

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE – UAB/CAPES

GRACIELE UGULINI

**IMPACTO DA MELHORIA NA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS (RS)**

Três Passos (RS)

2012

GRACIELE UGULINI

**IMPACTO DA MELHORIA NA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS (RS)**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em
Gestão de Saúde – EAD, apresentado à Escola de
Administração da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul – UFRGS como requisito parcial para a obtenção
do título de Especialista em Gestão de Saúde.

Orientadora: prof^a Roberta Alvarenga Reis

Tutora Orientadora: Cátia Bauer Maggi

Três Passos (RS)

2012

GRACIELE UGULINI

**IMPACTO DA MELHORIA NA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES DE SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS (RS)**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em
Gestão de Saúde – EAD, apresentado à Escola de
Administração da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul – UFRGS como requisito parcial para a obtenção
do título de Especialista em Gestão de Saúde.

Conceito final:

Aprovado em dede.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Prof. Dr. – Instituição

Orientador – Prof. Dr. – Instituição

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter permitido que eu cruzasse mais este caminho de minha vida, com a graça de ter podido estudar e realizar este feito tão almejado por mim.

Agradeço muito a meus familiares, pelo incentivo e tolerância de, ao meu lado, suportarem os encraves de todos os espinhos que se fizeram presentes, ou ainda, por terem suportado minha ausência por longas horas, enquanto me dedicava aos estudos.

Da mesma forma, minha gratidão à orientadora, professora Roberta Alvarenga Reis, pela sua orientação e acompanhamento.

E o meu "muito obrigado" a todos que de uma forma ou de outra colaboraram e fizeram parte do meu sucesso.

Não é a espécie mais forte nem tão pouco a mais inteligente que sobrevive, mas aquela que demonstra maior capacidade para responder à mudança.

(Charles Darwin)

RESUMO

Os cuidados primários de saúde foram criados nos anos 70 e, desde então, são a porta de entrada para acabar com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias. Contudo, existem muitos problemas e entraves, principalmente por ocasião de alterações e melhorias às dificuldades organizacionais, estruturais e burocráticas, que denotam em acesso insuficiente, espaço físico e fraqueza nos cuidados. O objetivo principal do presente estudo é verificar a satisfação e o impacto sobre a população com melhorias na estrutura física das Unidades de Saúde do município de Três Passos (RS). Através da realização de um estudo de caso nas oito USF's em atividade no município, aplicou-se um questionário aos cadastrados, de maneira a comprovar o alcance dos objetivos das reformas realizadas, descrevendo os resultados em relação ao nível da satisfação dos usuários e da mudança organizacional. Simultaneamente, foram realizadas análises com observações em cada Unidade. O estudo possibilitou concluir que os entrevistados estão satisfeitos com as reformas e melhorias nas estruturas físicas das Unidades de Saúde, principalmente porque o atendimento ficou melhor e mais aperfeiçoado, ágil e eficiente, na maioria das Unidades. Pela observação individual nas Unidades, encontraram-se algumas pequenas dificuldades, mas, no geral, as Unidades estão conseguindo atender à demanda da população para todos os atendimentos propostos para postos de saúde, conforme determina a legislação. Realmente, as melhorias estruturais aconteceram para atender melhor a população usuária.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Reforma dos serviços de saúde. Satisfação dos usuários.

ABSTRACT

The primary health care were created in the 70s and since then, are the gateway to ending child mortality and the precarious social, economic and health. However, there are many problems and obstacles, especially when the changes and improvements to organizational difficulties, structural and bureaucratic, which indicate in insufficient access, physical space and weakness in nursing. The main objective of this study is to assess the satisfaction and impact on the population with improvements in the physical infrastructure of health clinics in the city of Três Passos (RS). By performing a case study in eight USF's active in the city, we applied a questionnaire to registered in order to demonstrate the achievement of the objectives of the reforms, describing the results in relation to the level of user satisfaction and change organizational. Simultaneously, analyzes were performed with observations in each unit. The study allowed the conclusion that the respondents are satisfied with the reforms and improvements in physical infrastructure of health clinics, mainly because the service was better and more versatile, agile and efficient, in most units. By observing the individual units, we found some little difficulty, but overall, the units are able to meet the demand of population for all services proposed for health posts, as required by law. Indeed, the structural improvements have happened to better serve the user population.

Keywords: Primary health care. Reform of health services. User satisfaction.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Sexo dos entrevistados..... | 38 |
| Gráfico 2: Raça/cor dos entrevistados..... | 39 |
| Gráfico 3: Situação conjugal dos entrevistados..... | 39 |
| Gráfico 4: Escolaridade dos entrevistados | 40 |
| Gráfico 5: Condição laboral dos entrevistados | 40 |
| Gráfico 6: Problemas de saúde dos entrevistados | 41 |
| Gráfico 7: Atendimento que o usuário mais utiliza..... | 42 |
| Gráfico 8: Consultas realizadas no último ano | 42 |
| Gráfico 9: Opinião sobre o atendimento antes da reforma | 43 |
| Gráfico 10: Opinião sobre o atendimento após a reforma | 43 |
| Gráfico 11: Se a Unidade de Saúde comporta o atendimento aos usuários | 44 |
| Gráfico 12: Se a nova Unidade tem boa acessibilidade aos deficientes e idosos | 45 |
| Gráfico 13: Satisfação atual em relação ao novo Posto de Saúde..... | 46 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 9 |
| OBJETIVOS | 11 |
| OBJETIVO GERAL | 11 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 11 |
| 1 GESTÃO EM SAÚDE | 12 |
| 1.1 POLÍTICA DE SAÚDE | 12 |
| 1.2 PRECEDENTES DO SUS | 13 |
| 1.3 A SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988 | 14 |
| 1.4 O GESTOR DE SAÚDE | 16 |
| 2 AS UNIDADES DE SAÚDE E AS MELHORIAS ESTRUTURAIS GERAIS | 18 |
| 2.1 ACESSIBILIDADE | 18 |
| 2.2 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS | 19 |
| 2.3 FINANCIAMENTO | 21 |
| 3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE | 25 |
| 3.1 CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS | 25 |
| 3.2 AUMENTO DO NÚMERO DE IDOSOS NO BRASIL | 27 |
| 3.3 INCLUSÃO SOCIAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA | 29 |
| 3.3.1 Adequação dos Ambientes Físicos à Acessibilidade | 30 |
| 4 MÉTODO | 32 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 32 |
| 4.2 LOCAL DE ESTUDO | 32 |
| 4.2.1 Dados do Município e das Unidades de Observação e Análise | 32 |
| 4.2.2 Adequações e Melhorias Físicas das Unidades de Saúde | 36 |
| 4.3 UNIVERSO E AMOSTRA | 36 |
| 4.4 COLETA DE DADOS | 37 |
| 4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 37 |
| 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 38 |
| 5.1 RESULTADO DAS MELHORIAS REALIZADAS NAS USF | 47 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 49 |
| REFERÊNCIAS | 50 |
| APÊNDICES E ANEXOS | 53 |

INTRODUÇÃO

O tema abordado neste Trabalho de Conclusão de Curso: “Impacto da Melhoria na Estrutura Física das Unidades de Saúde no Município de Três Passos” traz à tona a situação de satisfação ou insatisfação da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração um adendo que são muitas melhorias estruturais realizadas pela Gestão nas suas Unidades de atendimento em Saúde.

O Gestor de Saúde ou Gestor do SUS é um representante designado pelo governo e que desenvolve uma função específica ao seu cargo. Esta função pode ser definida como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação de políticas na área da saúde” (SOUZA, 2002, p.13).

Entre as funções gestoras em saúde está a formulação de políticas e de planejamento, o financiamento em saúde, a coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema, das redes e dos prestadores tanto públicos como privados) e ainda tem a função de prestação direta de serviços de saúde. Entende-se, desta forma, que a estruturação, as melhorias realizadas e a manutenção na estrutura física das Unidades de Saúde são determinadas como função também e, principalmente, do Gestor Municipal de Saúde.

Foi no início da década de 70 e levando em consideração os aspectos técnicos e até mesmo estruturais que houve um aumento considerável do interesse pela satisfação do usuário quando falamos em saúde. Este tema: “Satisfação do Usuário” é muito importante, ele nos dá informações certas e confiáveis sobre a qualidade do cuidado que temos com nosso público. A opinião da população é bem relevante e nos permite, muitas vezes, buscar o aprimoramento no atendimento e

nas nossas ações, o que se traduz no trabalho direcionado às necessidades do usuário e à qualidade de vida que se busca.

O setor de saúde tem adotado políticas macroeconômicas; emprego, habitação, educação, lazer e qualidade dos alimentos (BRASIL, 1997) para o resgate da qualidade, possível através de sua descentralização, possibilitando a renovação dos modelos e práticas de atenção e cuidado à saúde, a fim de garantir maior utilização e continuidade dos serviços, podendo inclusive interferir para o aumento da satisfação do usuário.

O município de Três Passos, no Rio Grande do Sul, ganhou melhorias na estrutura física de suas Unidades de Saúde. O motivo inicial para a reforma foi alicerçada no baixo nível de satisfação de todos os envolvidos no processo de cuidados, desde o usuário aos profissionais, passando pelos gestores políticos, estado de espírito este motivado pelo baixo e desigual acesso, pela ineficiência, pelos empecilhos físicos e burocráticos e pela ausência de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade.

O desenvolvimento deste estudo foi dividido em partes para um melhor entendimento do assunto. O primeiro capítulo se refere à Gestão em Saúde, apresentando conceitos e peculiaridades dessa administração, incluindo o contexto que engloba o gestor dessa área. O segundo capítulo trata das melhorias estruturais direcionadas às Unidades de Saúde, de modo geral, incluindo acessibilidade, satisfação do usuário e financiamento. A terceira parte é reservada à atenção básica à saúde, incluindo conceitos e características e inclusão social das pessoas com deficiência. E, o último capítulo refere a parte prática do estudo, apresentando e analisando os dados de uma pesquisa de campo e uma observação detalhada em cada Posto de Saúde do município em referência.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Verificar a satisfação e o impacto sobre a população com melhorias na estrutura física das Unidades de Saúde do município de Três Passos (RS).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o papel do Gestor de Saúde;
- Contextualizar as Unidades de Saúde;
- Dispor aspectos das melhorias estruturais nas Unidades de Saúde, de forma geral;
- Compilar e analisar dados de uma pesquisa de campo realizada com a população usuária dos Postos de Atendimento de Três Passos.

1 GESTÃO EM SAÚDE

1.1 POLÍTICA DE SAÚDE

Segundo Levcovitz et al. (2003), o termo “política” na língua portuguesa se refere às extensões do poder e também às diretrizes. Mesmo assim, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abarca o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na direção, na implementação e na análise de políticas.

Para Paim (2003), política de saúde abrange estudos sobre a função do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde dos indivíduos e aos seus determinantes, através de propostas e primazias para a atuação pública. Compreende ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.

Levcovitz et al. (2003, p.74) seguiram uma periodização para o rumo das políticas de saúde no país em cinco etapas:

A primeira (1974-1979) caracterizava-se pela investigação sobre determinantes econômicos, políticos e sociais da conformação de sistemas de saúde e formulação de alternativas.

A segunda (1980-1986) envolvia a disseminação de propostas de reforma e aglutinação sociopolítica.

A terceira (1987-1990) caracterizava-se pelo ordenamento jurídico-legal dos princípios e diretrizes do projeto de reforma.

A quarta fase (1991-1998) buscava a definição do papel de cada esfera de governo e a elaboração de instrumentos para esse relacionamento.

A última fase (1999-2000) voltava-se para a regulamentação do financiamento e para a organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços.

De acordo com Paim e Teixeira (2006), para fins de sistematização, caberia acrescentar uma sexta fase (2001-2005) a essa periodização. Poder-se-ia ressaltar, mesmo que de forma simples, a procura por constância do financiamento (empenho para a execução da emenda Constituição 29) e o desenvolvimento da atenção básica, com a ampliação do PSF.

1.2 PRECEDENTES DO SUS

Conforme Souza (2002), anteriormente ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com a contribuição dos estados e municípios, desenvolvia quase que somente atos de promoção da saúde e prevenção de enfermidades, com ênfase para as campanhas de vacinação e controle de epidemias. Todas essas atuações eram desenvolvidas com estilo universal, quer dizer, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população favorecida.

O mesmo autor afirma que, no campo de assistência à saúde, o MS agia somente através de poucos hospitais especializados, nos âmbitos de psiquiatria e tuberculose, e também da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em certas regiões especiais, realçando o interior do Norte e Nordeste. Essa obra, também denominada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parte da população chamada de indigente, por determinados municípios e estados e, especialmente, por estabelecimentos de estilo filantrópico. Esse povo não possuía nenhum direito e a assistência que ganhava era por motivo de um favor, de uma beneficência. A maior atuação do poder público nesse campo acontecia por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser chamado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

O INPS foi a consequência da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os designados IAPs) de distintas categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, etc.), que após foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS abarcava a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a edificação de enormes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maior parte de seus favorecidos (SOUZA, 2002).

Com a crise de financiamento da Previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela (SOUZA, 2002, p.15).

Inicia-se, no país, a construção de um sistema de saúde com convergência à cobertura universal, mesmo anterior à aprovação da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), que constituiu o SUS. Isso foi motivado, por um ângulo, pela crescente crise de financiamento do padrão de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da coletividade, que formaram o então chamado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país (SOUZA, 2002).

1.3 A SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988

A primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi, em 1988, a fixação na Constituição Federal (1988) relativa ao setor saúde. O Art. 196 da Constituição Federal determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”. Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

A referida Carta Magna protege as atuações e serviços de saúde, como benefícios de importância pública que agregam uma rede regionalizada e hierarquizada e formam um sistema único, organizado conforme os princípios doutrinários aos serviços de saúde na totalidade dos graus de atenção, equidade no atendimento e integralidade da assistência e participação da sociedade, descentralização político-administrativa, com endereço único em cada âmbito de governo, com realce na descentralização dos serviços para as cidades, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Mesmo perante os limites do ajuste neoliberal sob a influência dos processos de globalização, a política de saúde brasileira vem se ajustando na concepção do Estado democrático e de direito. Nesta definição, Bravo (1999) enfatiza como premissas fundamentais desta política: o interesse público, a universalização do

acesso, a descentralização, a democratização e criação de uma esfera pública com controle social, e a adoção de um padrão de atenção com alicerce na integralidade e equidade das atuações.

Segundo Leite (2003), em conformidade com os princípios constitucionais, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 9.080/90) deliberou Sistema Único de Saúde – SUS como o conjugado de atos e serviços de saúde, prestados por órgãos e estabelecimentos públicos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações sustentadas pelo Poder Público.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer. As internações realizadas vão da menor complexidade, tais como internações de crianças com diarreia, até as mais complexas, como a realização de transplantes de órgãos, cirurgias cardíacas, entre outras que envolvem alta tecnologia e custo (SOUZA, 2002, p.17).

Entretanto, existem enormes barreiras e desafios para a concretização do SUS, porque o Brasil é um país de extensão continental, com muitas desigualdades sociais, econômicas, culturais e políticas. A maior parte dos administradores do SUS ainda luta contra essas modificações estruturais, pois, na concepção de determinados indivíduos, eles perderão domínio e, na definição de outros, as suas responsabilidades com a saúde da população virão a ser alargadas, se acaso não tiverem a segurança do correspondente financiamento público (LEITE, 2003).

Reverter esse quadro é um exercício de cidadania, de paciência e determinação do governo, gestores do SUS, trabalhadores da saúde, Conselhos de Saúde, Fóruns de negociações do SUS, enfim, de todos nós. Precisamos racionalizar e otimizar tempo, esforços e recursos, além de introduzir novas práticas de gestão que primem pela excelência das ações dirigidas ao atendimento das necessidades e demandas da população (LEITE, 2003, p.13).

De acordo com Souza (2002), as frações que constituem o conjunto de sujeitos sociais são muitas (administradores de saúde e usuários) nos vários graus dessa política. O nível local – o município – como ambiente onde os exercícios reais ocorrem, na maior parte das vezes ainda alicerçadas em mecanismos clássicos e interesses concretos, é um nível de enorme importância nos processos de descentralização, por adotar novas funções e ser lugar de transformações.

O mesmo autor refere que o exemplo de gestão pública com foque em distintas formas de controle, como da qualidade, dos resultados, dos custos e do social, atrelada à responsabilidade social e à democratização, solicita uma formação e alteração do perfil do gestor público.

1.4 O GESTOR DE SAÚDE

O gestor de saúde ou gestor do Sistema Único de Saúde (SUS) é um representante denominado pelo governo e que desenvolve um papel específico ao seu cargo. Esta função pode ser deliberada como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessário para a implementação de políticas na área da saúde” (SOUZA, 2002, p.14).

O administrador de saúde exerce uma função determinante na direção política do sistema em todos os graus governamentais. De acordo com Souza (2002), esses gestores de saúde devem agir em dois sentidos muito interligados: o político e o técnico.

Na esfera política, o seu desempenho deve ser guiado pela concepção da saúde como direito de cidadania, pelo interesse público e pela adoção de um exercício democrático, no qual se expressa o seu intercâmbio com outros sujeitos políticos do jogo democrático, como: outros representantes do poder executivo; representantes dos poderes: legislativo e judiciário; e representantes das entidades corporativas e da sociedade civil.

No âmbito técnico, tem-se que a ação técnica do administrador, que não pode ser dissociada da atuação política, se consubstancia por meio do exercício dos papéis gestores na saúde (SOUZA, 2002). Estas funções podem ser deliberadas como um conjunto articulado de saberes e exercícios de administração necessários à implementação de políticas e medidas coesas com os princípios do Sistema Único de Saúde e da gestão pública.

No cenário da atual política de saúde, democratização, qualidade, responsabilidade, eficiência, efetividade e eficácia são componentes fundamentais para garantir o alcance de bons resultados na prestação dos serviços, o que leva à reflexão sobre qual o perfil adequado para o gestor, na perspectiva de corresponder a demandas e incorporar as novas concepções gerenciais (CAMPOS, 2004, p.7).

O perfil do gestor, então, deverá ser esquematizado, levando em conta, entre outras, as grandezas de: iniciativa, responsabilidade, bom senso, aptidão para decisão, perseverança, conhecimento atualizado e visão de futuro. Entre as outras dimensões, não citadas, destacam-se a cultura democrática, a habilidade de negociar e a cultura solidária (SOUZA, 2002).

2 AS UNIDADES DE SAÚDE E AS MELHORIAS ESTRUTURAIS GERAIS

De acordo com Hill *apud* Barbosa (2009), a política social gera a adoção de avaliações coletivas no intuito de produzir alterações, melhorando as condições de vida das populações, a diversos planos. Para May *apud* Barbosa (2009), a política social tem uma função essencial no desenvolvimento e adoção de políticas de saúde, porque colabora para o significado dos serviços de saúde apropriados às reais necessidades dos indivíduos. A política de saúde faz parte da política social e é “um conjunto de decisões que permitem concretizar uma linha de ação que estabeleça e realize objetivos concretos para a melhoria da saúde” (SAKELLARIDES, 2004).

2.1 ACESSIBILIDADE

Justo (2004, p.17) define que o acesso é a “possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a utilização de cuidados de saúde no momento e no local em que necessita em quantidade e a um custo adequado, com o objetivo de obter ganhos em saúde”. Abrange acessibilidade física, financeira e acesso à informação, considerando:

- A percentagem de população abrangida pelo financiamento público (SNS); de cuidados;
- Os serviços disponíveis pelo SNS;
- Acesso ao seguro de saúde voluntário;
- Tempo de espera para obtenção de cuidados;
- Disponibilidade de serviços de boa qualidade;
- Preço dos cuidados;
- Nível de participação de custos;
- Escolhas à disposição da população;
- Informação sobre os serviços (COMISSÃO EUROPEIA, 2003).

Há muitas pesquisas sobre o acesso, estando em relevo um estudo feito no ano de 2006 pela Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa, que segue a definição de que “a acessibilidade aos serviços, em particular da consulta de ambulatório, para todos os estratos da população, é um aspecto essencial, dado tratar-se de uma área de insatisfação dos utentes” (BARBOSA, 2009, p.20).

Os entraves básicos do acesso são:

- Proximidade: adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e a distribuição geográfica dos utentes, em termos de distância e tempo entre o local da residência e a unidade prestadora;
- Capacidade: medida em que o prestador detém os recursos necessários (humanos e tecnológicos), para responder às necessidades dos utentes;
- Esforço financeiro: disposição dos utentes para suportar os encargos com a prestação;
- Aceitabilidade: avalia se o ato da prestação de cuidados que é realizado corresponde às reais expectativas do utente, e representa a atitudes dos utentes e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um;
- Adequabilidade: medida em que a atuação do prestador está organizada para atender as restrições e preferências dos utentes. Avalia se a organização do prestador (horários, marcação de consultas) se adequa ao utente (RAMOS *apud* BARBOSA, 2009, p.20).

A mesma autora refere que a avaliação conjugada destes fatores possibilita avaliar o nível de ajustamento entre as necessidades do usuário e a habilidade do sistema de saúde em satisfazer essas precisões.

Os cuidados de saúde primários são a primeira configuração de contato dos indivíduos com o sistema de saúde. Eles representam a porta de entrada, o meio de acesso inicial aos cuidados de saúde (BARBOSA, 2009).

A conjuntura dos cuidados primários, no primeiro instante da mais atualizada reforma, distinguia-se por circunstâncias que dificultavam o ingresso dos usuários, bloqueando a prestação de cuidados e colaborando para o “entupimento” dos outros âmbitos de cuidados, como as urgências hospitalares (BARBOSA, 2009).

Há muitos anos que as muitas tentativas de reforma comprovam que o planejamento de políticas públicas, realmente de políticas de saúde, é essencial para um apropriado desenvolvimento dos cuidados primários, de maneira a possibilitar um fácil acesso dos usuários aos cuidados e, por conseguinte, o acréscimo da sua satisfação e, num grau mais global, melhorias em saúde. Mostrou-se assim essencial a introdução de aspectos inovadores no processo de transformação organizacional dos cuidados de saúde primários (BARBOSA, 2009).

2.2 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

A satisfação dos usuários foi determinada por Pascoe *apud* Barbosa (2009, p.21) como uma reação a aspectos salientes da sua experiência com esses serviços. Já, para Strasser *apud* Barbosa (2009), a satisfação do usuário:

- Baseia-se na percepção humana;
- É um conceito com dimensões múltiplas, relacionadas com a avaliação geral dos cuidados recebidos e com reação aos aspectos que para o usuário têm importância;
- Processo não estático, dinâmico, que se vai alterando com o tempo e com a experiência do usuário;
- Expressa-se em atitudes que podem dar origem a reações comportamentais;
- É um processo individual.

Conforme Ferreira (2005), num estudo realizado aos utilizadores de centros de saúde, com a introdução de indicadores específicos, nomeadamente de consulta, marcação e acessibilidade (consulta e marcação, tempos de espera, acesso e utilização), profissionais (pontualidade e atenção aos utilizadores), e condições do centro de saúde e serviços prestados (resposta, serviços prestados e qualidade das instalações), mantém-se a tendência para uma maioria que recomenda o médico de família (61,2%). Todavia, 945 utentes afirmaram que não há necessidade de introduzir melhorias no centro de saúde, mas 6063 utentes discordam e propõem melhorias, ao nível das instalações (40,5%), da consulta (17,3%), dos administrativos (15,2%), dos médicos (15,1%), dos enfermeiros (9%) e dos serviços prestados (83,4%).

Como indicadores de satisfação, utilizaram-se os seguintes:

- Tempo médio de espera entre à hora marcada e a hora de atendimento;
- Distância percorrida e distância entre a residência e a USF, comparando a situação em USF com o centro de saúde;
- Localização geográfica da USF;
- Satisfação em relação à preocupação do médico para com o usuário;
- Satisfação em relação à preocupação do enfermeiro para com o usuário;
- Satisfação em relação à preocupação do pessoal administrativo para com o usuário;
- Satisfação em relação à preocupação aos cuidados prestados, de forma global;
- Satisfação em relação ao atendimento geral;
- Satisfação em relação ao tempo destinado á consulta;
- Satisfação em relação ao horário de atendimento na USF;
- Satisfação em relação ao conforto das instalações.

No referido questionário, foram utilizadas variáveis qualitativas e variáveis quantitativas para a medição da satisfação.

2.3 FINANCIAMENTO

A sociedade civil organizada do Brasil exigiu, depois do ano de 1983, de um Congresso estável e influente, novas políticas sociais que garantissem totais direitos de cidadania, até mesmo direito à saúde, assinalado, igualmente, como dever do Estado. "Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como um direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania" (LUZ, 1991).

A mesma autora menciona que os profissionais da área da saúde querem uma transferência real de responsabilidade, com poder de decisão, para estados, municípios e distritos, contestando a intenção centralizadora, historicamente predominante desde o início do século.

Através desse novo pensamento e percepção sociais da descentralização institucional em saúde, inclui-se a probabilidade de extrapolar a definição geopolítica do processo e a intenção de restringir a descentralização aos aspectos puramente executivos da política institucional. Para impedir esses limites, o projeto de reforma sanitária indicava, no ano de 1986, a concepção de conselhos municipais e interinstitucionais de administração dos serviços de atenção médica. Esses conselhos conjecturavam participação pública, por meio de representantes da comunidade organizada, no planejamento, gestão e análise dos serviços de saúde (LUZ, 1991).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, consagrado em 1987, foi o precursor do Sistema Único de Saúde – SUS. O SUDS nasceu como convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Todavia, estes convênios passaram a ser um forte utensílio político, através qual o governo começa a reagir ao firmar o convênio com certos municípios por vários pretextos políticos (COHN & ELIAS, 1996).

Segundo a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (1992), as conferências nacionais de saúde existem por regulamento desde o ano de 1941, porém foi exclusivamente em 1986 que os profissionais da saúde e os representantes dos movimentos populares ganharam o poder de participar. Depois da VIII Conferência Nacional da Saúde é que aconteceu a aprovação da Reforma Sanitária, após recursos, abaixo-assinados e outros, e a criação do SUS na Constituição de 1988.

A Constituição Federal de 1988 afiança a saúde como direito de todos e um dever do Estado, com ingresso social e unânime aos atos de promoção, cuidado e recuperação da saúde. Os estabelecimentos privados apresentam sua participação de maneira a complementar os benefícios do SUS. Seus princípios fundamentais são a descentralização, com incumbência de poderes para os âmbitos estaduais e municipais, tendo o atendimento global com maior foque a atividades preventivas (COHN & ELIAS, 1996).

A municipalização da saúde representa uma das fases para a prática do SUS no país, isto dita que o município se responsabilize em conduzir o dinheiro colhido e solicite ações em saúde. Contudo, há três enormes entraves para que este processo não aconteça: o inicial é o assunto financeiro, porque os dispêndios com saúde no país são incompatíveis com a verdadeira necessidade, além da alteração que sofre a destinação das verbas em épocas de crise. A segunda barreira se relaciona com a capitalização da saúde, onde existe grande ampliação dos seguros saúde privados, podendo desfigurar os benefícios públicos. O terceiro entrave para implementação da municipalização da saúde está relacionada à imprecisão dos textos legais, quando não deixa claro, em alguns momentos das Normas Operacionais Básicas, quais são as obrigações e responsabilidades destes estabelecimentos privados para com a população (PAIM *apud* PERES, 2007).

Aguardando estes empecilhos serem resolvidos, o exemplo médico-assistencial permanecerá prevalecendo no Brasil. Eles "conspiram contra os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde, consagrados na Constituição" (PAIM *apud* PERES, 2007, p.4). Uma das maneiras para reverter o quadro é a participação pública nos conselhos de saúde que há no bairro, no município e no estado. As tentativas de propagar o SUS, como ele verdadeiramente é, ao contrário de partir do governo federal (que tem os recursos necessários), está vindo (com muitos problemas) de determinados governos municipais.

Por motivo das ações das forças sociais, os políticos do pós-regime militar designaram um utensílio para avaliar a seguridade social. De acordo com Oliveira Júnior (1998), o arrecadamento para a seguridade social alargou de 6% do valor do PIB de 1988 para 11% em 1996. Todavia, estes tributos também têm sido designados para outros ministérios, o que já representou 3% do PIB em outros governos.

Na opinião de Oliveira Júnior (1998), o SUS, mesmo sendo legitimamente democrático, já surgiu com descrédito da população, sendo analisado pelos formadores de opinião como o herdeiro do doloso INAMPS. Todavia, o que iria verdadeiramente impedi-lo de funcionar seria a Norma Operacional Básica de 1991 (NOB 01/91), promulgada pelo presidente do INAMPS, que reduz a lei de criação do SUS, antecipando que os fundos precisariam ser repassados diretamente para os municípios, conforme os critérios populacionais, o perfil epidemiológico e demográfico, a complicação da rede de serviços, entre outros. A NOB 01/91 perpetrava que os municípios ganhassem pela produção de serviços, o que ainda acontece no país.

Porém, em contrapartida, outras Normas Operacionais Básicas foram criadas e o procedimento de descentralização começou a tomar vulto, além de crescer expressivamente a participação popular nos Conselhos de Saúde. A outra NOB, de 1993, fez com que 3% dos municípios ostentassem a administração simplificada de descentralização; mas este percentual de municípios simulava 18% do total da população e esgotava 24% dos recursos destinados à saúde, isto porque eram municípios grandes, com benefícios de alta complexidade e custo (OLIVEIRA JÚNIOR, 1998).

A NOB 01/96 foi decretada para que os obstáculos da descentralização fossem ultrapassados, alterando as configurações de repasse das verbas, e também para estimular novos moldes de atendimento à saúde, a melhoria de qualidade e a avaliação das ações desenvolvidas, o que troca a mensuração quantitativa obsoleta de procedimentos de saúde. Ela cria a administração global, onde os municípios ostentam, além da assistência, as ações da vigilância sanitária e epidemiológica (OLIVEIRA JÚNIOR, 1998).

Um problema que ainda precisa ser vencido é a definição prática que cada esfera tem. A real função da União não é tutelar as verbas, mas sim avaliar os resultados das ações de saúde e sua qualidade. Nos municípios de gestão simplificada sua função é atuar como gestores da assistência à saúde e não como meros prestadores de serviços (PERES, 2007, p.8).

Porém, mesmo com as dificuldades, as modificações começaram a acontecer no SUS no ano de 1993, sendo considerada natural esta temporada de adaptação às mudanças (OLIVEIRA JÚNIOR, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), hoje, os recursos financeiros do Ministério da Saúde são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais, estaduais e do Distrito Federal, com base nos valores e critérios determinados.

Os fundos de saúde são contas bancárias privativas, existentes nos três âmbitos de governo, para recebimento e movimentação financeira. Nessas contas são depositados todos os recursos reservados à saúde, que só podem ser usados em atos e serviços de saúde. Eles representam utensílios de administração de recursos que permitem ao gestor o planejamento, o acompanhamento das fontes de receitas, dos valores disponíveis, das datas de ingresso dos recursos, das despesas realizadas e dos rendimentos das aplicações financeiras. O controle e a fiscalização são realizadas através dos Conselhos de Saúde, de todas as esferas de governo (União, Distrito Federal, estados e municípios) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Também são realizadas as pactuações, que são compromissos abarcados pelos administradores em relação ao aval da aplicação dos recursos para realização das ações e execução de serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Conforme informações do Departamento de Atenção Básica – DAB (2011), a acumulação técnica-política dos três planos de administração do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da estratégia de Saúde da Família, componentes básicos para a reorientação do exemplo de atenção, tem permitido identificar um conjugado de temas atinentes às bases conceituais e operacionais do que se tem chamado Atenção Básica à Saúde no país, e de suas relações com os outros graus do sistema. Esta polêmica está alicerçada nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, com descentralização e controle social da administração, princípios assistenciais e organizativos do SUS, registrados na legislação constitucional e infraconstitucional.

O Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde, tem a missão institucional de operacionalizar essa política no âmbito da gestão federal do SUS. A execução dessa política é compartilhada por estados, Distrito Federal e municípios. Ao DAB cabe, ainda, atendimento básico como o de Saúde Bucal, de Diabetes e Hipertensão, de Alimentação e Nutrição, de Gestão e Estratégia e de Avaliação e Acompanhamento (DAB, 2011, p.3).

A Saúde da Família é compreendida como uma estratégia de reorientação do padrão assistencial, operacionalizada através da implantação de grupos multiprofissionais em unidades básicas de saúde (DAB, 2011).

3.1 CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS

A Atenção Primária à Saúde (APS) é chamada no Brasil de Atenção Básica. A APS foi determinada pela Organização Mundial da Saúde da seguinte maneira:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Segundo Starfield (2002, p.31), as características básicas da atenção primária à saúde (APS) se referem a:

- Constituir a **porta de entrada** do serviço: espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente.
- **Continuidade** do cuidado: a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de *longitudinalidade*.
- **Integralidade**: o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersectoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.
- **Coordenação** do cuidado: mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar e coordenar esses cuidados, já que freqüentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si.

A Portaria nº 648/2006, que determinou a Política Nacional de Atenção Básica brasileira, decretando a revisão de diretrizes e regras para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), delibera Atenção Básica como:

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 forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, continuidade, da integralidade, da humanização, da equidade e da participação social (PACTO PELA SAÚDE, 2006)

Pesquisas demonstraram que a orientação dos sistemas nacionais de saúde pelos princípios da atenção primária traz melhores resultados. A Organização Pan-americana de Saúde (2005) reafirmou que alicerçar os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para melhoras na saúde.

3.2 AUMENTO DO NÚMERO DE IDOSOS NO BRASIL

De acordo com Lauriano e Duarte (2011), nos últimos anos, o país apontou diminuição expressiva na participação da população com idades até 25 anos e acréscimo na quantidade de idosos. E a diferença é mais manifesta se confrontadas as populações de até quatro anos de idade e acima dos 65 anos. Em 2010, o Censo registrou 13,8 milhões de crianças de até quatro anos e 14 milhões de indivíduos com mais de 65 anos.

O IBGE (2002) alerta que, nos próximos 20 anos, a população idosa do país poderá exceder os 30 milhões de indivíduos e deverá simular quase 13% da população. Em 2000, o Censo registrou que a população de 60 anos ou mais de idade era de 14.536.029, contra 10.722.705 em 1991. A população idosa no início da década era de 7,3% e, em 2000, esse volume era de 8,6%.

A dimensão de idosos está aumentando mais que a proporção de crianças. Em 1980, existiam 16 idosos para cada 100 crianças; em 2000, essa relação aumentou, passando para quase 30 idosos por 100 crianças (IBGE, 2002).

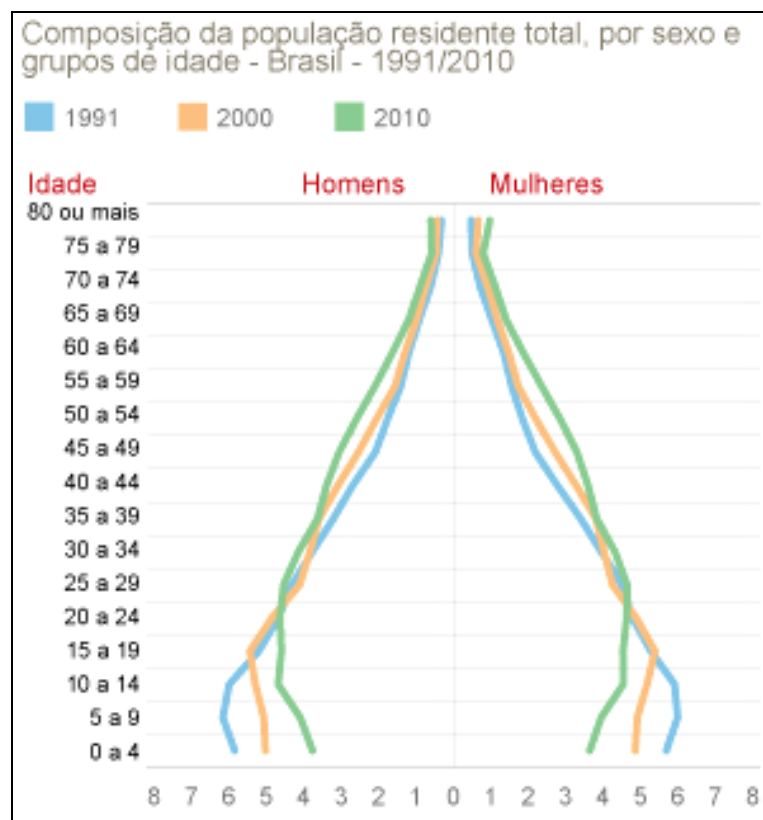


Figura 1 – População brasileira, por sexo e idade
Fonte: IBGE 2010 *apud* Lauriano e Duarte (2011, p.4)

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o resumo citado traz os primeiros resultados determinantes do recenseamento de 2010. Certas quantidades anunciadas preliminarmente foram ajustadas, tal como o total da população, com a inserção de estimativas dos moradores das residências tidos como fechados na coleta de dados (LAURIANO e DUARTE, 2011).

Ainda por informações do IBGE, “o grupo de crianças de 0 a 4 anos do sexo masculino, por exemplo, representava 5,7% da população total em 1991, enquanto o feminino representava 5,5%”. No ano de 2000, “estas taxas caíram para 4,9% e 4,7%, chegando a 3,7% e 3,6% em 2010”. Da mesma forma, cresce a participação relativa da população com 65 anos ou mais, que representava 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000, e chegando a 7,4% em 2010 (LAURIANO e DUARTE, 2011, p.5).

Em 1991, o grupo de 0 a 15 anos representava 34,7% da população. Em 2010 esse número caiu para 24,1%. Já entre a população com mais de 65 anos correspondia, em 1991, a 4,8% da população e passou para 7,4%, em 2010. “Isso significa que há menos crianças e adolescentes no país do que há 10 anos e que a população de idosos aumentou”, afirma Fernando Albuquerque, gerente da Coordenação de População e Indicadores Sociais do IBGE (LAURIANO e DUARTE, 2011, p.5).

Os mesmos autores revelam que o Brasil possui, de acordo com o Censo 2010, “45.932.295 pessoas entre zero e 14 anos; 34.236.060, entre 15 e 24 anos; 46.737.506, entre 25 e 39; 34.983.120, entre 40 e 54; 14.785.338, de 55 a 64 anos; e 14.081.480 com mais de 65 anos” (p.6).

Mesmo com sucessivo envelhecimento, a Região Norte ainda apresenta, conforme o IBGE, uma estrutura bem jovem. A população de crianças menores de cinco anos da Região Norte, que era de 14,3% em 1991, baixou para 12,7% em 2000, indo para a 9,8% em 2010. E, o volume de idosos na população decorreu de 3% em 1991 e 3,6% em 2000 para 4,6% em 2010. As regiões Sudeste e Sul são as mais envelhecidas do Brasil. As duas regiões possuíam, em 2010, um percentual de idosos com 65 anos ou mais de 8,1%. No mesmo ano, a população de crianças menores de cinco anos era de 6,5% no Sudeste e de 6,4% no Sul (LAURIANO e DUARTE, 2011).

3.3 INCLUSÃO SOCIAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Consta no Portal Saúde (2010, p.2) que “inclusão é o ato ou efeito de incluir”. Desta forma, a inclusão social de indivíduos com deficiências representa torná-las participantes da vida social, econômica e política, garantindo o respeito aos seus direitos na esfera da sociedade, do Estado e do Poder Público. Para Maciel (2000), o assunto da inclusão de pessoas portadoras de necessidades especiais em todos os recursos da coletividade ainda é muito principiante no país.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 1948, alista os direitos que protegem para todos, quer dizer, os denominados direitos humanos ou da cidadania, que são:

Direitos Civis: direito à liberdade e segurança pessoal; à igualdade perante lei; à livre crença religiosa; à propriedade individual ou em sociedade; e o direito de opinião (Art. 3º ao 19).

Direitos Políticos: liberdade de associação para fins políticos; direito de participar do governo; direito de votar e ser votado (Arts. 20 e 21).

Direitos Econômicos: direito ao trabalho; à proteção contra o desemprego; à remuneração que assegure uma vida digna, à organização sindical; e direito à jornada de trabalho limitada (Arts. 23 e 24).

Direitos Sociais: direito à alimentação; à moradia; à saúde; à previdência e assistência; à educação; à cultura; e direito à participação nos frutos do progresso científico (Art.25 ao 28) (PORTAL SAÚDE, 2010, p.3).

Os citados direitos foram conquistados duramente nos últimos 200 anos. Todavia, de acordo com as condições históricas de cada nação, eles podem ser descumpridos ou bem fragilizados, o que sugere que o esforço do Estado e da sociedade por sua vigência deva ser inflexível (PORTAL SAÚDE, 2010).

Maciel (2000) afirma que a estrutura das coletividades sempre inabilitou os portadores de deficiência, marginalizando-os e privando-os de liberdade. Esses indivíduos, sem respeito, sem atendimento, sem direitos, sempre foram mira de atitudes preconceituosas e atos insensíveis.

A mesma autora refere que cada deficiência origina um tipo de conduta, provocando distintas formas de reações, preconceitos e perturbações. As deficiências físicas, como: paralisia, falta de visão ou de membros, ocasionam prontamente preocupação mais intensa por terem maior visibilidade. E, a deficiência mental e a auditiva são pouco notadas imediatamente pelas pessoas, porém causam mais estresse, à medida que se toma consciência da realidade.

A ausência de conhecimento por parte da sociedade, normalmente, faz com que a deficiência seja vista como uma doença crônica, um peso ou um problema. O sinal da deficiência é grave, convertendo os indivíduos cegos, surdos e com deficiências mentais ou físicas em pessoas incapazes, indefesas, sem direitos, sendo secundários na ordem dos fatos. É preciso muito esforço para ultrapassar esta marca (MACIEL, 2000).

Como já comentado, ao projetar os recintos para deficientes físicos, por exemplo, devem ser levadas em conta as condições de acessibilidade para estes usuários, sendo mais específicas as dificuldades de acessibilidade e utilização de equipamentos no caso dos usuários de cadeiras de rodas.

A NBR 9.050/94 disponibiliza padrões e critérios para adequar aos portadores de deficiência física e às pessoas com pouca capacidade ambulatoria, condições ajustadas e avaliadas de acessibilidade autônoma aos banheiros, que são apresentados como recinto de elevado risco de acidentes para os indivíduos, especialmente para os idosos. São eles: acessibilidade de ambientes; portas e corredores (portas de fácil abertura); área de transferência e aproximação (possibilidade de transposição da cadeira de roda para a peça a ser utilizada) (DECA, 2011).

3.3.1 Adequação dos Ambientes Físicos à Acessibilidade

Consta no *site* da fábrica DECA (2011, p.3) que “a acessibilidade é uma condição básica para a inclusão social das pessoas com deficiências ou que tenham necessidades especiais”. De alguns anos para cá, tem sido percebida uma ansiedade progressiva com os assuntos sobre acessibilidade de pessoas idosas e com deficiência física aos ambientes, tanto de utilização pública como não. Esta alteração de atitude tem a ver, em parte a uma mudança de mentalidade, já que, a partir da década de 80, com a conscientização adquirida no Ano Internacional das Pessoas Deficientes, criado pela ONU, o indivíduo com deficiência física passou a ser visto mais sob a ótica da sua eficácia e não tanto da deficiência.

Adequar os espaços usados (casas, locais de trabalho, hospitais, clínicas e consultórios, comércio, áreas de lazer e outros locais sempre frequentados), leva a possibilitar o direito de ir e vir e da segurança de igualdade, e também a uma

definição contemporânea de abordar a questão da deficiência, que é a tendência de hoje (DECA, 2011).

Segundo a NBR 9.050¹, as construções necessitam ter calculado um mínimo de um acesso aos portadores de deficiências. Este espaço precisa ser ligado à entrada principal e às saídas de emergência, quando houver. As portas devem ter um mínimo de 0,80 m de vão livre, sendo que na situação de portas com mais de uma folha, pelo menos uma delas deve atender a este vão livre mínimo (DECA, 2011).

No mesmo *site*, consta que as portas devem ser de fácil abertura e as maçanetas do tipo alavanca. As portas dos banheiros necessitam ter barra horizontal vinculada, de maneira a facilitar seu fechamento. Deve haver um espaço resistente ao impacto eventualmente provocado por bengalas e cadeiras de roda. “Esta área deve ter uma altura mínima de 0,40 m na base da folha da porta. Portas situadas em áreas confinadas, tais como: banheiros, devem ter uma área livre para aproximação de 0,60 m” (p. 4).

Por ocasião do esboço dessas áreas, devem ser levadas em conta as condições de acessibilidade para estes usuários, sendo mais características as dificuldades de acesso e uso de equipamentos, no caso dos usuários de cadeiras de rodas. Ao realizar ou adaptar um projeto, devem ser consideradas as condições antropométricas exclusivas destes usuários, porque a cadeira de rodas estabelece limites à ação e alcance manual e visual de seus usuários (DECA, 2011).

¹ A NBR 9050/94 visa proporcionar às pessoas portadoras de deficiência física e àquelas com capacidade ambulatoria reduzida condições adequadas e seguras de acessibilidade autônoma aos banheiros, que são tidos como área de alto risco de acidentes para todas as pessoas.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Utilizou-se o tipo de pesquisa descritiva transversal, pois a coleta de dados da amostra foi feita em um único período de tempo, ou seja, uma única vez. Colocou-se em forma textual todos os argumentos encontrados relacionados ao tema da pesquisa. "A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno" (VERGARA, 2000, p.47)

O tema foi embasado em uma pesquisa bibliográfica. "Pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas [...]" (VERGARA, 2000, p.48).

A investigação foi também de campo, pois foi aplicado um questionário, com 13 questões objetivas, além de uma observação, a respeito das melhorias realizadas nas oito Unidades de Saúde do município.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O local de estudo foram as Unidades de Saúde, que se situam geograficamente em Três Passos (RS).

Esta pesquisa foi desenvolvidas nas Unidades que são dos bairros: Centro, Webers, Frei Olimpio, Pindorama, Padre Gonzales, Érico Veríssimo, Bela Vista e Santa Inês, sendo que esses perfazem uma cobertura de 100% da população com cobertura de Estratégia de Saúde da Família.

4.2.1 Dados do Município e das Unidades de Observação e Análise

As Unidades de Saúde situam-se geograficamente em Três Passos (RS). O município possui uma área de 268 km² e uma população de 23.965 habitantes, localizando-se a 27°16' de latitude sul e a 53°27'57" de longitude oeste. Encontra-se a 450m do nível do mar.

Três Passos se situa na região fisiográfica do Alto Uruguai e a noroeste do Estado, limitando-se ao norte com: Tiradentes do Sul e Tenente Portela; ao Sul com: Crissiumal, Humaitá e Bom Progresso; a leste com: Bom Progresso e Tenente

Portela, Miraguai e Braga; e, a oeste com: Tiradentes do Sul. O acesso a Três Passos é via asfáltica, sendo a distância em km até a capital de 512 km. O município faz parte da 19ª CRS – Coordenadoria Regional de Saúde de Frederico Westphalen, e é sede da AMUCELEIRO – Associação dos municípios da região celeiro, que compreende 21 municípios.

A Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social foi instituída através da Lei Municipal n.º 270/86, de 27 de fevereiro de 1986, com o objetivo de atender às necessidades da população nas referidas áreas, promovendo o atendimento médico, odontológico e de enfermagem, de natureza social, de manter serviços ambulatoriais e de medicamentos destinados ao atendimento da comunidade, controle das vigilâncias, orientação sanitária e melhoramento das condições habitacionais das famílias de baixa renda.

A partir de 1986, Três Passos iniciou o processo de municipalização com amplo envolvimento da comunidade. A própria sociedade participou ativamente na implantação deste novo modelo de atenção à saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social prioriza a promoção a saúde, através de ações básicas, voltadas ao atendimento integral do indivíduo, família e comunidade, no âmbito bio-psico-social.

Três Passos foi um dos 22 primeiros municípios do Estado a municipalizar a saúde, no ano de 1990 (SUDS). Conforme a NOB 01/93 estava municipalizado em Gestão Parcial e conforme a NOB 01/96 estava habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica. Atualmente, conforme a NOAS 01/2002, está habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada.

A Administração Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, vem desenvolvendo um planejamento estratégico que objetiva a aproximação dos serviços de saúde à comunidade, bem como a adequação da estrutura física e funcional das unidades. Com um conjunto de ações, o município tem cobertura de 100% da população para atendimentos na modalidade Estratégia de Saúde da Família (ESF) e teve possibilidade de ser incluído no programa federal que institui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo que esta unidade fortalece a atenção básica, dando suporte às equipes de ESF em diferentes modalidades de atendimento. Este conjunto de ações resultará na melhora dos indicadores de saúde e qualidade de vida da população.

Núcleo Administrativo da Secretaria de saúde: a Administração Municipal implementou, em 2010, a nova sede administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, localizada junto ao Paço Municipal em ampla área situada no pavimento inferior. O mesmo foi completamente recuperado, reunindo as condições necessárias para o bom atendimento aos usuários. A construção do novo núcleo administrativo marca, não somente a mudança estrutural, mas também funcional, através da setorização dos serviços e departamentos vinculados à Secretaria, modernizando e qualificando o atendimento prestado à comunidade local.

A ESF – Estratégia de Saúde da Família teve início em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios, para implementar a atenção primária. É um programa de reorganização da atenção à saúde, que objetiva o atendimento humanizado, qualificado e integral a todos os componentes da família. A ESF é formada por uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, servente e agentes comunitários de saúde que atuam na parte preventiva, curativa e de reabilitação da pessoa.

São oito as ESF do município, ou seja: Unidade de ESF da Pindorama; Unidade de ESF da Santa Inês; Unidade de ESF do Érico Veríssimo; Unidade de ESF de Bela Vista; Unidade de ESF da Weber; Unidade de ESF do Centro; Unidade de ESF Sulterra/ Frei Olímpio; e Unidade de ESF de Padre Gonzáles.

Estratégia de Saúde da Família Pindorama – Equipe 02: esta equipe iniciou suas atividades em junho de 2000, atendendo 1.208 famílias, e a unidade teve sua reforma realizada em 2010 com recursos dos Governos: Federal e Municipal.

Estratégia de Saúde da Família Santa Inês – Equipe 08: esta é a oitava equipe. Foi construída em 2011 e inaugurada em dezembro desse ano, com o intuito de atingir 100% do município com cobertura de Estratégia de Saúde e os recursos utilizados são do Governo Federal e Municipal.

Estratégia de Saúde da Família Érico Veríssimo – Equipe 06: esta equipe atende cerca de 1.500 famílias, e sempre foi um sonho da comunidade deste bairro. Foi construída em 2011 com recursos do Governo Federal e do Município.

Estratégia de saúde da Família Bela Vista – Equipe 04: atende pessoas de todas as faixas etárias, e sua média mensal é de 1.300 atendimentos. Teve sua unidade reformada em 2011 com recursos municipais.

Estratégia de Saúde da Família Weber – Equipe 07: esta equipe foi reinaugurada em fevereiro de 2011 que atuava desde junho de 2003 como ESF Duque de Caxias. A unidade foi construída em 2010 com recursos do Governo Estadual e Municipal.

Estratégia de Saúde da Família Centro – Equipe 05: esta equipe atende a área urbana e abrange em torno de 1.660 famílias. O diferencial desta equipe é o atendimento noturno para a população feminina que trabalha durante o dia, onde são realizados exames preventivos e grupos de planejamento familiar. Esta unidade foi reformada em 2011 com recursos municipais, sendo que anteriormente funcionava em prédio alugado e agora também com sede própria.

Estratégia de Saúde da Família Sul Serra/Frei Olímpio – Equipe 03: esta equipe atende cerca de 790 famílias, e suas novas e amplas instalações contribuirão para uma melhor prestação de serviços e desenvolvimento de ações. Sua nova estrutura foi construída com recursos do Fundo Nacional de saúde – Ministério da Saúde, em parceria com o município, e foi inaugurada no ano de 2011.

Estratégia de Saúde da Família Padre Gonzales – Equipe 01: esta ESF foi fundada em dezembro de 1998, sendo a pioneira no município de Três Passos e atende a área rural. Agrega cerca de 900 famílias, atende pacientes de todas as faixas etárias, e sua estrutura física foi toda reformada em 2010.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial: inaugurado em 28 de julho de 2010, o CAPS é um serviço comunitário ambulatorial, destinado a cuidar de pessoas que sofrem de transtornos mentais, em especial transtornos severos e persistentes, buscando melhora na qualidade de vida e inclusão social. Para o município, a implantação deste serviço foi muito importante, pois essa era uma demanda que estava reprimida há muito tempo, vindo agora a beneficiar todos os munícipes.

Unidade de Saúde Prisional: o projeto de instalação da Unidade de Saúde Prisional no presídio municipal de Três Passos surgiu no ano de 2009, instituído pela Portaria Interministerial 1.777/2003, do Ministério da Saúde. Realizando atendimento por uma equipe multidisciplinar, exclusivamente aos detentos, esta unidade foi inaugurada em novembro de 2011, e teve uma parceria entre Governos: Federal, Estadual e Municipais (região Cealeiro), Conselho da Comunidade e Poder Judiciário.

4.2.2 Adequações e Melhorias Físicas das Unidades de Saúde

As adequações físicas realizadas em algumas Unidades de Saúde e a construção de outras foi um processo muito bem estudado e avaliado pelo gestor municipal de saúde e sua equipe, com participação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde e, conseqüentemente, pela população usuária deste serviço.

Esse processo começou a partir do levantamento de muitas necessidades relatadas pela população e pelos próprios profissionais que trabalham nestas Unidades. Podemos citar como exemplos: infiltração nas paredes com rachadura, provocando cheiro de mofo e umidade nas paredes e chão; “goteira”, quando estava chovendo, ocasionada por problemas de calha e também rachadura no teto, pisos e paredes antigas já sendo apontados pela vigilância em saúde como inadequados para o atendimento à população; estrutura das Unidades sem pintura, dando uma “péssima” impressão estética; falta de rampa para acesso de cadeirantes; e muitos outros reparos que foram levantados.

A partir daí, a equipe pode avaliar as Unidades que poderiam ser reformadas e aquelas que seriam construídas para substituir as antigas e aquelas que seriam implantadas em localidades que ainda não havia atendimento próximo. A busca do financiamento para viabilidade foi o passo seguinte, onde o município buscou ajuda do governo Federal, Estadual e buscou recursos próprios do município para complementação.

Todos esses processos não aconteceram juntos, cada um foi sendo feito conforme necessidade maior, mas todos aconteceram num prazo de três anos. Conforme eles ficavam prontos, eram apresentados para o Conselho Municipal de Saúde, pois esse é o elo entre o usuário e os gestores, e possibilita que a coletividade participe da formulação destes planos. Ressalta-se, ainda, que todo esse trabalho teve a participação de outras secretarias como: obras, planejamento e finanças.

4.3 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo deste estudo é composto pelos usuários inscritos nas Unidades de Saúde do município. Trata-se de um grupo onde a média gira em torno de 2500 a 3000 pessoas cadastradas em cada unidade.

Já, a amostra é um subconjunto do universo, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo. Neste caso, a amostra é constituída pelo conjunto dos 40 usuários que foram inquiridos durante a semana de aplicação dos questionários.

A amostra foi selecionada aleatoriamente, de forma não probabilística, correspondendo aos usuários que estiveram presentes nas USF do município. Os questionários foram respondidos na primeira semana de março de 2012. Os usuários foram entrevistados na sala de espera de cada Unidade.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada na primeira semana do mês de março de 2012, num total de 40 usuários, que foram inquiridos durante a semana de aplicação dos questionários, sendo realizado 05 entrevistas por Unidade de Saúde e por turno de atendimento conforme cronograma da equipe.

Foi aplicado o questionário (Anexo C) para cinco pessoas em cada uma das Unidades (dois do sexo masculino e 38 do sexo feminino), presentes nas USF para consulta ou tratamentos, ou acompanhantes de usuários, também eles inscritos nas Unidades, nas faixas etárias entre 20 e 80 anos de idade, de ambos os sexos.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre o objetivo do trabalho e assinaram um TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), ficando de posse de uma via assinada pela pesquisadora, de acordo com a Resolução 196/96.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi solicitada a autorização do Gestor Municipal de Saúde (Anexo B).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram analisados descritivamente e colocados neste trabalho, em forma de gráficos, com os percentuais coletados através das respostas dos entrevistados e também de forma textual, com teorização baseada em autores que versam sobre o assunto.

O Gráfico 1 nos mostra o percentual do sexo dos entrevistados, divulgando que 38 são do sexo feminino (95%), e dois entrevistados são do sexo masculino (5%).

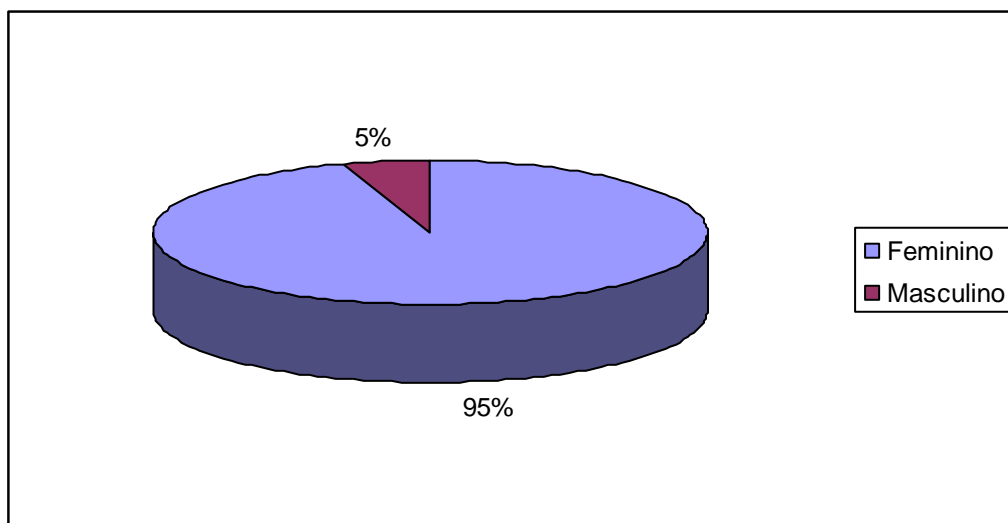


Gráfico 1: Sexo dos entrevistados
Fonte: Dados da pesquisa

No Gráfico 2 aparece a raça/cor dos entrevistados, quando se constatou que 39 são de cor branca (97%), e uma pessoa é da raça negra (3%). Não foram entrevistados indivíduos indígenas.

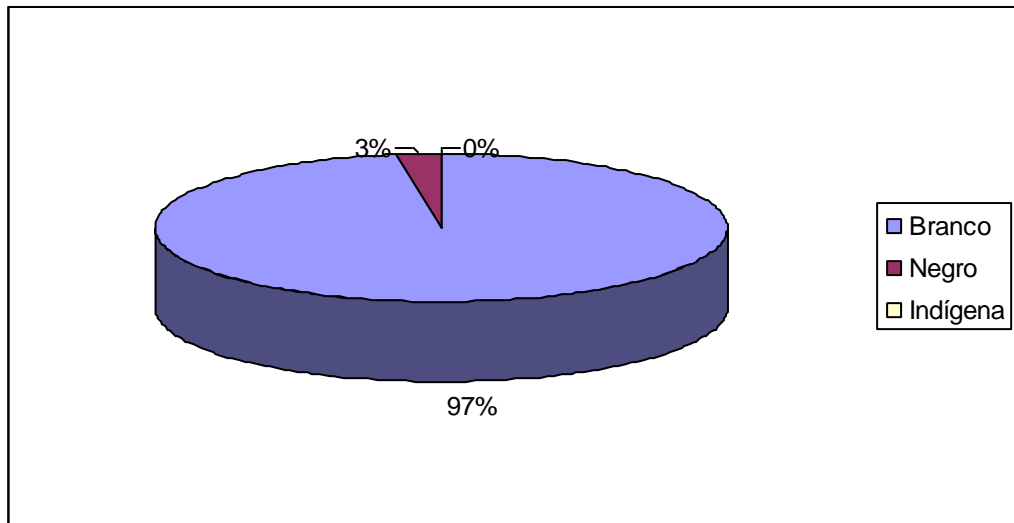


Gráfico 2: Raça/cor dos entrevistados
Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a situação conjugal dos entrevistados, tem-se que 19 deles são casados (47%); seis (15%) são solteiros; também seis (15%) estão em união estável; cinco (13%) são divorciados; e quatro entrevistados (10%) são viúvos (Gráfico 3).

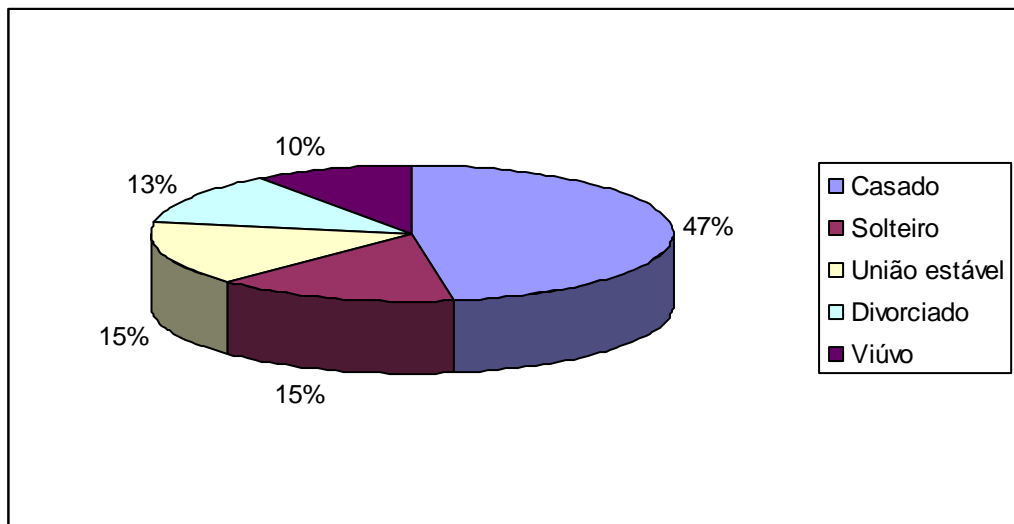


Gráfico 3: Situação conjugal dos entrevistados
Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a escolaridade dos entrevistados, tem-se que 18 deles (44%) possuem o Ensino Médio; oito (19%) têm Ensino Fundamental completo; sete (18%) possuem o Primário/ Ensino Fundamental incompleto; cinco se formaram no Ensino Superior

(13%); uma pessoa tem o Ginásio (3%); e, também apenas um usuário (3%) é analfabeto (Gráfico 4).

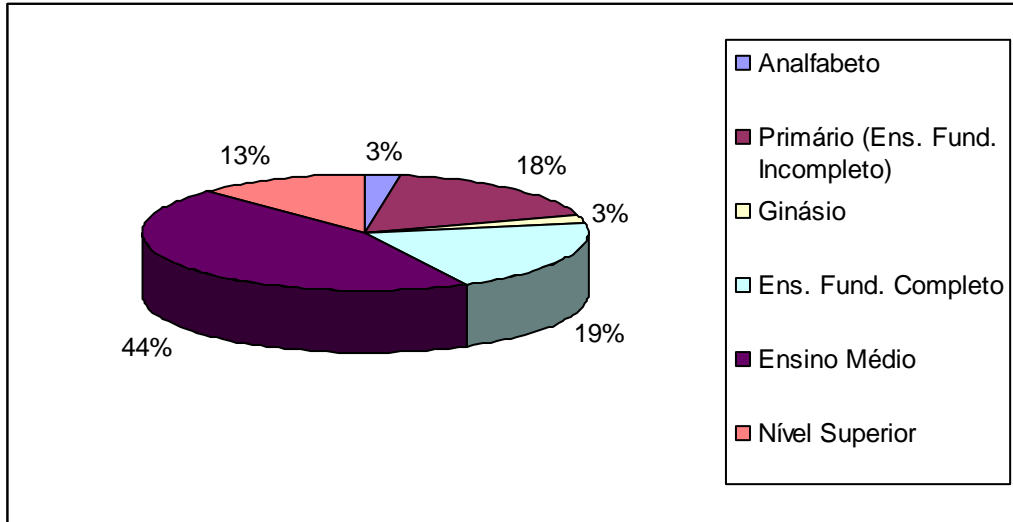


Gráfico 4: Escolaridade dos entrevistados
Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 5 refere a condição laboral dos entrevistados, quando se visualiza que 36 (90%) são trabalhadores empregados; dois (5%) estão desempregados; também dois usuários (5%) já estão aposentados; e nenhum deles estuda atualmente.

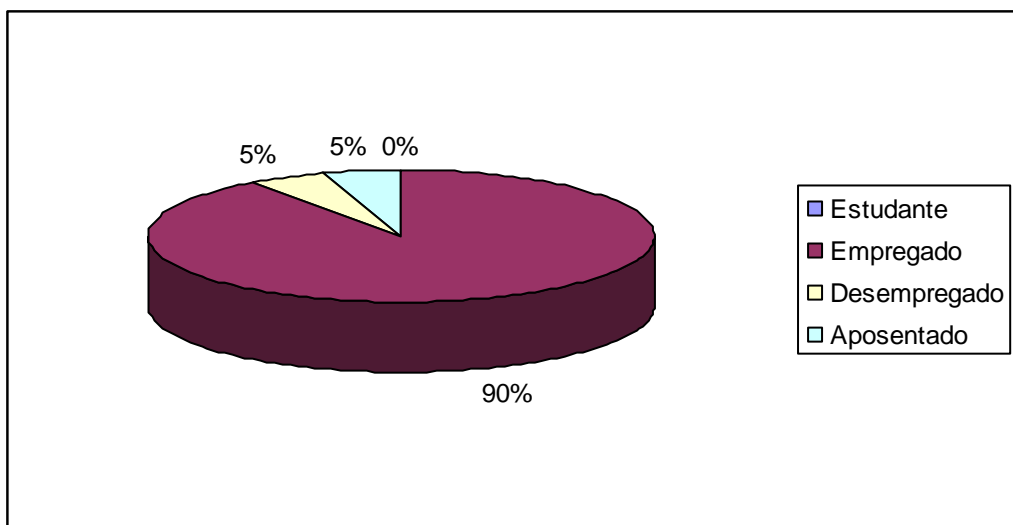


Gráfico 5: Condição laboral dos entrevistados
Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 6, abaixo, demonstra em percentual se os entrevistados sofrem de alguma doença, quando se verificou que 34 deles referem não ter nenhuma enfermidade (85%); seis usuários (15%) dizem ter algum tipo de problema de saúde; e nenhuma das pessoas que responderam ao questionário disse não lembrar ou não saber sobre suas doenças.

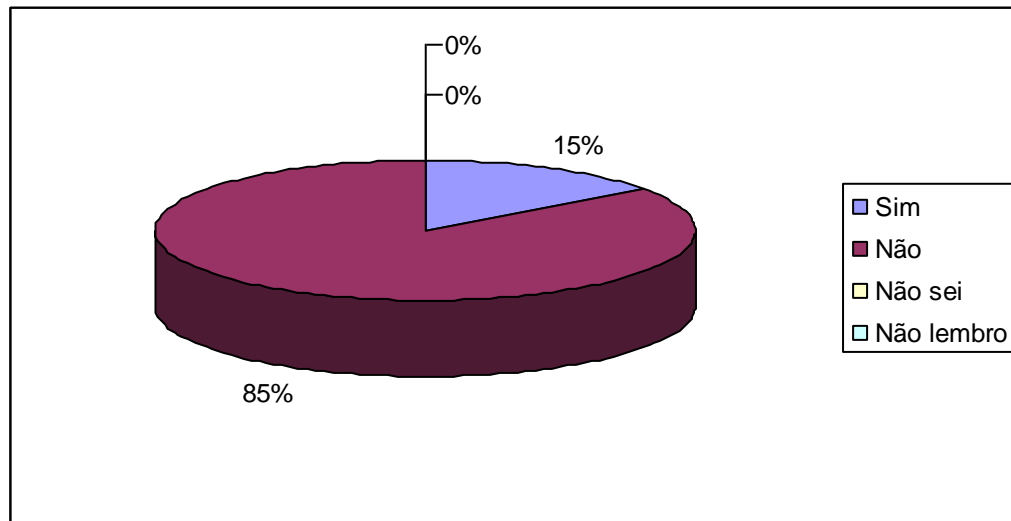


Gráfico 6: Problemas de saúde dos entrevistados
Fonte: Dados da pesquisa

Quando perguntado quais atendimentos da Unidade o entrevistado mais utiliza, a maioria de 25 pessoas respondeu que procura a consulta médica (85%); 11 usuários (27%) solicitam vacinas; três deles (8%) consultam o dentista; e, somente uma pessoa (3%) procura os grupos de saúde, segundo se percebe no Gráfico 7, abaixo.

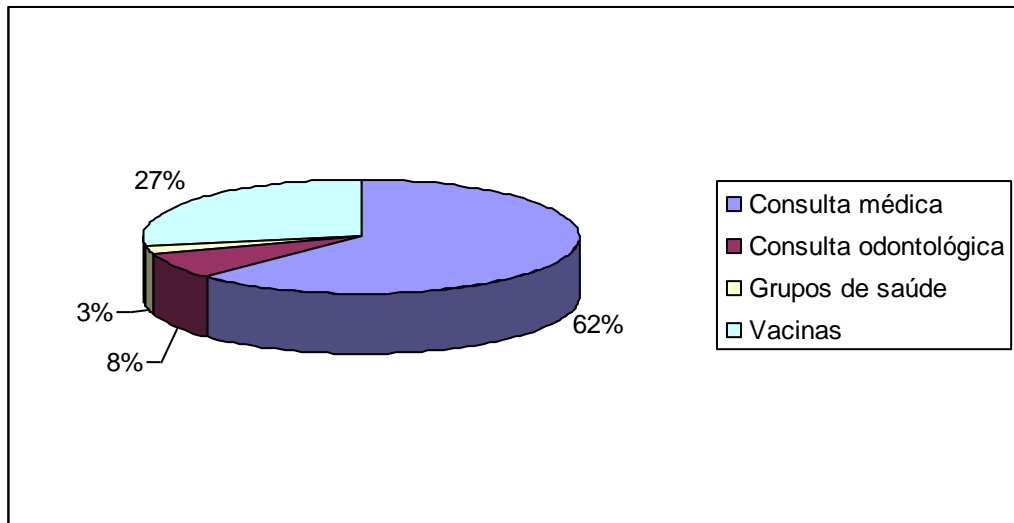


Gráfico 7: atendimentos que o usuário mais utiliza
Fonte: Dados da pesquisa

Quando perguntado quantas vezes o entrevistado consultou nos últimos 12 meses, as respostas foram: duas pessoas referiram terem serem examinados em 12 visitas (54%); seis cadastrados consultaram seis vezes (27%); treze usuários procuraram por consulta três vezes (14%); e 19 pessoas disseram ter consultado somente uma vez (5%), segundo se percebe no Gráfico 8.

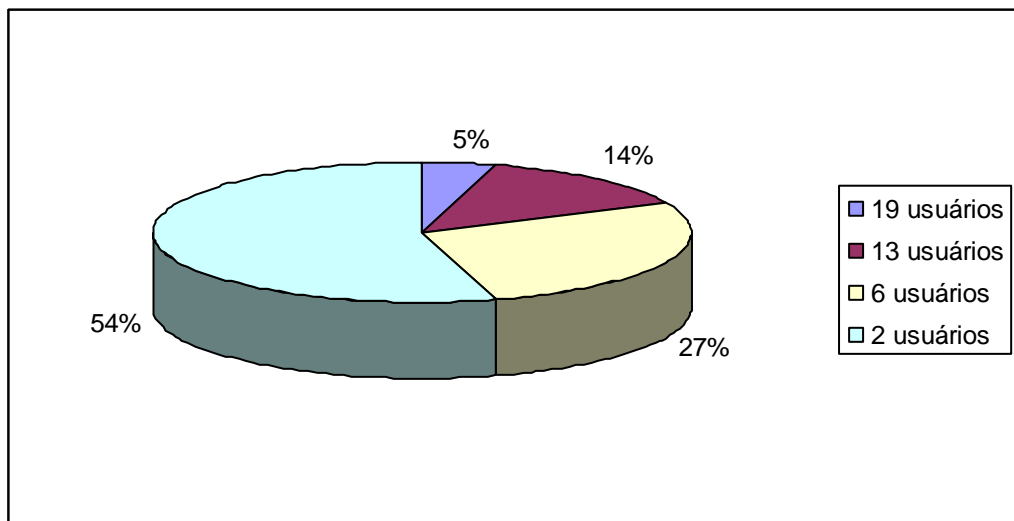


Gráfico 8: Consultas realizadas no último ano
Fonte: Dados da pesquisa

No Gráfico 9, visualiza-se o percentual sobre a opinião de quem respondeu ao questionário a respeito do atendimento da Unidade antes de sua reforma. A maior parte dos entrevistados, ou seja, 19 pessoas (47%) referiram que o

atendimento era regular; 16 deles (40%) disseram que era bom; cinco entrevistados entendem que era ótimo (13%); e, nenhum sujeito referiu ter sido atendido de forma péssima.

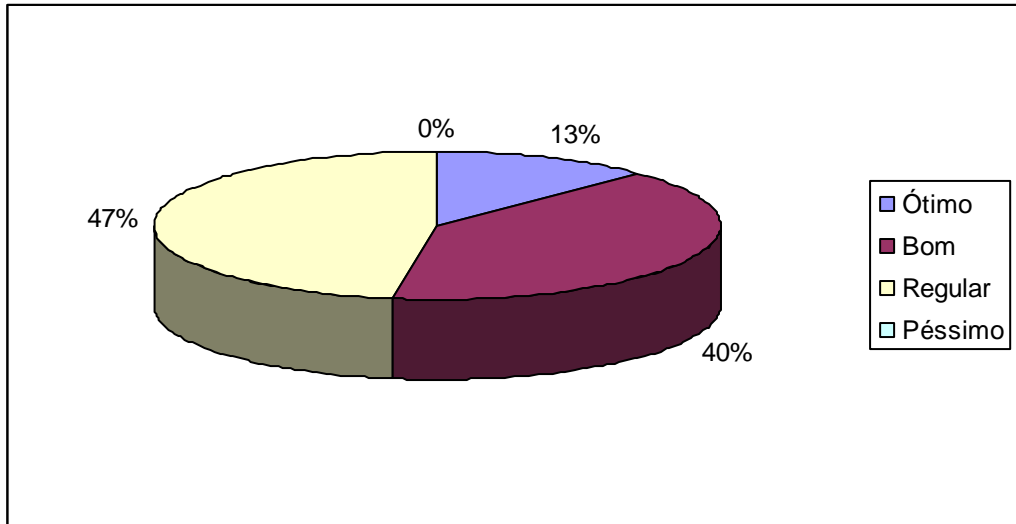


Gráfico 9: Opinião sobre o atendimento antes da reforma
Fonte: Dados da pesquisa

Foi indagado sobre o julgamento dos usuários a respeito do atendimento no novo Posto de Saúde (após a reforma). A maioria de 28 dos entrevistados (70%) disse que o atendimento está ótimo; 10 pessoas (25%) referiram estar bom; enquanto que dois usuários (5%) têm a ideia de que está regular. Ninguém optou pela alternativa de atendimento péssimo.

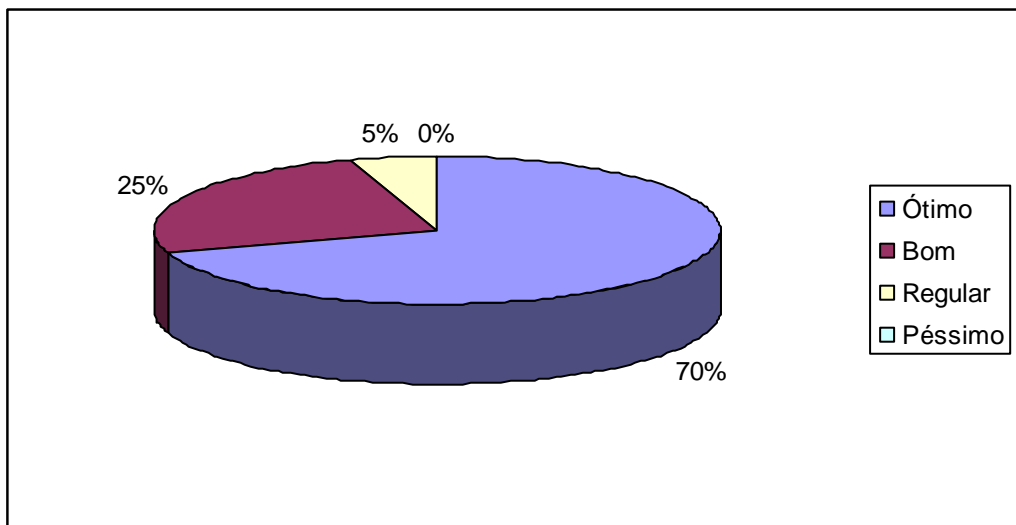


Gráfico 10: Opinião sobre o atendimento após a reforma
Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Figueiredo (2012), toda a reforma vem como proposta de melhoria na condição do atendimento nas Unidades. Porém, as ESF's têm a obrigação de atingir as metas, como comprometimento em realizar as consultas, não deixar de atender, não deixar acontecer falta de médicos, especialistas e insumos, assim como outros melhoramentos. “O incentivo é unicamente para favorecimento do usuário. Melhorando os índices, a Saúde consegue mais recursos para melhorar ainda mais e isso vira um ciclo com objetivo final de suprir todas as carências de atendimentos” (p.6).

No Gráfico 11, tem-se a opinião dos entrevistados sobre a indagação: “Você entende que esta Unidade de Saúde, em termos físicos, comporta o atendimento aos seus usuários?”, quando 27 usuários (67%) responderam sim; 12 deles (30%) disseram que o espaço atende em parte; e, apenas uma pessoa (3%) referiu que o recinto não comporta a demanda.

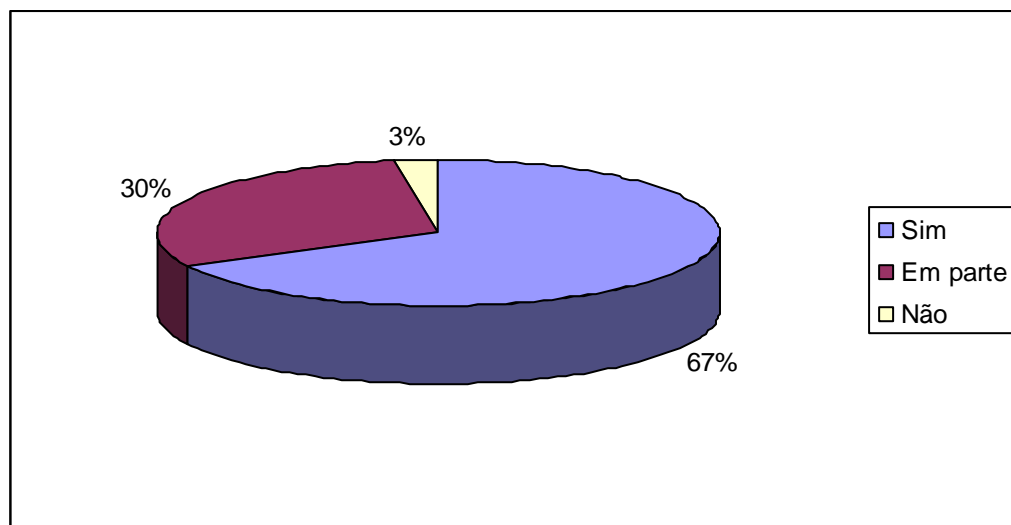


Gráfico 11: Se a Unidade de Saúde comporta o atendimento aos usuários
Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a ANVISA (2011), a lei que regulamenta o planejamento físico e a inspeção dos locais assistenciais de saúde (EAS) é a Resolução RDC nº 50/2002. Mas, a Resolução RDC nº 189/2003 igualmente traz subsídios sobre esse contexto. Conforme esta Resolução, os projetos de arquitetura de estabelecimentos de saúde públicos e privados precisam ser analisados e acatados

pelas vigilâncias sanitárias estaduais ou municipais com antecipação ao começo da arquitetura a que se aludem os projetos.

Consta como regulamento na Resolução RDC nº 189 que existe um dimensionamento mínimo exigido para reforma ou adequações.

Foi perguntado se, na opinião do entrevistado, o novo Posto de Saúde oferece boa acessibilidade a pessoas com deficiência e aos idosos. A maioria de 32 usuários (80%) disse que sim; oito pessoas (20%) responderam que o acesso está bom em parte da Unidade; e, nenhum entrevistado referiu não existir acessibilidade suficiente, conforme se visualiza no Gráfico 12.

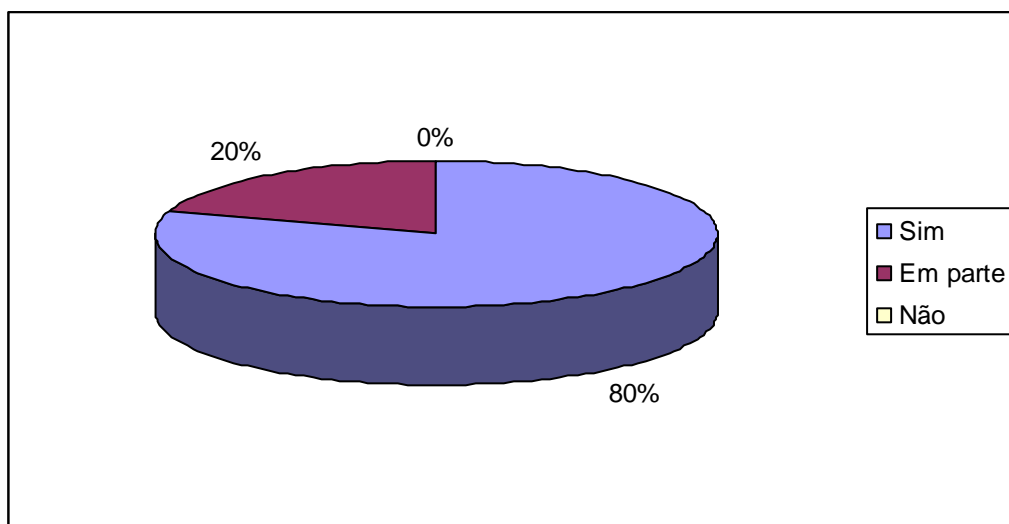


Gráfico 12: Se a nova Unidade tem boa acessibilidade aos deficientes e idosos
Fonte: Dados da pesquisa

A questão da acessibilidade é um tema social cada vez mais relevante e presente em nossa sociedade. Conforme consta no Portal da Prefeitura da cidade de São Paulo (2012), os direitos de quem tem deficiência ou pouca mobilidade devem ser garantidos em qualquer condição e circunstância. As leis sobre esse assunto é bem ampla e é necessário que os indivíduos tomem conhecimento dessa legislação para serem capaz de fazer valer seus direitos.

O mesmo *site* diz: “em alguns casos, o grande impeditivo da efetiva inclusão das pessoas com deficiência na sociedade, apesar da eliminação das barreiras físicas é o preconceito” (p.3). Contra esse preconceito, é preciso, então, se prevenir e se proteger legitimamente.

O Gráfico 13 faz referência à satisfação atual do entrevistado em relação ao novo Posto de Saúde, de maneira geral. A maior parte, 25 cadastrados (62%) disse estar satisfeito; 12 pessoas (30%) responderam que estão muito satisfeitas com a nova Unidade; e, apenas três (8%) entrevistados estão insatisfeitos.

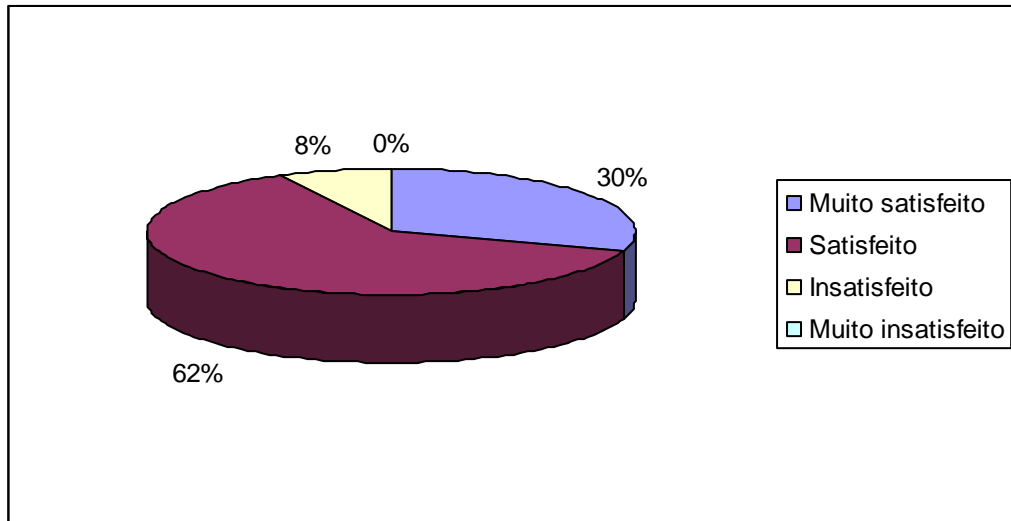


Gráfico 13: Satisfação atual em relação ao novo Posto de Saúde
Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Santos (2009), o termo satisfação implica uma ação que satisfaz, quer dizer, experimentar essa satisfação requer ação. Esse ato necessita ter sentido, serventia, funcionalidade para produzir tal efeito. O ser humano é o único animal que procura sentido para a sua vida e para o que realiza. Quem não acha esse sentido deprime e perde a pretensão de viver. A satisfação não surge de graça, porque ela requer esforço, dedicação e integridade para com as pessoas.

A satisfação deriva de fatores internos do ser humano: sua maneira de viver, valores e fé, desígnios e necessidades, quer dizer, a satisfação é individual, e a função da organização é fazer com que ele desenvolva essa satisfação em seu dia-a-dia (POMPEO, 2009).

Os resultados possibilitam constatar que houve uma evidente melhoria após a reforma das Unidades, no espaço físico e também uma evolução no modo de atendimento para as consultas, em comparação à situação das antigas Unidades.

Percebe-se que a maioria dos usuários está mais satisfeito com a mudança, porque, no Gráfico 11, tem-se a opinião dos entrevistados sobre a indagação: “Você

entende que esta Unidade de Saúde, em termos físicos, comporta o atendimento aos seus usuários?”, onde a maioria de 67% respondeu que sim; e, por outro ângulo, apenas 13% dos entrevistados disseram que antes da reforma o Posto de saúde era ótimo (Gráfico 9), enquanto que o julgamento dos usuários a respeito do atendimento na nova Unidade (após a reforma) refere 70% afirmando que o acolhimento está ótimo (Gráfico 10).

Após as reformas, em termos físicos, avaliou-se que as Unidades de Saúde de Três Passos estão comportando em boa forma seus usuários, pois quando perguntado a respeito, 67% dos entrevistados responderam que sim, que o espaço atende bem a demanda (Gráfico 11).

Quanto à acessibilidade, apurou-se que os novos Postos de Saúde oferecem boa acessibilidade a pessoas com deficiência e aos idosos. De um total de 40 usuários, 32 (80%) deles assim afirmaram (Gráfico 12).

Também, foi analisada a satisfação atual dos entrevistados, de uma maneira geral, em relação ao novo Posto de Saúde. A maior parte, 25 cadastrados (62%) disse estar satisfeito; e 12 pessoas (30%) responderam que estão muito satisfeitas com as novas Unidades. Pode-se perceber, desta forma, que o nível de satisfação dos cadastrados nas UFS's é bem elevado.

5.1 RESULTADO DAS MELHORIAS REALIZADAS NAS USF

Foi realizada uma pesquisa, com ficha individual, de cada Unidade de Saúde, no intuito de observar as melhorias realizadas nas USF's, após as referidas reformas.

Constatou-se que todas as oito Unidades de Estratégia de Saúde da Família possuem uma equipe mínima de profissionais exigida pelo Ministério da Saúde, esta composta por um Médico, um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem, um Odontólogo, um Técnico de Consultório Dentário, cinco Agentes Comunitários de Saúde e uma faxineira.

A maioria das Unidades de Saúde realizam os seguintes atendimentos: consulta médica com atendimento conforme demanda; consulta odontológica com prévio agendamento e demanda quando urgência; consulta de enfermagem para orientação e realização de exame preventivo e de mama; grupos de saúde para

hipertensos, diabéticos, crônico-respiratórios e gestantes; realização de vacinas, visita domiciliar; ambulatório para procedimentos; e farmácia básica.

O horário de funcionamento dos postos é: das 7h:30min às 11h:00min e das 13h:00min às 17h:00min, de segundas-feiras às sextas-feiras.

Em relação ao acesso à entrada de todos os oito postos é com rampa para facilitar a entrada de cadeirantes e idosos, mas apenas dois postos possuem corrimão nestas rampas. Em relação ao estacionamento, apenas quatro postos têm estacionamento próprio, porém todos com bom acesso para cadeira de rodas.

Todos os oito postos, em sua estrutura, são bem organizados, e as salas são grandes. Em relação à largura das portas, apenas duas Unidades possuem portas mais estreitas, dificultando a entrada de cadeira de rodas; as outras seis são bem largas. Todos os postos, após as reformas e/ou construção, foram estruturados para terem sala de espera bem confortáveis, com cadeiras estofadas e televisão para usuários. O piso de todos os postos é de lajota, muito bem conservado, pois tudo é novo e os móveis também todos são novos e feitos sob medida para as necessidades de funcionamento.

Na acessibilidade, apenas um Posto de Saúde tem telefone público disponível: “orelhão”, e em todas as Unidades a população tem acesso ao balcão de recepção. Em relação às informações e sinalizações escritas ou visuais, inclusive saída de emergência, apenas quatro, a metade, apresenta essas informações.

A ventilação e iluminação estão presentes nos oito Postos, assim como a identificação com crachá de todos os profissionais. De todos os postos, apenas em cinco foi encontrado extintor de incêndio, e o número de banheiros em todos é adequado, com uma média de quatro, inclusive adequado para cadeirantes, mas sem barra de apoio para idosos. A locomoção dentro das unidades é adequada, todas as oito possuem corredores bem largos e sem obstruções, mas não tem barra de apoio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi verificar o impacto que as melhorias na estrutura física das Unidades de Saúde do município de Três Passos causaram na população, identificando o nível de satisfação de seus usuários diante das reformas.

O resgate da qualidade no setor da saúde é buscado de várias formas, por meio de valorização de pessoal, trabalho humanizado com equipe e usuários, e muitas vezes o resgate pode ser feito através de mudanças e melhorias nas estruturas físicas dos Postos de Saúde, podendo inclusive interferir para o aumento da satisfação do usuário.

Considerou-se que a reforma nos oito Postos de Saúde do município cumpriu a finalidade principal de reconfigurar as Unidades de Saúde, adequadamente, promovendo assim o início da inovação no processo de transformação. Toda a reforma vem como proposta de melhoria na condição do atendimento nas Unidades, e as melhorias estruturais aconteceram para atender melhor a população usuária.

Foi possível perceber, através da aplicação do questionário, na pesquisa de campo, que os entrevistados estão satisfeitos com as reformas e melhorias. Por este motivo, entende-se que a motivação está diretamente ligada ao comportamento, pois a maneira que a pessoa se comporta pode ter modos diferentes de se apresentar, de acordo com sua motivação. Se ela está bem motivada, com certeza seus comportamentos serão bons, e isto poderá influenciar positivamente na própria saúde.

REFERÊNCIAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Arquitetura e engenharia: organização físico-funcional**. 2011. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 18 mar. 2012.

BARBOSA, Patrícia Alexandra Antunes. **O impacto das políticas de saúde na satisfação dos utentes e no acesso aos cuidados primários de saúde**. Tese de Mestrado. Jul. 2009. Disponível em: <www.observaport.org>. Acesso em: 2 mar. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde: política nacional de atenção básica**. 2006. Vol.4. Disponível em: <portal.saude.gov.br>. Acesso em: 4 mar.2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRAVO, M.I.S. Inovações na gestão do sistema de saúde. In: ANDREAZZI, M.F.S.,TURA. L.F.R. (org). **Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos**. Rio de Janeiro: Escola Ana Néri, 1999, p.145-175.

CAMPOS, G.W. de. Responsabilidade sanitária e programas vinculatórios. **Revista do CONASEMS**, jul. 2004.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

COMISSÃO EUROPEIA. **Processo de reflexão de alto nível sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na EU**. Direção Geral da Saúde e da Defesa do Consumidor, 2003.

DAB – Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família**. 2011. Brasília, DF. Disponível em: <dab.saude.gov.br>. Acesso em: 4 mar. 2012.

DECA – Fabricante de acessórios para banheiros e metais sanitários. **Adequação de ambientes**. 2011. Disponível em: <www.adfego.com.br>. Acesso em 5 mar. 2012.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. **Alma-Ata**, URSS, set. 1978. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em 4 mar. 2012.

FERREIRA, P.L.; RAPOSO V., GODINHO P. **A voz dos utilizadores dos centros de saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde, 2005.

FIGUEIREDO, Márcio. **Programa vai melhorar atendimento em unidades de saúde**. Mar. 2012. Disponível em: <www.douradosnews.com.br>. Acesso em: 19 mar. 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Jul. 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 3 mar. 2012.

JUSTO, C. **Acesso aos cuidados de saúde: porque esperamos?** Lisboa: Campo da Comunicação, 2004.

LAURIANO, Carolina; DUARTE, Nathália. **Percentual de idosos na população segue em crescimento, diz Censo**. Abr. 2011. Disponível em: <g1.globo.com>. Acesso em 2 mar. 2012.

LEITE Ms. José Márcio Soares. Gestão em saúde. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**. Periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, 2003.

LEVCOVITZ E. et al. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília (DF): OPAS; 2003. p.74 [Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2]. Disponível em: <www.scielosp.org>. Acesso em 2 fev. 2012.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática", anos 80. **PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1, 1991.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. **Portadores de deficiência: a questão da inclusão social**. Jun. 2000. Disponível em: <www.cielo.br>. Acesso em 5 mar. 2012.

OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart. O financiamento da área social e do SUS no Brasil. In: Planejamento e Gestão em Saúde. **Cadernos de Saúde**, Vol 1, Belo Horizonte, COOPMED, 1998.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. **Renovação da atenção primária em saúde nas américas**. 2005. Disponível em: <www.paho.org>. Acesso em: 4 mar. 2012.

PAIM J.S. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol e Almeida Filho. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.587-603.

PERES, Laerte A. **Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil**. Disponível em: <www.hospvirt.org.br>. Acesso em: 3 mar. 2012.

POMPEO, Daniele Cunha. **Motivação, engajamento ou comprometimento?** Abr. 2009. Disponível em: <www.umolharinterno.blogspot.com> Acesso em: 10 mar. 2012.

PORTAL da Prefeitura de São Paulo. **Direitos da pessoa com deficiência**. 2012. <www.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em: 18 mar. 2012.

PORTAL Saúde. **A inclusão social das pessoas com deficiência**. 2010. Disponível em: <portal.saude.gov.br>. Acesso em 5 mar. 2012.

SAKELLARIDES, C. **O sistema de saúde e a sua evolução: da proteção social à governação da saúde**. Lisboa: ENSP, 2004.

SANTOS, Maier Augusto dos. **Satisfação**. 2009. Disponível em: <www.vivercomqualidade.psc.br> Acesso em: 12 mar. 2012.

SECRETARIA Municipal da Saúde de São Paulo. **História das políticas de saúde no Brasil**. Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde. Roteiro e direção: Renato Tapajós. Tapiri Vídeo produções. 1992.

SOUZA, R.R. de. O sistema público de saúde brasileiro. In: **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil. 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br>. Acesso em: 4 jan. 2012.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2000.

APÊNDICES E ANEXOS

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APENDICE B – Carta de Apresentação

APENDICE C – Questionário para Pesquisa

APENDICE D - Ficha Individual por Unidade de Saúde

ANEXO A – Fotos das unidades de ESF de Três passos

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fui convidado.(a)_____ para participar da pesquisa sobre “Impacto das melhoras estruturais nas Unidades de Saúde” que tem como objetivo avaliar a repercussão de todas as melhorias realizadas nas Unidades de Saúde do município. Esta pesquisa é parte integrante do trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que é coordenada pela pesquisadora Graciele Ugulini sob supervisão da Professora Roberta Alvarenga Reis. Vale ainda esclarecer que não terei nenhum prejuízo no atendimento se não quiser participar da pesquisa, também não receberei nenhuma quantia em dinheiro para participar e não precisará pagar nada para responder.

Este documento será feito em duas cópias, uma ficará com a pesquisadora e outra com o pesquisado. Sei que a qualquer momento, posso telefonar para a pesquisadora para perguntar ou dizer alguma coisa. O número dela no trabalho é: (55) 9139.9043.

Três Passos, de de 2012

Assinatura ou impressão digital da pessoa que vai responder às perguntas.

Nome:

Documento:

Assinatura do pesquisador

Nome:

Telefone:

APENDICE B – Carta de Apresentação

Prezado Sr. Secretário Municipal de Saúde José Carlos Amaral

Eu, Graciele Ugulini, Enfermeira, ID. 1044428918, COREN 87024, venho por meio deste, solicitar a sua autorização para desenvolver um levantamento que visa identificar a satisfação dos usuários nas Unidades de Saúde do Município de Três Passos, diante da ampla melhoria na estrutura física, ocorrida nos últimos dois anos.

Esta pesquisa servirá para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Gestão em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob. Supervisão da Professora Roberta Alvarenga Reis.

Para tanto, solicito a autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, para desenvolvimento deste trabalho, a fim de adquirir dados fiéis para a fundamentação do trabalho.

Encontro-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Assinatura e Carimbo do Secretário Municipal de Saúde

Três Passos, 22 de fevereiro de 2012.

Graciele Ugulini
Enfermeira COREN 87024

APENDICE C – Questionário para Pesquisa

Questionário sobre Impacto das melhorias estruturais nas Unidades de Saúde, aplicado à população usuária nas Unidades de Saúde de Três Passos, interior do Estado do Rio Grande do Sul, apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

01. Sexo

- Feminino
- Masculino

02. Raça/Cor

- Branco
- Negro
- Indígena

03. Situação Conjugal

- Casado(a)
- Solteiro(a)
- União estável
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)

04. Escolaridade

- Analfabeto
- Primário(Ens. Fund. Incomp.)
- Ginásio
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio
- Nível Superior

05. Condição Laboral

- Estudante
- Trabalhador empregado
- Desempregado
- Aposentado

06. Tem problema de saúde

- Sim
- Não
- Não sei
- Não lembro

07. Quais atendimentos da Unidade que mais utiliza?

- Consulta Médica
- consulta Odontológica
- Grupos de Saúde
- Vacinas

08. Quantas vezes consultou nos últimos 12 meses?

- 1
- 3
- 6
- 12
- Outra_____

09. Em sua opinião, como era o atendimento realizado no Posto de Saúde antes das reformas ou da construção:

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Péssimo

10. Em sua opinião, o atendimento realizado no novo Posto de Saúde é:

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Péssimo

11. Você entende que esta Unidade de Saúde, em termos físicos, comporta o atendimento aos seus usuários

- Sim
- Em parte
- Não

12. Em sua opinião, o novo Posto de Saúde oferece boa acessibilidade a pessoas com deficiência e aos idosos.

- Sim
- Em parte
- Não

13. De um modo geral, como você considera estar sua satisfação atual em relação ao novo Posto de Saúde?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

APENDICE D: Ficha Individual por Unidade de Saúde

| |
|--|
| Nome da Unidade: |
| Nome do Coordenador: |
| Data de início de funcionamento: |
| Última reforma realizada e suas modificações: |
| Data da visita: |
| Número e formação dos profissionais que atuam na unidade: 01 Médico 01 Enfermeiro 01 Odontólogo 01 Técnico de Enfermagem 01 Auxiliar de consultório dentário 05 Agentes Comunitários de Saúde |
| Quais atendimentos são realizados (consulta, grupos, outros): |
| Dias e horários de funcionamento: |
| Forma e fluxo de agendamento: |
| Acesso à unidade: Entrada: <input type="checkbox"/> escadas – quantos degraus____ <input type="checkbox"/> rampas <input type="checkbox"/> corrimão/barras de apoio – altura (entre 80 e 90 cm) <input type="checkbox"/> declives <input type="checkbox"/> estacionamento – tamanho_____ E com disponibilidade para cadeiras de roda <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| Estrutura e organização da unidade: Organização: <input type="checkbox"/> Bem organizada, <input type="checkbox"/> Pouco org. <input type="checkbox"/> Nada org. Tamanho das salas: <input type="checkbox"/> Grandes, <input type="checkbox"/> Médio Porte, <input type="checkbox"/> Pequenas Largura portas: <input type="checkbox"/> Bem largas, <input type="checkbox"/> Pouco Largas Conforto salas de espera: <input type="checkbox"/> Bem confortável, <input type="checkbox"/> Nada confortável Tipo e conservação: Piso: <input type="checkbox"/> Bem conservado, <input type="checkbox"/> Nada conservado – Tipo_____ Móveis: <input type="checkbox"/> Bem conservados, <input type="checkbox"/> Nada conservados |
| Acessibilidade: Telefone público disponível: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Acesso ao balcão recepção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Informações e sinalizações visuais ,inclusive saída de emergência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Identificação de funcionários com crachá: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ventilação e iluminação adequadas dos ambientes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Extintor de incêndio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Banheiros: número_____ Localização com acesso para cadeira rodas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Barra de apoio e acessórios: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Alimentação: há algum comércio próximo ou no prédio, local para comer, torneira e pia para higienização? (relação com o tempo de espera) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Locomoção dentro da unidade: Corredores largos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obstruções: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Corrimão/barra de apoio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não |

ANEXO A – Fotos das unidades de ESF de Três passos



Foto Unidade de ESF da Pindorama (reforma)



Foto Unidade de ESF da Santa Inês (construção)



Foto Unidade de ESF do Érico Veríssimo (construção)

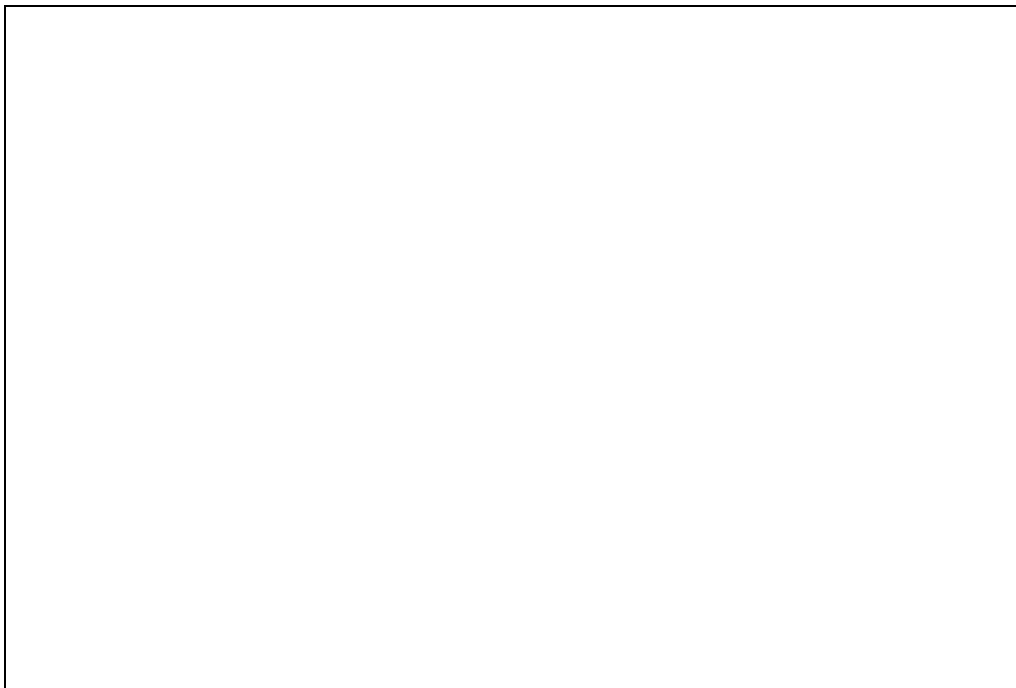


Foto Unidade de ESF de Bela Vista (reforma)

.....

?

?

Foto Unidade de ESF da Weber (construção)

?

Foto Unidade de ESF do Centro (reforma)

?

?

Foto Unidade de ESF Sulserra/ Frei Olímpio (construção)

?

Foto Unidade de ESF de Padre Gonzales (refo.....

.....