

ANÁLISE DA ESTRUTURA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DA AMBIÊNCIA

Analysis of a Family Health Unit's structure from the perspective of ambience

Michele Mandagará Oliveira¹, Ione Carvalho Pinto², Vania Dias Cruz³, Valéria Cristina Christello Coimbra⁴, Wilker Emanuel De Almeida Oliveira⁵, Taiana Sacramento Lopes⁶, Poliana Farias Alves⁷

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever a estrutura da Unidade de Saúde da Família sob a perspectiva da ambiência. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro 2007, por meio da entrevista semiestruturada e a observação. Foram entrevistados 10 profissionais da equipe de saúde da família, o Secretário Municipal da Saúde e coordenadoria da Estratégia Saúde da Família. Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática de Minayo. Considerando o antes e o depois da implantação da Unidade de Saúde da Família, segundo os profissionais, a unidade recebeu melhorias na sua planta física, com a construção e adaptação de novas salas. Entretanto, as condições de infraestrutura ainda carecem de um ambiente agradável, confortável e acolhedor.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde.

INTRODUÇÃO

Este estudo é um recorte da parte qualitativa de uma tese de doutorado que teve por objetivo avaliar a “Estrutura-Processo-Resultado” da aceitabilidade dos usuários

ABSTRACT

This study aims to describe the Family Health Unit structure from the perspective of ambience. It is a descriptive study with a qualitative approach. Data collection was performed during November and December 2007, through semi-structured interviews and observation. We interviewed 10 professionals from the family health team, the Municipal Secretary of Health, and the Family Health Strategy Coordination office. Minayo's thematic analysis was used for the data analysis. Considering the before and after cases regarding implementation of the Family Health Unit, according to the professionals, the unit's physical plant was improved with the construction and adaptation of new rooms. However, the infrastructure conditions still lack a pleasant, comfortable, and cozy environment.

KEYWORDS: Family Health Program; Program Evaluation; Patient Acceptance of Health Care.

sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse contexto, será focada a estrutura da Unidade de Saúde da Família (USF) selecionada para o estudo.

Para a criação de uma USF em uma área adscrita, se faz necessário conhecer o contexto sociocultural e os deter-

¹ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

³ Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista CAPES. E-mail: vania_diascruz@hotmail.com.

⁴ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

⁵ Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

⁶ Enfermeira. Universidade Federal da Bahia.

⁷ Enfermeira. Especialista em Atenção Psicossocial no âmbito do SUS pela Universidade Federal de Pelotas.

minantes de saúde da comunidade, ou seja, é possível inferir que tudo começa com a chegada da USF na região. A sua implantação se dá, inicialmente, em áreas prioritárias, que apresentam um maior risco social e que, geralmente, estão associadas a uma maior vulnerabilidade de adoecer e de morrer.¹

A facilidade do acesso das pessoas aos serviços de saúde deve ser a primeira prioridade durante a implantação de uma USF, por atuar ampliando os níveis de equidade, integralidade e universalidade, princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo defender o direito à saúde do cidadão.²

A unidade deve ser compatível tanto com a atividade da equipe quanto com o imperativo de acolher as demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios, quando necessário. Os espaços devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adscrita e sua especificidade, ao número de usuários esperados e também para viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da saúde na rotina de sua aprendizagem.³

Nesse contexto, a estrutura da unidade é importante, pois interfere na qualidade da atuação da equipe. A partir do entendimento do conceito de ambiência na saúde como o tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana aos usuários, fica claro que a equipe de saúde pode participar ativamente no processo de melhoria da ambiência. Diante disso, destaca-se a importância de reconhecer como e de que forma os profissionais da equipe percebem essa estrutura e suas características, no que se refere ao reconhecimento ou não das limitações e adequações da estrutura física que podem influenciar na aceitabilidade do usuário.³⁻⁴

A estrutura física da unidade de saúde da família onde foi realizado o estudo foi avaliada segundo Donabedian, o qual desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, correspondentes às noções da Teoria Geral dos Sistemas: *input-process-output*.⁵

A tríade de Donabedian reflete exatamente a essência da qualidade e contribui para corrigir déficits ou problemas nos serviços de saúde. Nesse sentido, destaca-se a importância de se avaliar a estrutura dos serviços, sabendo que pode influenciar diretamente ou indiretamente na qualidade do atendimento ao usuário. Destaca-se, ainda, a

importância da realização desse tipo de trabalho por enfermeiros, já que esses, muitas vezes, têm responsabilidade de conduzir a Gestão da Qualidade nos serviços de saúde.⁶

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é descrever a Estrutura de uma USF, sob a perspectiva da ambiência.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado em um município da região metropolitana de Salvador – BA, pertencente à Diretoria Regional de Saúde 1 (DIRES), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EERP-USP, sob o nº de Protocolo 0715/2006.

A escolha da USF a ser estudada se deu por meio da análise de documentos relacionados à caracterização do município; o organograma da Secretaria Municipal de Saúde; o Plano Municipal de Saúde e documentos referentes à implantação municipal da ESF. Foi selecionada uma USF da área urbana, com equipe completa, que não fosse considerada unidade mista (Unidade tradicional e ESF no mesmo espaço físico), que possuísse equipe de Saúde Bucal e que tivesse, na área, o Conselho Local de Saúde.

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista semiestruturada e observação, durante o período de novembro a dezembro de 2007. A entrevista semiestruturada foi realizada com 10 profissionais da equipe de saúde da família, o Secretário Municipal da Saúde e coordenadora da ESF. Para garantir o sigilo de suas identidades e preservar o anonimato, os sujeitos envolvidos foram identificados pela letra P, numerada de forma aleatória.

De acordo com a perspectiva de avaliação Estrutura-Processo-Resultado de Donabedian, foram realizadas 120 horas de observação, para descrever a estrutura física e dimensão de pessoal da USF em estudo, bem como as atividades realizadas na unidade, as visitas domiciliares e as relações existentes.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise temática.⁷ Após transcrição das entrevistas e dos registros de observação, foram realizadas leituras sucessivas do material coletado, a fim de extrair das falas e da observação situações de maior relevância, as quais respondessem aos objetivos do estudo, sustentando o processo de avaliação.

RESULTADOS

A estrutura física foi descrita e avaliada de acordo com os parâmetros sugeridos pelo Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família, produzido pelo Ministério da Saúde, no ano de 2008.⁹

A USF estudada é uma construção de alvenaria, com

14 compartimentos adaptados, sendo que três são sanitários, dois localizados no consultório médico e de enfermagem e um na recepção, para utilização dos usuários.

Os outros compartimentos estão divididos em: uma sala de pequeno porte para a recepção dos usuários; uma sala de espera pequena, pouco ventilada e escura, para interconsultas; uma sala para a vacinação; uma sala escura e de pequeno porte adaptada para ser farmácia; uma sala clara, ampla e arejada, onde eram realizados procedimentos de enfermagem; um expurgo pequeno e sem luminosidade; uma sala de esterilização escura e com presença de mofo e sinais de infiltração nas paredes e a copa, um local escuro e pequeno. Entretanto, todos os ambientes apresentavam boas condições de higiene.

Ainda existem três consultórios: o do dentista (apresentava as melhores condições de infraestrutura, entretanto, na ocasião da coleta, estava fechado por falta de profissionais), o do enfermeiro (escuro, pouco ventilado e com poluição visual) e o consultório médico (apresentava problemas de privacidade).

Levanto-me e vou para fora da recepção na frente do posto, percebo que sentada do lado de fora da recepção, nos bancos de cimento próximos à janela do consultório do médico, dá para escutar a consulta. Uma usuária que está perto de mim comenta que ela sempre escuta a consulta e diz que nem gosta de contar tudo para a médica, pois os pacientes do lado de fora escutam e acha isso um problema [...] (OBS 4).

Na ocasião, não existia nenhuma sala para realização de atividades de grupo e/ou educação em saúde e nem mesmo sala adequada para os ACS.

A unidade tem três salas de espera. A primeira está na

frente da USF onde tem 4 bancos de concreto que é utilizada pelos pacientes para esperarem. Essa parte é coberta com telha, mas, à tarde, o sol bate nos bancos e o calor é intenso. A segunda é junto com a recepção propriamente dita, que tem 6 cadeiras sem encosto para os pacientes sentarem. E a terceira é um rol que dá acesso às dependências internas. Esse rol tem duas cadeiras, é utilizado apenas para as pessoas que chegam descansar alguns minutos para verificar a PA e para aqueles que vão pegar remédio na farmácia. Na recepção. Em frente ao balcão, tem três cadeiras sem encosto e atrás de duas fica uma mesa de colégio com uma TV virada somente para a recepcionista. Os pacientes sentam-se de costas ou de lado para a TV (OBS 1).

Os fatores que influenciam na ambiência da USF foram apresentados na descrição das salas, sendo assim destacados: falta de privacidade no consultório médico; algumas salas são quentes e não possuem ventilação adequada; falta de cadeiras adequadas (com encosto) para os usuários esperarem; condições precárias de conservação da unidade (mofos e pintura saindo); sala de recepção pequena para os usuários; falta de um espaço para educação em saúde, reuniões e grupos; localização da USF (distante de dois bairros), acesso geográfico é difícil; falta de local específico para guarda dos prontuários; falta de um bebedouro com copos descartáveis para os usuários; presença de animais na área coberta da frente da USF.

Durante a observação da unidade, foi utilizado um check list, para verificar características das instalações da USF. Das características verificadas, 8 estão adequadas às necessidades dos profissionais, usuários e visitantes e 7 estão inadequadas, considerando como fatores propulsores de aceitabilidade das pessoas com relação ao serviço: espaço acolhedor, confortável e ambiência.

Quadro 1 - Chek list da Avaliação da Estrutura da USF- Bahia, 2007.

Chek List	Adequado	Não Adequado
Cadeiras para usuários na recepção		X
Sanitário para usuários	X	
Lixeiras	X	
Iluminação		X
Conservação das paredes e teto		X
Conservação do piso	X	
Limpeza do ambiente externo	X	
Sanitário no consultório médico	X	
Pia para lavagem das mãos nos consultórios		X
Instrumentos médicos básicos	X	
Sanitário no consultório de enfermagem	X	

Iluminação nas salas de consulta		X
Privacidade do consultório médico		X
Privacidade do consultório de enfermagem	X	
Tamanho da sala da recepção		X

Fonte: Adaptado de Brasil.⁸

Alguns membros da equipe reconhecem a limitação do espaço físico, das condições de conservação, como vemos nas falas a seguir:

[...] a estrutura física, eu acho o espaço reduzido, principalmente a recepção, a recepção é muito apertada, a gente não tem condição de acolher bem o paciente (P.1).

[...] a nível físico, eu acho que a unidade ainda precisa melhorar, porque é muito acanhada, está bem desgastada pelo tempo, eles não fazem reforma anual [...] (P.8).

[...] a unidade é muito pequena, mas comporta todas as demandas necessárias, apenas com uma exceção, que é da sala de reuniões, a gente não tem sala de reuniões na estrutura (P.9).

[...] ali é uma área que é aberta, não tem proteção [...] aqui tem muitos animais soltos, cachorro, cavalo [...] então, às vezes, aqui na frente do posto está sujo, tem cachorro que dorme aí fora, então eu chego bem cedo para poder lavar toda a frente e principalmente os bancos que os cachorros dormem em cima [...] lavo tudo direitinho. Tem gente que até já sabe e não senta, aí eu limpo e eles sentam (P.2).

Entretanto, alguns profissionais não apontam nenhum tipo de problema na estrutura física da USF, como pode ser observado nas falas abaixo:

[...] é bom, hoje em dia já tem muita coisa que não tinha antes era tudo junto e hoje já tem divisão para tudo, tem sala de curativo, tem estufa, sala de vacina, tem tudo detalhado (P.4).

[...] a estrutura física para mim está boa, porque antes [...] era só uma casinha velha [...] o médico vinha uma vez na semana, uma vez no mês [...] então agora nós temos consultório do dentista, consultório do enfermeiro, tem o consultório da médica, então para mim a estrutura física está boa (P.12).

DISCUSSÃO

A ambiência de uma unidade básica de saúde signifi-

ca o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde quanto para os usuários.³⁻⁴

Ao se avaliar a dimensão da estrutura por meio da ambiência, notou-se que existem interferências físicas que a prejudicam, já que, no conceito de ambiência, se destacam primordialmente três eixos:

O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; o espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.⁹

Foi percebido que, na USF estudada, a ambiência é prejudicada pela precariedade das condições ambientes, do espaço físico limitado e pela falta de conforto e, às vezes, de privacidade, para os usuários e profissionais. Apesar de a maioria dos profissionais considerar que há problemas nas instalações da unidade pela inadequada manutenção dos espaços, há alguns profissionais que se dizem satisfeitos com o local. Tal situação pode ser explicada pelo fato de que há uma comparação dos profissionais entre o antes e o depois da implementação da Estratégia de Saúde da Família, o que pode ser um sinal favorável da equipe sobre a implementação e aceitabilidade da estratégia para o bairro. Segundo alguns profissionais, a unidade recebeu melhorias na sua planta física, com a construção e adaptação de novas salas.¹⁰

A falta de privacidade no consultório médico foi um dos fatores destacados como prejudiciais no atendimento ao paciente. Segundo o conceito de ambiência, o espaço deve ser utilizado como um instrumento facilitador do processo de trabalho, porém, na unidade em estudo, tal situação se dá inversamente. Desde 1948, com a criação do artigo XII da Declaração Universal dos Direitos Hu-

manos, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), a privacidade do paciente foi estabelecida como sendo o direito a não interferência na vida privada pessoal ou familiar. É a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização.¹¹ Porém, devido à má estrutura da unidade, muitos pacientes não têm esse direito suprido e são expostos a situações desconfortantes.

A partir da análise das falas e da observação, percebe-se que a maioria dos profissionais compreende os fatores que interferem na ambiência em relação à inadequação da estrutura física da unidade, a seu tamanho, ao seu acolhimento, à privacidade e ao estado de preservação e ainda reconhece que a inadequação pode interferir na qualidade do atendimento. A sensibilização de gestores, profissionais de saúde, população, políticos e Conselho Municipal de Saúde (CMS) é fundamental para o sucesso da estratégia, uma vez que esta propõe a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, mas, para isso, é necessária a participação de todos os envolvidos e interessados na reversão do modelo assistencial.¹²⁻¹³

Em relação à localização geográfica da USF, identificou-se que há dificuldades de acesso da população de dois bairros da área de abrangência da unidade. As doenças manifestadas na população são fortemente influenciadas pelo contexto social. Sendo assim, o acompanhamento dessa população é de extrema importância para reduzir a morbidade e mortalidade na comunidade.¹⁴ Nesse sentido, a facilitação do acesso seria interessante, a fim de prestar maior atenção à saúde das pessoas e das famílias, de uma forma geral.

No que diz respeito a um espaço que proporcione encontro para troca de informações entre os sujeitos e profissionais de saúde, nota-se que a unidade não está provida de tal e que também não consegue perceber outros equipamentos sociais do bairro, como igrejas e escolas que possam ofertar salas para a realização de educação em saúde. É necessário abrir espaços de diálogo com a população, gerando espaços de reflexão e problematização, que possibilitem a construção de uma relação de corresponsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas no processo de trabalho em saúde, tanto para os usuários como para os profissionais. Por meio dos diálogos, detectamos problemas, avaliamos, interagimos, desmistificamos determinados tabus, promovemos saúde e, conseqüentemente, é possível ver e entender o usuário na sua totalidade. Nesse contexto, os usuários da unidade encontram-se prejudicados.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições da estrutura física podem influir ne-

gativamente no processo de trabalho do profissional da equipe de saúde, no que se refere ao grau de resolução das necessidades e/ou problemas trazidos pelos usuários/famílias. As condições de trabalho podem se tornar desfavoráveis a um maior envolvimento do profissional com o serviço, uma vez que o ambiente pode interferir no desenvolvimento da qualidade de trabalho, influenciando na sua motivação para o trabalho na ESF.

Como um dos objetivos da ESF é qualificar a atenção básica, deveria, na medida do possível, oferecer aos usuários/famílias, bem como aos profissionais melhores condições de infraestrutura, garantindo um ambiente agradável (ambiência), confortável e acolhedor. Para que, assim, os usuários se sintam, de fato, satisfeitos com a proposta da ESF e consigam perceber e valorizar essa estratégia como algo seu, que é financiado com recursos públicos de saúde dos três setores: União, Estado e Município.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves ET, Paskulin MG. Grupo de educação em saúde no Programa de Saúde da Família: possibilidades e limites. In: Lopes MJM, Paixão SX. Saúde da família: histórias, práticas e caminhos. Porto Alegre: UFRGS; 2007. p.335-42.
2. Azevedo ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Prochnow AG, Santos JLG, Pradebon VM, Schimith MD. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1):11-8.
5. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evolución. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
6. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006; 59(1):84-8.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Perfil dos Conselhos de Saúde no Brasil. Conselho Municipal de Saúde de Vera Cruz/BA; 2008.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

10. Oliveira, MM. Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

11. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Genebra (Suíça); 1948. Disponível em: <<http://www.larhbhi.ufsc.br>>.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

13. Oliveira S, Gonçalves A, Horta N, Sena R. Promoção da saúde: concepções de promoção da saúde nas equipes de saúde da família. Revista APS. 2011; 14(4):283-88.

14. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

15. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13(1):23-34.

Submissão: outubro/2012

Aprovação: maio/2013
