

FACILIDADES E DIFICULDADES PARA GARANTIA DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE: ESTUDO DE REVISÃO COM ÊNFASE NO PROCESSO DE TRABALHO

Camila Gomes de Souza Andrade¹
Mariluce Karla Bomfim de Souza²

RESUMO

Este estudo tem por objetivo discutir as facilidades e dificuldades para a garantia das condições sanitárias de unidades de saúde a partir da revisão de estudos nacionais e internacionais. Trata-se de estudo de revisão que utilizou descritores para busca nas bases online Scielo, Lilacs e Medline, considerando o período de publicação de 1999 a 2013. Seguiram 19 estudos para análise. Enquanto dificuldades, os estudos destacaram: insuficiente financiamento à saúde; restrita autonomia; frágil aplicação da legislação; e, terceirização de profissionais. Alguns estudos discutem processo de trabalho em saúde (PTS) a partir das condições de trabalho e vínculos empregatícios, relacionando-os a questões ocupacionais e gerenciais, qualidade da atenção e vinculação ao território. Os recursos materiais foram apresentados enquanto dificuldade e facilidade. Quanto aos aspectos e elementos facilitadores, alguns estudos apontaram a gestão da informação para prática em saúde e reorientação das funções gerenciais para transformação das mesmas, já que essa reverbera no PTS, nos meios e na finalidade do trabalho. Portanto, os resultados mostraram que as condições sanitárias são relevantes para o êxito da APS, pois impacta na biossegurança, no risco, nas condições de trabalho, na qualidade do cuidado, no meio ambiente e na satisfação do usuário.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Estrutura de serviços, Perfis sanitários, Gestão em saúde.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo discutir las ventajas y las dificultades para asegurar las condiciones de salud de los establecimientos de salud de la revisión de los estudios nacionales e internacionales. Se trata de un estudio de revisión que utiliza descriptores para buscar en bases de datos en línea Scielo, Lilacs y Medline, teniendo en cuenta el período de publicación entre 1999 a 2013. Siguió 19 estudios para el análisis. Mientras que las dificultades, los estudios destacan: la insuficiencia de fondos para la salud; autonomía limitada; débil aplicación; y la externalización de los profesionales. En algunos estudios se discuten proceso de trabajo de la Salud (PTS) de las condiciones de trabajo y las relaciones laborales, relacionándolos con las cuestiones laborales y de gestión, calidad de la atención y la vinculación del territorio. Los recursos materiales se presentaron como dificultad y facilidad. En cuanto a los aspectos y facilitadores, algunos estudios apuntan a la gestión de la información para ejercer en la salud y la reorientación de las funciones de gestión para la tramitación de la misma, ya que esto repercute en el PTS, los medios y los fines de trabajo. Por lo tanto, los resultados mostraron que las condiciones sanitarias son relevantes para el

éxito de APS, ya que tiene repercusiones sobre la bioseguridad, el riesgo, las condiciones de trabajo, la calidad de la atención, el medio ambiente y la satisfacción del usuario.

Palabras clave: Estrategia de Salud Familiar, servicios Estructura, perfiles de salud y gestión sanitaria.

¹Sanitarista, Graduada em Saúde Coletiva. Residente pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

²Enfermeira, Professora Adjunta do ISC/UFBA.

Nome do autor de referência: Souza, Mariluce Karla Bomfim de

Qualificação: Enfermeira, Professora Adjunta do ISC/UFBA, Mestre em Enfermagem (EE/UFBA), Mestre em Saúde Coletiva (UEFS), Doutora em Saúde Pública (ISC/UFBA).

Endereço profissional: Rua Basílio da Gama, s/nº, 40110-040, Campus Universitário -Canela -Salvador - Bahia, Brasil.

Fone: 71 3283 7467 /Cel: 71 991799078

E mail: marilucejbv@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A discussão sobre Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) se iniciou na Inglaterra através do Relatório Dawson que apontava a sua função essencial como coordenadora da rede de atenção à saúde. Em seguida, a Declaração de Alma Ata define os princípios da APS e repensa o conceito de saúde vigente.

No Brasil, o direito à saúde é legalmente instituído pela Constituição, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) cuja proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde está centrada na APS, especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (AQUINO *et al.*, 2014; BRASIL, 2011). A ESF, anteriormente intitulada Programa Saúde da Família (PSF), propõe um processo de trabalho em saúde que contemple desde ações de promoção da saúde e prevenção de agravos a assistência, baseado na multidisciplinaridade e enfoque familiar (BRASIL, 2012; AQUINO *et al.*, 2014).

A Unidade de Saúde Família (USF) constitui o serviço onde se desenvolve o processo de trabalho e o fluxo da unidade. A organização e estrutura destas unidades interferem, positivamente ou negativamente, na qualidade do cuidado e nas condições de trabalho, entretanto se constata que número significativo de unidades apresentam infraestrutura inadequada (PEDROSA, 2011; BRASIL, 2008). No intuito de padronizar condições adequadas de infraestrutura das Unidades de Saúde, entes federativos e Vigilância Sanitária (VISA) publicaram normas, bem como ressaltaram aspecto referido em políticas, exemplificada pelo Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família e pela Política Nacional de Atenção Básica.

Desse modo, diversos aspectos podem facilitar ou dificultar a garantia das condições sanitárias das unidades de saúde, considerando o seu conceito provisório que o define como “conjunto de elementos capazes de favorecer condições adequadas para o funcionamento efetivo dos serviços de saúde”. Tais aspectos podem estar relacionados a “disposição de pessoas, equipamentos, insumos, instalações físicas, gerenciamento dos resíduos” (BARRETO; SOUZA; LEAL, 2015). Assim, o objetivo deste estudo é discutir as dificuldades e facilidades para garantia das condições sanitárias das Unidades de saúde, sendo um recorte do projeto "Condições Sanitárias das Unidades de Saúde da Família: desafios para o processo de trabalho, a saúde da população e a gestão em saúde", aprovado no edital 19/2013 Programa

de Pesquisa para o SUS (PPSUS) da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da produção científica nacional e internacional sobre as Condições sanitárias das Unidades de Saúde. Foram utilizadas as seguintes bases de dados para busca: Scielo, Lilacs e Medline.

Considerado o objeto de estudo, tomaram-se os seguintes descritores para a busca: Inspeção sanitária; Fiscalização Sanitária; Infraestrutura sanitária; Estrutura de serviços; Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde; Programa Saúde da Família e Vigilância Sanitária; Centros de Saúde e Vigilância Sanitária e encontrados 10.306 estudos, considerando todos os descritores mencionados. Dois pesquisadores realizaram a seleção e busca de artigos, a fim de garantir o rigor metodológico pela comparação dos resultados encontrados.

Para a seleção dos estudos, procedeu-se a leitura dos títulos utilizando os seguintes critérios de exclusão: estudos que tratavam de pesquisa em outros serviços de saúde que não a APS, incluindo os serviços especializados, de média e alta complexidade, por exemplo: hospitais, serviços de atenção em saúde mental, serviços para tratamento de infecção por HIV, assistência oncológica; estudos relacionados a serviços de saúde privados; estudos que tratavam de aspectos e condições sanitárias relacionadas à outra área/setor como agropecuária, alimentos, indústrias; custos e práticas clínicas; informação em saúde e artigos repetidos/duplicidade e sem resumo. Aplicados os critérios, seguiram para a segunda etapa 233 estudos.

Na segunda etapa da seleção, foi realizada a leitura dos 233 resumos a fim de identificar a relação dos estudos selecionados com o tema e os objetivos do estudo, mantendo-se a aplicação dos critérios de exclusão citados, excluindo aqueles que não dispunham do artigo completo/ na íntegra (N=14), seguindo, portanto, para a análise 27 estudos.

A partir da análise do conteúdo dos 27 estudos, foram identificados 19 destes que atendiam ao objetivo, ou seja, tratavam das dificuldades e/ou facilidades para a garantia das condições sanitárias de unidades de saúde.

Quadro 01. Estudos sobre condições sanitárias, segundo autor, bases de dados, revista, ano e título.

N	Autores	Base de dados	Revista/ Ano	Título
1	MOURA, B. L. A., et al.	Lilacs	Revista Brasileira Materno Infantil, 2010.	Atenção primária a saúde: estrutura das Unidades como componente à atenção.
2	AMORIM, G. M., et al.	Medline	Ciência & Saúde Coletiva, 2013.	Prestação de Serviços de Manutenção Predial em estabelecimentos assistenciais de saúde.
3	OLIVEIRA, D.C., et al.	Lilacs	Esc. Anna Nery, 2013.	Estrutura Organizacional da atenção pós-parto na estratégia de saúde da família.
4	SILVA, N. R.	Lilacs	Ciência & Saúde Coletiva, 2011.	Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde.
5	SANTOS, S. M. S, et al.	Lilacs	Revista Mineira de Enfermagem, 2010.	Estratégia de saúde da família: Qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário.
6	BASTOS, A. A.; COSTA, E. A.; CASTRO, L. L. C.	Medline	Ciência & Saúde Coletiva, 2011.	Trabalho em saúde: vigilância sanitária de farmácias no município de Salvador.
7	SOUZA, L. E. P. F.	Lilacs	Ciência & Saúde Coletiva, 2010.	A vigilância sanitária e a mudança no modelo de atenção à saúde.
8	ARAÚJO, A. C. M., et al.	Lilacs	Epidemiologia e serviço de saúde, 2013.	Avaliação das salas de vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011.
9	BALISTA, S. R.R.;SANTIAGO, S. M. S.;CORRÊA FILHOS, H. R.	Medline	Caderno de Saúde Pública, 2011.	A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo.
10	GARCIA, L. P.; RMOS, B. G. Z.	Lilacs	Caderno de Saúde Pública, 2004.	Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde- uma questão biossegurança.
11	O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G.	Scielo	Ciência & Saúde Coletiva, 2010.	Integralidade, uma diretriz do SUS para a Vigilância Sanitária.
12	SIRQUEIRA, F.; GAUDARD, A. M. Y. S.	Lilacs	Com. Ciências Saúde, 2009.	Acesso aos serviços de Farmácia em atenção básica na SES-DF
13	OLIVEIRA, V.C.; et al.	Lilacs	Revista da rede de enfermagem do nordeste, 2012.	Conservação de vacinas em unidades básicas de saúde: análise diagnóstica em municípios mineiros.
14	FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O.	Lilacs	Ciência & Saúde Coletiva, 2009.	Gerência de serviços de saúde- competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica.
15	ROCHA, P. M.; SÁ, A. B.	Lilacs	Ciência & Saúde Coletiva, 2011.	Reforma da Saúde Familiar em Portugal- avaliação da implantação.
16	MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCHESE,	Scielo	Caderno de Saúde Pública, 2010.	Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade

	G.			no SUS.
17	MOUTINHO, F. F. B.; CAMPOS, M.G.;JESUS, P. B. R.	Lilacs	Revista de Atenção Primária a Saúde, 2012.	A importância da implementação de ações educativas em visa pelas equipes da estratégia de saúde da família: uma breve revisão.
18	ICHIHO,H. M. M. D.; ROBLES, B.; AITAOTO, N. M. P. H.	Medline	Hawai'i journal of medicine & public health, 2013.	An Assessment of Non-Communicable Diseases, Diabetes, and Related Risk Factors in the Commonwealth of the Northern Mariana Islands: A Systems Perspective.
19	ABDOOL KARIM, S. S.; ET AL.	Medline	Lancet, 2009.	HIV infection and tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Considerando que este estudo utilizou dados secundários e disponíveis em bases de dados de pesquisa online, dispensou-se a submissão do projeto ao Comitê de Ética conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Consideraram-se os resultados dos estudos sobre aspectos que de algum modo interferem nas condições sanitárias das unidades de APS/AB. As facilidades e dificuldades remetem as questões relacionadas aos componentes do sistema da saúde, tais como gestão, organização, financiamento, infraestrutura e prestação de serviços (TEXEIRA *et al.*, 2010). Nesse contexto, a USF constitui estabelecimento de saúde integrante da rede de serviços que influencia e é influenciado pelo desempenho do sistema de saúde.

Dentre os 19 estudos, alguns trouxeram somente dificuldades ou facilidades e outros apontaram ambos os aspectos. Dentre estes, 14 responderam a categoria dificuldades^{1,2,3,4,5,7,8,10,11,12,13,15,16,19} e 13 apontaram facilidades^{1,2,3,5,6,7,8,9,13,14,15,17,18} para a garantia das condições sanitárias.

Os artigos trazem como dificuldades: subfinanciamento, aspectos inerentes à gestão, a fragilidade das normas e a sua discrepância da prática, as características empregatícias e a infraestrutura. Em contrapartida, os estudos abordam como facilidades os seguintes pontos: infraestrutura e recursos materiais, utilização de documentos técnicos na prática do serviço e estratégias da gestão (Quadro 02).

Quadro 02. Estudos que atenderam as categorias facilidades e dificuldades para a garantia das condições sanitárias, segundo subcategorias.

Dificuldades	Artigos
Financiamento	2 e 19
Aspectos inerentes à gestão	2,4,7,8,12,15 e 16
Fragilidade das normas	5, 11 e 13
Condições/vínculo de trabalho	3 e 10
Infraestrutura/ recursos materiais	1,2,3 e 8
Facilidades	
Infraestrutura/ recursos materiais	1,5,6,8,9 e 15
Documentos técnicos	3,7,17 e 18
Estratégias de gestão	2,13 e 14

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Como dificuldades para a garantia das condições sanitárias das USF, Amorim et al (2013)² destacam o insuficiente recurso financeiro destinado a manutenção predial da USF, enquanto que Abdool Karim et al (2009)¹⁹ relatam o subfinanciamento para o setor de HIV/AIDS. O financiamento da saúde é tripartite, sendo que as transferências entre as instâncias governamentais são repassadas por meio de fundos de saúde nos quais os recursos são alocados por blocos, com destaque para o bloco de Atenção Básica (BRASIL, 2012; BRASIL, 2006b). Achados do estudo realizado por Mendes & Marques (2014) mostraram que em 2011 os recursos federais destinados a Atenção Básica corresponderam 23%, enquanto que para a média e alta complexidade foram destinados 67% dos recursos.

O subfinanciamento do setor saúde, em especial da APS em relação aos outros níveis de atenção, impossibilita os gestores municipais de organizarem a oferta de serviços com qualidade (COELHO; SCATENA, 2014), consequentemente, influenciam nas condições sanitárias das USF. Para tanto, Mendes e Marques (2014) consideram importante incorporar o conceito de AB ampliado no financiamento do bloco da atenção básica, através da inclusão de novos itens e do aumento dos recursos financeiros. O bloco referido é composto pelo piso de atenção básica - PAB fixo e PAB variável, sendo que o último custeia estratégias específicas como Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2006b). O financiamento representa um incentivo a implementação da ESF e pode comprometer a lógica de reorientação da estratégia, tendo em vista que a efetividade da USF está relacionada à provisão de insumos e adequadas condições estruturais e de trabalho.

Quanto aos aspectos inerentes a gestão, observam-se como fatores limitantes a falta de autonomia e governabilidade (AMORIM *et al.*, 2013²) expressa pela ausência de uma política de gerenciamento dos recursos materiais na unidade (SILVA, 2011⁴), a não priorização das políticas de saúde pela gestão, como a política de educação permanente (ROCHA *et al.*, 2011¹⁵) e de assistência farmacêutica (SIRQUEIRA *et al.*, 2009¹²), não cumprimento dos municípios das suas responsabilidades (SOUZA, 2010)⁷, natureza burocrática das normas (SOUZA, 2010)⁷ e as relações de poder que interferem na articulação da VISA e a assistência (MAIA *et al.*, 2010)¹⁶, especialmente a atenção primária a saúde.

Esses pontos fomentam problemas na gestão dos serviços de saúde, como o não alcance de metas, nos três entes federados, com destaque para a gestão da USF (ARAÚJO *et al.*, 2013⁸). Estudo realizado por Neto e Sampaio (2008) constatou como aspecto limitante para os gerentes das USF a falta de apoio da Secretaria de Saúde na capacitação para o gerenciamento dos profissionais referidos, ausência de telefone e carro, pouca autonomia e a prática clientelista, fatores estes que interferem diretamente na organização do serviço e na capacidade de resolução e manutenção do mesmo, conseqüentemente, nas condições sanitárias das unidades de saúde.

Para além desse cenário, a fragilidade da legislação perante a realidade foi abordada em alguns estudos. O'Dwyer *et al.* (2010)¹¹ relatam sobre a distância entre as políticas formuladas e as práticas implantadas nos serviços de saúde, exemplificada pela realização descontextualizada das inspeções sanitárias realizadas pela VISA (SANTOS *et al.*, 2010)⁵ e pelo desacordo das normas do PNI das salas de vacinas (OLIVEIRA *et al.*, 2012¹³). O trabalho de controle sanitário é baseado em normas, como também, engloba o conhecimento do território, tal como a ESF, considerando a sua organização, dinâmica e condições socioeconômicas e culturais (PIOVESAN *et al.*, 2005). Na garantia das condições sanitárias das USF, as legislações desempenham a função de orientar as unidades quanto aos procedimentos a serem seguidos para assegurar aos profissionais e usuários a utilização segura do local e a finalidade do serviço. No entanto, a incorporação de mudanças e hábitos nas práticas de saúde da APS demanda tempo para sua apreensão, aceitação e reconhecimento social.

Outros estudos abordaram o repensar do processo de trabalho em saúde na perspectiva de condições de trabalho e vínculos empregatícios. Estudo realizado por Garcia *et al.* (2010)¹⁰ aponta que relações de trabalho se constituem como elementos limitantes devido à existência de elevada rotatividade de profissionais e pela terceirização dos trabalhadores. A mudança do quadro de funcionários constante demanda intensificação de treinamento,

aumenta a chance de acidentes e reduz a satisfação do trabalhador. A Lei de Responsabilidade Fiscal busca assegurar o equilíbrio entre o gasto e a arrecadação dos municípios, no entanto, a mesma impõe limite às despesas de pessoal que afeta o comprometimento da instância municipal com a ESF (MENDES; MARQUES, 2014), o que leva a adoção de alternativas de contratação de trabalhadores com precários vínculos empregatícios e baixos salários (OLIVEIRA *et al.*, 2013³).

Estudo de Tomasi et al (2008) mostrou que o ingresso por concurso público alcançou 36% dos trabalhadores da ESF no Nordeste e 34% no Sul, sendo que um terço ou mais possuía vínculo precário, com destaque para o Nordeste. Formas diretas de vinculação trabalhista devem ser priorizadas, pois a estabilidade na ESF é fundamental para um processo de trabalho que contemple a integralidade e a vinculação do profissional à comunidade, consequentemente, o desempenho da Equipe de Saúde da Família (EqSF) e a qualidade da atenção ao usuário.

No que tange a infraestrutura e recursos materiais, alguns estudos apontaram os aspectos referidos enquanto dificuldade e facilidade. Como dificuldade, os autores destacaram que a maioria das USF funciona em casas alugadas ou não adequadas as normas preconizadas¹ e evidenciaram a incipiente valorização da manutenção predial das unidades^{2,8}. Oliveira et al (2013)³ acrescentam como fator agravante a não inclusão da exigência de estrutura física adequada dentre os critérios nacionais de implantação das equipes de Saúde da Família.

Por outro lado, os aspectos estruturais são referidos como facilidade em alguns estudos^{1,5,8,9,15} ao considerá-los como itens necessários a realização das ações da atenção primária¹. A PNAB estabelece como responsabilidade comum dos entes federados a garantia da infraestrutura das UBS (BRASIL, 2012), sendo que após a reforma do estabelecimento, pelo programa de requalificação, caberá ao município a manutenção preventiva do mesmo (BRASIL, 2011). Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde ressalta o componente infraestrutura ao criar incentivo financeiro para as UBS proverem estrutura adequada (BRASIL, 2011), tendo em vista a relevância desse componente para o êxito das unidades de saúde. A organização do espaço apropriadamente gera benefícios ao funcionamento dos serviços, de modo que promove melhorias nas condições de trabalho, na qualidade do cuidado prestado e aumenta a satisfação do usuário, consequentemente, impacta nas condições sanitárias das unidades.

Estudo realizado por Rocha et al (2011)¹⁵ identificou que as USF pesquisadas apresentaram condições de trabalho e infraestrutura consolidadas e Santos et al

(2010)⁵ obtiveram índice de satisfação dos usuários de 88,8% em relação a qualidade e quantidade de equipamentos disponíveis nas unidades. Em consonância, Araújo et al (2013)⁸ acrescentam que em mais de 90% das salas de vacina foi observada situação adequada do armazenamento de imunobiológico, enquanto que Balista (2011)⁹ relata a chegada do material e equipamentos necessários ao serviço de saúde com atraso.

Na discussão da estrutura no contexto da VISA, estudo de Bastos et al (2011)⁶ trouxe que durante a inspeção sanitária dos estabelecimentos assistenciais de saúde são enfatizados itens relacionados a infraestrutura, as condições sanitárias das instalações e ao controle de pragas. A inspeção sanitária visa avaliar estabelecimentos de saúde, produtos e condições ambientais e de trabalho, julgando se a situação observada está de acordo com os padrões técnicos estabelecidos na Legislação Sanitária. Compõe uma das atividades da vigilância sanitária que desempenha um importante papel nesse contexto, já que as suas ações objetivam "eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde" (BRASIL, 1990).

Em relação à aplicação de documentos técnicos, Souza (2010)⁷ ressalta a ANVISA como instituição importante para a estruturação da vigilância sanitária, especialmente nas atividades normativas. Além da função de regulação, a ANVISA, como agência reguladora, possui poder normativo, ou seja, possui competência para produzir normas gerais que interferem diretamente na esfera de direito dos particulares (MENDES, 2000), tendo em vista a prioridade dos interesses coletivos e sanitários. Nesse sentido, contribui para a garantia das condições sanitárias por meio da consolidação dos marcos legais relacionados à temática.

Assim como a VISA, o Código de Defesa do Consumidor, citado por Moutinho et al (2012)¹⁷, tem como finalidade garantir a proteção da saúde e segurança contra os riscos ao consumidor através da definição dos direitos básicos deste em relação a produtos e serviços. A lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, inclui como direito do consumidor a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral (BRASIL, 1990c), com destaque para os serviços de saúde.

Algumas formas de garantir o direito e assegurar a segurança do usuário são a adoção de protocolos clínicos no cuidado (OLIVEIRA et al., 2013)³ e de manuais sobre agravos para o estabelecimento de procedimentos operacionais padrões (POP) (ICHIHO et al., 2013)¹⁸. Os protocolos consistem na sistematização das tarefas rotineiras, com objetivo de padronizar as condutas e minimizar a ocorrência de falhas no serviço, conseqüentemente, implica na qualidade do cuidado do usuário. Desse modo, influencia na resolutividade das ações

ofertadas na USF e no processo de trabalho da EqSF, portanto, na segurança da população e nas condições sanitárias das unidades de saúde.

Enquanto estratégias para enfrentamento dos problemas de gestão, Fernandes et al (2009)¹⁴ citam a reorientação das funções gerenciais para a transformação das práticas, já que a mesma reverbera no processo de trabalho e nos meios para tal, conseqüentemente, na qualidade do cuidado e na satisfação do usuário. Além disso, Amorim et al (2013)² discorrem sobre a contribuição da gestão da informação para a prática dos programas estabelecidos pelos gestores. O processo de gerenciamento do território da ESF é recente, portanto, não há clareza quanto as atribuições do gerente, no entanto, a atividade implica na articulação entre os modelos de gestão e atenção (NETO; SAMPAIO, 2008), sendo fundamental a autonomia gerencial para direcionar a implantação de novas práticas, reforçando a responsabilidade sanitária.

A descontinuidade da gestão central³ agrava esse cenário de falta de clareza das atribuições⁴, especialmente do gerente da USF, que limita a participação da equipe de saúde da família na resolução dos problemas da unidade⁴. Oliveira et al (2012)¹³ destacam a importância da realização de capacitação no local de trabalho, enfatizando a prática e a experiência dos profissionais. A APS como estratégia de reorientação do modelo assistencial é pautada no trabalho interdisciplinar de equipes multiprofissionais e na co-gestão (BRASIL, 2012). O trabalho gerencial é apoiado no trabalho da equipe, sendo a negociação uma capacidade gerencial e de liderança essencial para o desenvolvimento de ações coletivas (TIMBÓ *et al.*, 2009; NETO; SAMPAIO, 2008) e para a garantia das condições sanitárias do estabelecimento de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise das facilidades e dificuldades para a garantia das condições sanitárias, denota-se a relevância do componente infraestrutura para a efetividade dos serviços no que tange à operacionalização e gerenciamento da unidade de saúde. Esse elemento se mostrou importante para o êxito dos serviços de saúde ofertados pelas unidades de saúde, pois influencia nos demais aspectos do processo de trabalho, como biossegurança/risco e condições de trabalho. Assim, a infraestrutura pode ser considerada uma facilidade ou uma dificuldade a depender das condições estruturais dos estabelecimentos de saúde.

Em consonância as questões associadas a infraestrutura, os resultados de não observância das normatizações e legislações, em sua maioria, nas práticas e organização das

unidades de saúde sugerem pouca aplicabilidade destas na implementação das unidades de saúde, em especial as Unidades de Saúde da Família. Fato que questiona o conhecimento dos gestores sobre os documentos técnicos voltados para as práticas e estabelecimentos de saúde, bem como, sobre a utilização destes materiais de forma contextualizada.

Nesse contexto, ressalta-se a necessidade de maior incentivo financeiro para o provimento adequado de estrutura e recursos materiais/ humanos, portanto para que as unidades de saúde atendam as normas preconizadas, coerentes com a lógica do modelo de atenção. Além disso, destaca-se as implicações do vínculo trabalhista e das condições de trabalho como dificuldade para a garantia das condições sanitárias, enfatizando a relevância para a efetividade da unidade de saúde da existência de uma equipe profissional qualificada e adequada a necessidade do serviço, bem como, da valorização da saúde e dos direitos do trabalhador.

Desse modo, espera-se que os resultados do estudo contribuam para discussão do tema, fomentando realização de estudos sobre a temática, bem como estratégias e ações para a superação das dificuldades pela gestão e população. Além disso, almeja-se que os resultados estimulem reflexões sobre questões do processo de trabalho em saúde, tais como gerenciamento do território, co-gestão e educação permanente; associando as aos modelos de gestão e atenção, já que a APS demanda uma nova forma de organização do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

AQUINO, R.; et al. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: **Saúde Coletiva: teoria e prática**/ organizadores Jairnilson Silva Paim, Naomar de Almeida-Filho.-1. ed. - Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 180, 19 set 2011. Seção 1, p.50.

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 – 2. ed.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 a.** Brasília. Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006b. Pacto pela Saúde 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 23 fev 2006. Seção 1, p.43-51.

MENDES, A.; MARQUES, R. M.O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, Out-dez, 2014.

MENDES, C. H. **Reforma do Estado e Agências Reguladoras: Estabelecendo os Parâmetros de Discussão**. In: SUNDFELD, Carlos Ari (org.). Direito Administrativo Econômico, São Paulo: Malheiros Editores, 2000.

NETO, F.R.G.X.; SAMPAIO, J.J.C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. Brasília, 61(1): 36- 45, jan- fev, 2008.

PEDROSA, I.C.F. **A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro**. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, 2011.

PIOVESAN, M.F. et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Rev Bras Epidemiol** 2005; 8(1): 83-95.

SOUZA, G.S.; COSTA, E.A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em Vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15(supl.3): 3329-3340, 2010.

TOMASI, E.; et al. Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S193-S201, 2008.

TIMBÓ, D.B.P.; et al. As competências para o gerenciamento eficaz: o caso da Rede de Serviços de Saúde São Gerardo. **RAS** _ Vol. 11, No 43 – Abr-Jun, 2009.