantidade
I.9.17	Sala de reunião e atividades educativas		Quantidade
I.9.18	Sanitário para usuário masculino		Quantidade
I.9.19	Sanitário para usuário feminino		Quantidade
I.9.20	Sanitário adaptado para pessoas com deficiência		Quantidade
I.9.21	Expurgo		Quantidade
I.9.22	Local para depósito de lixo comum		Quantidade

continua...

continuação...

I.10 Reforma, ampliação e reparos da unidade de saúde		
I.10.1	A unidade de saúde está em processo de reforma? (Se NÃO, passar para a questão I.10.3.)	Sim
		Não
I.10.2	Qual o tipo de reforma?	Sim Não Alvenaria
		Sim Não Cobertura
		Sim Não Demolições e retiradas
		Sim Não Esquadrias
		Sim Não Estrutura física da unidade de saúde
		Sim Não Instalações elétricas
		Sim Não Instalações hidrossanitárias
		Sim Não Limpeza da obra
		Sim Não Pinturas
		Sim Não Pisos
		Sim Não Revestimento
	Nenhuma das anteriores	
I.10.3	A unidade de saúde está em processo de ampliação? (Se NÃO, passar para a questão I.10.5.)	Sim
		Não

continua...

continuação...

I.10.4	Em qual dependência se encontra o processo de ampliação?	Sim	Não	Almoxarifado
		Sim	Não	Banheiro de consultório
		Sim	Não	Banheiro para funcionários
		Sim	Não	Banheiro para público (adaptado para deficientes físicos)
		Sim	Não	Banheiro para sala de observação
		Sim	Não	Consultório
		Sim	Não	Consultório odontológico
		Sim	Não	Copa/cozinha
		Sim	Não	Depósito de lixo
		Sim	Não	Depósito de material de limpeza
		Sim	Não	Expurgo (abrigo de resíduos sólidos)
		Sim	Não	Farmácia
		Sim	Não	Recepção
		Sim	Não	Sala de curativos
		Sim	Não	Sala de espera
		Sim	Não	Sala de esterilização
		Sim	Não	Sala de nebulização
		Sim	Não	Sala de procedimentos
		Sim	Não	Sala de reuniões
		Sim	Não	Sala de utilidades
		Sim	Não	Sala de vacinas
		Sim	Não	Sala para agente comunitário de saúde
		Sim	Não	Área para embarque e desembarque de ambulância
Sim	Não	Sala de observação		
				Nenhuma das anteriores
I.10.5	A unidade de saúde está em processo de reparo? (Se NÃO, passar para o bloco I.11.)			Sim
				Não
I.10.6	Qual o tipo de reparo?	Sim	Não	Estrutura física
		Sim	Não	Estrutura elétrica
		Sim	Não	Estrutura hidráulica
		Sim	Não	Estrutura sanitária
				Nenhuma das anteriores

continua...