

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM BASE NO REFERENCIAL SOBRE PROCESSO DE TRABALHO

Analysis of health conditions of Family Health Units based on the work process benchmark

Helen Ingrid Vieira Barreto¹, Mariluce Karla Bomfim de Souza²

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar as implicações das condições sanitárias das Unidades de Saúde da Família (USF), tomando por referência os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde. O estudo foi realizado na capital do estado da Bahia, em 15 USF. Foram realizadas quinze entrevistas semiestruturadas e um grupo focal. A análise do conteúdo apresentou-se em quatro categorias: agentes, objeto, meios e instrumentos, e finalidade. Os resultados apontam que as ações dos agentes com o objeto são dificultadas pela limitação do espaço físico, falta e inadequação dos materiais, e trabalho insalubre. Sobre os meios e instrumentos, identificou-se que as condições sanitárias de algumas USF dificultam a finalidade do trabalho. Nesse sentido, os achados apontam para a necessidade de adequação da estrutura física, disponibilização dos recursos materiais de qualidade e priorização na agenda política sobre maiores investimentos na Atenção Básica, de forma a valorizar a ambiência das USF.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia de Saúde da Família; Perfis Sanitários; Trabalho.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the implications of the sanitary conditions of Family Health Units (FHUs), with reference to the constituent elements of the health work process. The study was conducted in the Bahia state capital, at 15 FHUs. Fifteen semi-structured interviews and focus groups were held. Content analysis presented four categories: agents, object, means and instruments, and purpose. The results show that agent actions with the object are hampered by limited physical space, lack and inadequacy of materials, and unhealthy work. Regarding the means and instruments, it was identified that the health conditions of some FHUs hinder the purpose of the work. In this sense, the findings point to the need to adapt the physical structure, for the availability of quality material resources, and for prioritization on the political agenda for greater investment in primary care in order to enhance the environment of the FHUs.

KEYWORDS: Family Health Strategy; Sanitary Profiles; Work.

INTRODUÇÃO

No Brasil, na década de 1990, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme a Política Nacional de Atenção Básica 648/2006. Para o desenvolvimento das ações no âmbito da ESF foram constituídas Equipes de Saúde da Família (EqSF) de composição multiprofissional.¹

As EqSF desenvolvem seu processo de trabalho em um território ou área de abrangência de cobertura de cada equipe, com características próprias, conformando uma realidade que a cada momento é peculiar e única.² Nesse território, existe a Unidade de Saúde da Família (USF) e outros dispositivos sociais que possibilitam a atuação da equipe.

No que se refere à USF como local de atuação da EqSF, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por

¹ Enfermeira Sanitarista. Bacharela em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia.

² Doutora em Saúde Pública pela UFBA. Professora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. E-mail: marilucejbv@yahoo.com.br.

meio da Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011, ressalta que as ações devem ser desenvolvidas na extensão do território adscrito e nas dependências da unidade, sendo, nesse caso, necessária a adequação das condições sanitárias, a fim de garantir qualidade nos serviços de saúde prestados à população.³

Um conceito provisório sobre condições sanitárias dos serviços de saúde elaborado, a partir das reflexões sobre saneamento básico, infraestrutura, intervenção sanitária, no estudo de SOUZA et al.,⁴ as considera como um conjunto de elementos capazes de favorecer o funcionamento efetivo dos serviços de saúde, a partir da disposição de pessoas, equipamentos, insumos e instalações físicas, bem como do gerenciamento dos resíduos sólidos e infectantes, os quais são necessários para a redução dos riscos e desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.⁵

De certo, as condições sanitárias influenciam sobremaneira nas ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde nos serviços, tornando limitado o desenvolvimento das suas práticas pela falta de materiais e inadequação da estrutura física do serviço.

A fim de analisar as características que compõem a infraestrutura da USF, sua relação com as condições sanitárias e a organização no processo de trabalho dos profissionais, o Departamento de Atenção Básica elaborou, em 2008, o Manual de Infraestrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, no qual auxilia os municípios no planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção ou até na escolha das casas a serem alugadas para o trabalho das EqSF.⁶

A PNAB estabelece a Saúde da Família como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, definindo as responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, cabendo à esfera municipal, a garantia da infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a garantia dos recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS, dentre outras responsabilidades.

Reis et al.⁷ ressaltam que a adequação ou não do espaço físico das USF possui relação direta com o processo de trabalho dos profissionais de saúde, fazendo-se necessária a adoção de boas condições de trabalho para efetivação das práticas de cuidado na USF.

Mendes Gonçalves,⁸ ao problematizar a organização do processo de trabalho na USF, analisa quatro elementos importantes para efetivação das práticas de saúde: “o objeto do trabalho, os instrumentos, os agentes e a finalidade”, sendo estes fundamentais para entender o trabalho na USF e, portanto, adotados como referenciais teóricos para a discussão e interpretação dos achados desta investigação.

Portanto, a relação dos elementos constitutivos do processo de trabalho - agente, objeto, instrumentos e produto final - com as condições sanitárias estabelecidas nas USF, pode levar a implicações positivas ou negativas na organização do processo de trabalho da EqSF e dos gerentes atuantes nas USF.

Ao considerar que a infraestrutura se constitui como elementos fundamentais para a reorganização da APS devem ser estabelecidos investimentos na estrutura predial e aquisição de equipamentos, a fim de garantir a resolubilidade dos serviços, boas condições de trabalho e a legitimidade da atenção junto à população.

Nesse sentido este estudo tem por objetivo analisar as implicações das condições sanitárias das Unidades de Saúde da Família sobre o processo de trabalho em saúde, tomando por referenciais os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi realizado em USF da capital do estado da Bahia, localizado, no nordeste do Brasil. O município de Salvador apresenta extensão territorial de 709 km², população estimada de 2.710.968 habitantes, sendo 1.265.378 do sexo masculino e 1.445.590 do sexo feminino (IBGE, 2012), e está dividido em doze distritos sanitários (DS), sendo, portanto, incluídas neste estudo 15 USF com representação de todos os DS, selecionadas mediante sorteio aleatório.

Foram utilizadas duas técnicas de produção dos dados, a saber: a entrevista semiestruturada e o Grupo Focal (GF). As entrevistas foram realizadas entre os meses de novembro de 2013 a julho de 2014, com 15 gerentes das USF selecionadas, com variação de duração de 7 a 59 minutos. O roteiro da entrevista contém, dentre outras perguntas, aquelas relacionadas ao perfil dos gerentes das USF's e às implicações das condições sanitárias das USF sobre o processo de trabalho na USF.⁴ O material produzido a partir das entrevistas foi gravado e transcrito no *office word versão 2010*.

O GF foi realizado no mês de setembro de 2014, com a participação de 9 profissionais representados pelas diferentes categorias de nível superior e médio (enfermeiros, cirurgiões dentistas, médicos, técnico de enfermagem, técnico e auxiliar em saúde bucal).

Foi solicitada aos participantes da entrevista e GF a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O roteiro do GF contemplou dentre outros pontos para discussão, o entendimento sobre condições sanitárias, as condições das USF em que desenvolvem o processo de trabalho e as possíveis implicações das condições sanitárias.

rias da USF para o processo de trabalho da equipe e para a saúde da população.

Para a análise dos dados obtidos nas entrevistas e no grupo focal foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo.⁹

O estudo buscou respeitar os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas envolvendo seres humanos, de modo que considerou os referenciais da Bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.¹⁰ Nesse sentido, não foi e não será divulgado o nome do entrevistado em qualquer fase do estudo, de modo que este foi substituído por uma letra do alfabeto (g) seguida de uma numeração sequencial, no caso das entrevistas, e a letra p e número sequencial para identificar os posicionamentos dos participantes do GF.

Ressalta-se que este estudo é produto da pesquisa coordenada por Souza,⁴ cujo objetivo foi analisar as “Condições Sanitárias das Unidades de Saúde da Família bem como os desafios para o processo de trabalho, a saúde da população e a gestão em saúde”.⁴ Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, segundo protocolo nº364. 713, e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – Fapesb de acordo com o edital PPSUS nº 020/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Também utilizando como referência o conceito de condições sanitárias, os resultados trazem a relação dos elementos constitutivos do processo de trabalho da ESF com a disposição de pessoas, equipamentos, insumos, instalações físicas e gerenciamento dos resíduos que influenciam na qualidade do serviço, tendo em vista que as unidades de saúde correspondem o local em que as ações de saúde são ofertadas.⁵

Nessa perspectiva, propõe-se analisar as condições sanitárias das USF, a partir da percepção dos gerentes entrevistados e dos profissionais que participaram do GF, considerando os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde na seguinte sequência: agentes, objeto, meios e instrumentos e finalidade.

Sobre *os agentes*, Mendes-Gonçalves⁸ ressalta que estes são considerados os trabalhadores da saúde, nestes incluídos, os profissionais da equipe mínima da saúde da família, a equipe de saúde bucal, os trabalhadores que colaboram no andamento dos serviços de saúde, estes são o gerente, auxiliar administrativo, agente de segurança e agentes de limpeza. Na perspectiva do modelo de vigilância à saúde,¹¹ a população inclui-se no processo de trabalho da USF

como agente de práticas e objeto do trabalho em saúde, sendo considerada colaboradora no desenvolvimento das atividades na USF a partir da gestão participativa.¹²

A PNAB reserva um capítulo em que trata das atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica, com destaque aos profissionais da saúde da família e equipe de saúde bucal, entretanto, não descreve sobre o processo de trabalho do gerente, auxiliar administrativo, agente de limpeza e agente de segurança.³ Portanto, a política evidencia o processo de trabalho dos profissionais de saúde coadunando com a distinção entre profissionais de saúde e trabalhadores de saúde.

De acordo com Souza, Bahia,¹³ a expressão “profissional da saúde” é designada às pessoas que exercem uma atividade laboral com autonomia para (auto) regulá-la e, geralmente, possuem uma formação específica de nível universitário. Os “trabalhadores da saúde” referem-se às pessoas que exercem atividades laborais direta ou indiretamente relacionadas com a saúde, inclui-se, portanto, neste grupo, os profissionais de saúde, profissionais de outras áreas e membros de outras categorias ocupacionais da saúde. Os autores mencionam também que a “força de trabalho”, como uma expressão utilizada pela economia política tem a mesma conotação de “trabalhadores de saúde”, embora a primeira expressão destaque as questões relativas ao processo de trabalho, e a segunda à composição e ao papel dos agentes na configuração dos serviços de saúde.

Os agentes da USF, incluindo todos os trabalhadores da saúde, desenvolvem a maior parte das suas ações nas edificações físicas das USF, de maneira diversa, compreendida pelas consultas, procedimentos, atividades educativas, gerenciamento dos resíduos, organização dos recursos e insumos, manutenção, limpeza e segurança.

Para a realização de tais atividades, o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde orienta sobre a ambiência adequada para as UBS, de modo que o não atendimento a tais orientações pode comprometer a oferta e o desenvolvimento dos serviços.⁶ De acordo com os agentes entrevistados (p1, p2, p3, p4, p5, p7, g6, g8, g9, g10, g11, g15) vários aspectos, dentre eles, a limitação do espaço físico, podem comprometer as condições sanitárias ideais para a prestação de serviços de qualidade, a falta e inadequação dos materiais, condições de trabalho insalubres, falta de capacitação dos agentes de limpeza têm afetado a execução das atividades realizadas pelos agentes, e, conseqüentemente, as ações propostas pela PNAB.

A adequada estrutura física das USF influencia positivamente nas práticas dos profissionais de saúde, favorecendo a sua realização com a qualidade técnica requerida. Para tanto, a existência de um espaço físico promove con-

dições mais humanizadas de trabalho, favorecendo uma melhor qualidade da assistência à saúde do usuário.¹⁴

Com relação ao espaço físico limitado para o desenvolvimento das ações dos agentes, p1 afirma que o consultório odontológico é “*um lugar apertado, que não dá para lavar a mão [...]*”, gerando, nesse sentido, riscos à saúde do trabalhador e dificuldades no desempenho das práticas que lhe competem.

A PNAB aponta que compete às secretarias municipais de saúde e ao Distrito Federal garantir os recursos materiais para as USF.³ No entanto, quase todos os entrevistados referem um racionamento ou ausência de materiais para a execução das atividades na USF, por exemplo, para p2 “*a questão de faltar algumas coisas, como máscara, luva, gorro [...] traz prejuízos tanto para população como para o servidor que está no serviço.*”

Para Pedrosa, Corrêa, Mandú,¹⁵ as atividades realizadas pelos profissionais de saúde da família requerem disponibilidade permanente de materiais suficientes para o desenvolvimento das ações previamente estabelecidas.

A questão das condições de trabalho insalubres foi citada por quase todos os entrevistados como uma fragilidade nas condições sanitárias das USF, sendo afirmado por p9 que “[...] *não temos condições individuais de higiene alimentar [...] a cozinha está cheia de bolor e temos colegas manifestando problemas respiratórios, temos que nos deslocar distâncias enormes para comer ou temos que levar comida de casa.*” Nesse sentido, p3 também afirma que “*tem sala de consultório com a parede toda de mofo*”, gerando condições de trabalho inadequadas e propiciando o desenvolvimento de riscos ocupacionais para o trabalhador.

Tal situação é destacada no estudo sobre a infraestrutura de UBS tradicionais de Cuiabá, sendo identificado que algumas unidades são marcadas por ambientes improvisados e condições sanitárias inadequadas.¹⁴

Segundo Krug,¹⁶ muitas vezes, as causas do sofrimento psíquico do trabalhador estão relacionadas com a organização do trabalho, pois as condições deste exercem grandes influências nas práticas desenvolvidas pelos agentes.

Outra fragilidade apontada pelos participantes do GF foi a falta de capacitação dos agentes de limpeza que, segundo p4, “*o serviço de higienização é deficiente, [...] o pessoal não tem capacitação técnica para desenvolver*”, p3 ainda acrescenta que “*eles trabalham como se não tivessem supervisão nenhuma, porque na verdade a gente desenvolve nosso trabalho [...] A gerente desenvolve trabalho com a gente e eles ficam lá cumprindo o horário.*”

O trabalho desenvolvido pelos agentes de limpeza corresponde às ações de higienização do espaço físico da USF, no entanto, na maioria das vezes, as empresas terceirizadas responsáveis não supervisionam e nem oferecem capacitação. No entanto, a NR 32 ressalta que é dever da

empresa terceirizada ministrar capacitações aos trabalhadores antes do início das atividades e de forma contínua, cabendo, também, aos profissionais de saúde familiarizados com os temas de riscos ocupacionais e higienização ministrarem as capacitações e treinamentos.¹⁷

Segundo a PNAB, a responsabilidade da educação permanente compete a todos os membros da equipe de saúde, sendo, portanto, compreensível tal ação como uma responsabilidade gerencial comum à equipe. Dessa forma, todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho da ESF devem dialogar com os agentes de limpeza sobre as boas práticas sanitárias, os riscos ocupacionais e as ações que são desenvolvidas na USF.

Sobre o objeto do processo de trabalho da ESF, Aquino et al.¹ e Faria et al.² apontam que a família é considerada o objeto de atuação da ESF, nesse sentido, o modelo de vigilância à saúde também redefine a ampliação do objeto na perspectiva da família. Desse modo, as ações estabelecidas para o objeto devem ser configuradas a partir das necessidades e problemas de saúde apresentados. No entanto, todos os participantes do grupo focal afirmam que muitas dessas atividades são influenciadas pela falta de materiais, acesso limitado para os portadores de deficiências na USF e presença de barreira geográfica no território.

Para p3 a falta de materiais prejudica o desenvolvimento das ações de prevenção de doença e promoção à saúde, pois quando falta, “*a gente tem que cancelar um atendimento, tipo, preventivo, várias vezes por ausência de máscara. Ai você perde a credibilidade da população*”, além do que “*quando não tem material para o curativo, suspende o curativo, suspende vacina [...]*” (p7).

O estudo realizado por Cotta et al.¹⁸ apontou que a principal dificuldade enfrentada para realização do trabalho na USF é a falta de material, destacando que as consequências da racionalização dos custos na saúde, como a falta desses materiais têm implicado na ausência da resolutividade e desenvolvimento das ações de saúde.

Dois participantes do grupo focal referiram que o acesso dos portadores de deficiências é limitado devido à estrutura da USF ser “*muito antiga, [...] as entradas não têm acesso fácil para andar [...]*” (p3), além do mais “[...] *não tem rampa, [...] na parte do térreo e na parte do primeiro andar. Não tem como um paciente cadeirante subir*” (p7).

A UBS deve constituir, como consta na Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência,¹⁹ um local de excelência no atendimento à pessoa portadora de deficiência, dada sua proximidade geográfica e sociocultural com a população adstrita, nesse sentido, as unidades devem seguir a normatização arquitetônica prevista pela Norma Brasileira 9050/ABNT.²⁰ Assim, sugere-se aos gestores municipais seguirem os procedimentos de ampliação e reformas das unidades segundo as orientações

da norma, a fim de garantir os serviços de saúde resolutivos e de acesso universal.

Foi citado por alguns participantes do grupo focal que as ações de saúde para o objeto do processo de trabalho da ESF são influenciadas pela existência de barreira geográfica no território da USF. Para p3 a barreira começa desde a localização da unidade, pois “*o bairro tem difícil acesso, muitas escadarias, muitas ladeiras.*”

Dois estudos realizados no município de Salvador evidenciaram que a acessibilidade geográfica na AB em alguns DS constitui-se como um problema dos serviços de saúde. No primeiro, foi realizada uma avaliação da acessibilidade geográfica em um distrito sanitário, no qual se constatou a presença de barreiras geográficas, estando relacionada à existência de ladeiras, escadarias, alagamentos e custo com transporte, sendo estes fatores limitantes para o acesso e a utilização dos serviços da USF.²¹ O segundo estudo realizado em outro distrito sanitário do município mostrou, por meio de inquérito domiciliar, que 79,2% dos entrevistados apontaram algum tipo de barreira geográfica nas USF de referência, embora não tenha sido destacada como fator impeditivo na utilização das consultas nas USF referenciadas.²²

Sobre os *meios e instrumentos*, Mendes-Gonçalves⁸ os analisa a partir dos instrumentos materiais e não materiais. No primeiro, são considerados os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e outros. No conjunto de instrumentos não materiais, são considerados os saberes dos agentes do processo de trabalho, os quais articulam com os instrumentos materiais, e permitem a apreensão do objeto de trabalho segundo Peduzzi, Schraiber.²³

No estudo de Faria et al.,² os meios e instrumentos são considerados os equipamentos e suplementos técnicos, as edificações das unidades de saúde e os dispositivos sociais utilizados na ABS. Os autores exemplificam este elemento da seguinte forma: ter ou não ter uma mesa ginecológica, um espaço para reunião na unidade de saúde, e ter ou não ter acesso à base de dados dos sistemas de informação em saúde são exemplos de condições que podem contribuir para o sucesso ou não de ações propostas pela PNAB.

Nesse sentido, os resultados da investigação em discussão deste artigo evidenciam a existência de inadequações nas edificações físicas das USF e a descontinuidade na disposição dos recursos materiais. As entrevistas apontam que os problemas de inadequações na manutenção e na infraestrutura das USF do município, estão relacionados com as “[...] *infiltrações, rachaduras na unidade*” (g8). Segundo g6, a estrutura física da USF é “*antiga, as portas são pequenas [...], as salas são realmente pequenas, sem contar que nós temos um depósito dentro de um lugar inadequado*”, dessa forma, o mesmo sugere que ocorra “*uma nova reformulação da nossa*

sala de espera, porque nossa quantidade de cadeiras não é suficiente para que as pessoas possam sentar” (g6).

Segundo Starfield,²⁴ a estrutura física das unidades de saúde faz parte de um dos componentes de análise do sistema de serviços de saúde, no entanto, segundo Amorim et al.,²⁵ os projetos de estrutura física e instalações ainda não são adotados em alguns estabelecimentos de saúde, comprometendo, desse modo, a análise da qualidade do serviço.

Vale destacar, contudo, que poucos entrevistados citaram uma situação contrária em relação às inadequações na estrutura física das USF. Entretanto, a maioria dos participantes refere que as condições sanitárias das unidades estavam inadequadas, porém, com o advento da reforma de algumas USF, embora limitadas à pintura e reparações elétricas e hidráulicas há expectativas de melhora nas condições das unidades.

A Portaria nº 2.206, publicada pelo Ministério da Saúde, em 14 de setembro de 2011, destacou a reforma das Unidades Básicas de Saúde e apresentou como objetivo o aperfeiçoamento da estrutura física das UBS para o melhor desempenho das ações das Equipes de Atenção Básica. Nesta Portaria, foi formulado o Programa de Requalificação de UBS e instituído o Componente Reforma para incentivo da requalificação das mesmas.²⁶

A proposta de requalificação das unidades de saúde foi apresentada pela nova gestão municipal de Salvador, no planejamento estratégico 2013 – 2016 no campo da saúde, tendo como iniciativa ampliar e qualificar os serviços da APS, com novas EqSF e UBS. Para tanto, um dos componentes desta iniciativa prevê a reforma e ampliação das unidades de saúde existentes e construção de novas.²⁷

Os participantes apontaram que a reforma das USF envolveu os procedimentos de “[...] *pintura, hidráulica e elétrica [...]*” (g3), no entanto, segundo g5 a reforma não incluiu ampliação da USF, no entanto envolveram os “*problemas elétricos, hidráulicos, infiltrações [...]*”.

Com relação aos recursos materiais e a falta destes nas USF, p4 apontou que “*por mais burocrática que seja a licitação, é inadmissível faltar luz*”. Infelizmente a gestão dos recursos materiais torna-se limitada dentro dos serviços públicos de saúde devido aos orçamentos restritos disponibilizados para o SUS.

Nesse sentido, Garcia et al.²⁸ ressaltam que o processo de compra no serviço público de saúde é feito por meio de licitações, que são procedimentos administrativos e a organização pública seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse. Os autores apontam que a excessiva burocracia no processo de compra nos serviços de saúde no Brasil tem gerado uma lentidão nos procedimentos administrativos e ocasionado prejuízos no

atendimento das necessidades de saúde da população.

Sobre a *finalidade*, Mendes-Gonçalves⁸ conceitua como um resultado do produto pensado, sendo designado como a dimensão política do processo de trabalho. Dessa forma, para o alcance da finalidade no processo de trabalho requer-se a transformação do objeto a partir do uso dos meios e instrumentos necessários mediante a ação dos agentes.

Do ponto de vista do modelo de vigilância à saúde, a finalidade do cuidado corresponde às ações de promoção, prevenção e recuperação. No entanto, para que ocorra o desenvolvimento dessas ações, faz-se necessária a interação entre os elementos do processo de trabalho.^{11,23}

Sendo que a interação desses elementos ocorre em lugares próprios e é mediada pela utilização de alguns instrumentos, por certo, as características desses lugares e instrumentos influenciam na finalidade do trabalho, e configuram as condições sanitárias de tais serviços.⁴

Segundo a maioria dos participantes, as inadequações da infraestrutura de algumas USF, além da falta de recursos materiais têm influenciado na finalidade do trabalho, como exemplo, g10 afirma que “*a vacina não está funcionando por conta de um problema que teve [...] um vazamento [...]*”, e g5 afirma que “*muitas vezes terminam vindo o agravo por conta da falta da assistência*”. Diante disso, a finalidade do trabalho pode ser comprometida, o que, de acordo com a situação trazida pelos participantes, pode gerar prejuízo no desenvolvimento das ações e fragilizar o vínculo da população com a USF.

Segundo o estudo de Faquinello, Carreira, Marcon,²⁹ as dificuldades recorrentes na estrutura física das unidades de saúde têm sido a principal justificativa adotada pelos profissionais de saúde para não atingirem a finalidade do trabalho, de acordo com os princípios do SUS. Sobre isso, a participante p4 do GF aponta que o ar condicionado da sala está quebrado, o “[...] *sol bate no consultório o tempo todo, você não tem condição de ficar no calor [...] é bem complicado, e acaba prejudicando o funcionamento.*” Nesse sentido, vale analisar que não basta ter EqSF completas, faz- necessário que estes profissionais tenham boas condições de trabalho, a fim de desenvolverem a finalidade do trabalho de forma satisfatória e adequada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das condições sanitárias das USF, a partir dos elementos constitutivos do processo de trabalho, demonstrou que as condições de trabalho insalubres, a falta de materiais e inadequações na infraestrutura física influenciam diretamente na finalidade do trabalho em saúde.

A ESF tem como foco principal a família, sendo

esta considerada o objeto de trabalho dos agentes; desse modo, a indisponibilidade dos recursos materiais, bem como a falta da acessibilidade e as restrições ou limitações no acesso aos serviços da USF evidenciam a importância de planejar e implementar as estratégias, ações e políticas que modifiquem tal realidade, de modo a responder as necessidades de saúde da população. Desse mesmo modo, a falta ou condições inadequadas dos meios e instrumentos utilizados pelos trabalhadores demandam urgentes ações e políticas que garantam a segurança e qualidade no desenvolvimento e na oferta das ações em saúde.

Sugere-se que os órgãos responsáveis pela Vigilância em Saúde, como a Vigilância Sanitária e a Saúde do Trabalhador, fortaleçam as ações centradas na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, além de garantir que as Normas Regulamentadoras sejam efetivamente aplicadas nos serviços públicos de saúde.

Este estudo aponta para a necessidade de implementar os investimentos na adequação e valorização das condições sanitárias das USF, entendendo que essas condições influenciam na reorientação do processo de trabalho em saúde e na reorganização do modelo de atenção.

Assim, espera-se, com a realização deste estudo, contribuir na construção do conhecimento sobre a temática das condições sanitárias e do processo de trabalho em saúde; estimular a elaboração de propostas que contemplem a ambiência adequada das USF, melhorias nas condições de trabalho e qualificação dos serviços de saúde; bem como orientar a tomada de decisões dos gestores quanto à melhoria da qualidade das condições sanitárias das USF em conformidade com a PNAB.

REFERÊNCIAS

1. Aquino R, et al. Estratégia saúde da família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Almeida NF, Paím SJ. Saúde Coletiva: teoria e prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 353-371.
2. Faria HP, et al. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009. p. 68. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>>.
3. Brasil. Portaria N° 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, n° 204. 2012; out. 24. Seção 1, p. 48-55.
4. Souza MKB, et al. Condições sanitárias das unidades de saúde da família: desafios para o processo de trabalho, a saúde da população e a gestão em saúde. Salvador: Uni-

- versidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2015.
5. Barreto, et al. Condições sanitárias das unidades de saúde da família: desafios para o processo de trabalho, a saúde da população e a gestão em saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2015.
 6. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
 7. Reis, et al. Organização do processo de trabalho de uma unidade de saúde da família: desafio para a mudança das práticas. *Comunic Saúde Educ.* 2007; 11(23):655-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
 8. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
 9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
 10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; 2012 dez. 12.
 11. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *IESUS*, VII(2); 1998 abr./jun. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>>.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Estratégica e Participativa do SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 13. Souza LEPF, Bahia L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Almeida NF, Paim SJ. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbook ; 2014. p. 49-68.
 14. Pedrosa ICF. A Infraestrutura de unidades básicas de saúde no município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro [dissertação]. Universidade Federal de Mato Grosso. Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem; 2011.
 15. Pedrosa ICFA, Corrêa ACP, Mandú ENP. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011 jan./mar.; 10(1):058-065. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288>>.
 16. Krug SBF. Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde [tese]. Porto Alegre: PUCRS; 2006. 196 f.
 17. NR, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. NR-5- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA; 2011.
 18. Cotta RM. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2006; 15(3): 7-18. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 20. Brasil. Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 9050: 1994. Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificação, espaço mobiliário e equipamentos urbanos. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Rio de Janeiro: ABNT; 1994.
 21. Silva ESS, et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Matern. Infant.* 2010 nov.; 10 (Suppl.1).
 22. Oliveira LS, et al. Acessibilidade à atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2012; 17(1):3047-3056. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n1/3047-3056/pt>>.
 23. Peduzzi M, Schraiber LB. Verbetes “processo de trabalho em saúde” do dicionário da educação profissional em saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>.

24. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

25. Amorim GM, et al. Prestação de serviços de manutenção predial em estabelecimentos assistenciais de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013; 18(1):145-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201300010001626>.

26. Brasil. Portaria N° 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

27. Salvador. Planejamento estratégico 2013-2016. Prefeitura Municipal de Salvador; 2013.

28. Garcia SD, et al. Gestão de material médico hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. Rev Bras Enferm. 2012 mar./abr.; 65(2):339-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a21.pdf>>.

29. Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. Texto & Contexto Enferm. 2010 out./dez.; 19(4): 736-744. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/17.pdf>>.

Submissão: maio de 2016

Aprovação: abril de 2017
