

FACULDADE LABORO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE

JERCIANE MACEDO DOS REIS

VALCIONE DE SOUSA SILVA

**PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO
DO MARANHÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

SÃO LUÍS - MA

2016

JERCIANE MACEDO DOS REIS

VALCIONE DE SOUSA SILVA

**PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO
DO MARANHÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mônica Elinor Alves Gama

São Luís - MA

2016

JERCIANE MACEDO DOS REIS

VALCIONE DE SOUSA SILVA

**PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO
DO MARANHÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Auditoria,
Planejamento e Gestão em Saúde da Faculdade
Laboro, para obtenção do título de Especialista em
Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina

1° Examinador

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Atenção Básica necessita de constantes avaliações a fim de que os recursos do Sistema Único de Saúde sejam corretamente empregados, garantindo-se assim, os preceitos preconizados pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90 principalmente a universalidade, integralidade e garantindo-se também o cumprimento da constituição que diz que a saúde é um direito de todos. **OBJETIVO:** Diante disso, relatar a situação de algumas Unidades Básicas de Saúde do Estado do Maranhão, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica e avaliar conforme literatura e manuais do Ministério da Saúde. **RESULTADOS:** Mediante o relato de experiência constatou-se que a maioria das unidades de saúde apresenta problemas de acessibilidade e disponibilização da imunização, tais situações vão de encontro ao preconizado pela Lei 8.080/90 e pela Constituição Brasileira que garantem acesso universal e integral, além disso, verificou-se que as imunizações além de não estarem sendo disponibilizadas amplamente, ainda apresentam problemas de conservação nas Unidades Básicas de Saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A detecção dos problemas e dificuldades não devem ser entendidos como formas de julgamento, mas como maneira de identificação e posterior melhoras, além disso, todos os problemas encontrados merecem atenção, uma vez que sua permanência distancia os usuários do SUS, fazendo com que a descoberta de doenças sejam cada vez mais tardia, o que prejudica o tratamento e diminui a qualidade de vida daqueles que apresentam alguma morbidade.

Palavras-chave: qualidade da saúde, avaliação, melhoria.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Primary Care requires constant evaluations so that the resources of the National Health System are properly employed, thereby ensuring the principles recommended by the Organic Law of Health, Law 8.080 / 90 primarily universality, comprehensiveness and ensuring also the fulfillment of the Constitution which says that health is a right for all. **OBJECTIVE:** In view of this, report the situation of some basic health units in the state of Maranhão, through the National Program for Improving Access and Quality of Primary and evaluate as literature and manuals of the Ministry of Health. **RESULTS:** Upon reporting experience it was found that most health facilities have problems of accessibility and availability of immunization such situations go against advocated by Law 8.080 / 90 and the Brazilian Constitution that guarantee universal and comprehensive access, in addition, it was found that immunizations as well as are not being widely available, still have problems of conservation in Primary Health Care Units. **FINAL CONSIDERATIONS:** The detection of problems and difficulties should not be understood as forms of judgment, but as a way of identification and subsequent improvements, in addition, all found problems deserve attention, since their distance remained SUS users, making the discovery of disease are increasingly late, which hinders the treatment and decreases the quality of life of those who have some morbidity.

Keywords: quality of health, evaluation, improvement.

SUMÁRIO

	p.
1	
INTRODUÇÃO.....	06
1.1	
JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	11
2	
OBJETIVOS.....	13
2.1	
Geral.....	13
2.2	
Específicos.....	13
3	
RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	14
3.1	
Procedimentos de Coleta de Dados.....	14
3.2	
Relato de Experiência e Avaliação.....	15
3.2.1	
Situações recorrentes na maioria das unidades básicas de saúde.....	16
3.2.2	
Situações pouco recorrentes na maioria das unidades básicas de saúde....	16
3.2.3	
Situações exclusivas de algumas nas unidades básicas de saúde.....	17
4	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2004.a).

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos (BRASIL, 2004.a).

O processo avaliativo é parte da auditoria. A auditoria é uma prática originária da contabilidade, surgida entre os séculos XV e XVI na Itália, a partir de práticas de escrituração mercantil. O desenvolvimento da auditoria contábil foi impulsionado pelo modo de produção capitalista, que a utilizou como ferramenta de controle financeiro, por contabilizar os gastos e os ganhos de um negócio (SANTI, 1988).

A palavra auditoria tem sua origem no latim “audire” que significa ouvir, e que toda pessoa que possui a função de verificar a legitimidade dos fatos econômico-financeiros, prestando contas a um superior, poderia ser considerado como auditor (RIOLINO, 2003).

Os autores não conseguiram chegar a um consenso sobre a época da aplicação da auditoria na área de saúde, assim, em 1918 tivemos um dos primeiros relatos, no qual foi realizada uma avaliação da prática médica. De início, esta atividade se caracterizava como uma ação policiaisca, mas aos poucos, foi recebendo uma nova conotação (COSTA et al., 2004).

Contudo, para Zanon (2001), a auditoria médica foi criada em 1943, por Vergil Slee. Enquanto Coleman, Moreira e Sanches (1998) assinalam que o termo audit foi proposto para os serviços de saúde, pela primeira vez, em 1956, por Lembeck, com a finalidade de avaliar a qualidade dos processos e os resultados desses serviços, por meio da observação direta do registro e da história clínica do usuário (LEMBECK, 1967).

Para Jhonston et al., (2001) a auditoria na saúde, tem sua origem no Reino Unido, sendo idealizada por profissionais médicos que buscavam proporcionar um atendimento de melhor qualidade à clientela, chamando a atenção para as deficiências na prestação de cuidados, na tentativa de frear a prática ineficiente e ineficaz.

Para o mesmo autor, a auditoria em saúde tem como maior objetivo melhorar a qualidade do atendimento ao paciente (JOHNSTON et al., 2001).

Uma vez que, para Santos e Barcellos (2009), existe uma necessidade de controle e avaliação permanentes da administração, seja ela pública ou privada, numa busca de instrumentos que ofereçam informações eficazes aos gestores para as tomadas de decisões.

Para Noronha e Salles (2004), a auditoria representa uma das ferramentas de qualidade mais eficientes para monitorar um sistema de gestão, pois, quando bem aplicada, diagnostica não conformidades no serviço avaliado, sendo executada por profissionais capacitados que apresentam, além do conhecimento técnico-científico, atributos pessoais como imparcialidade, prudência e diplomacia, por meio de pareceres embasados por leis, portarias e resoluções.

Enquanto Rodrigues, Perroca e Jericó (2004) conceituam o processo de auditoria como uma avaliação sistemática e formal de uma atividade realizada por pessoas não envolvidas diretamente em sua execução, buscando fiscalizar, controlar, avaliar, regular e otimizar a utilização dos recursos, físicos e humanos, a fim de determinar se a atividade está de acordo com os objetivos propostos. Acreditando que a auditoria em saúde não tem caráter punitivo, mas sim um processo educativo.

Objetivo da auditoria no SUS, não é diferente da exercida na área da saúde objetivando a verificação da adequação do SUS, seus componentes e atividades, frente ao planejamento e às normas vigentes. O resultado esperado é a indicação das medidas administrativas e das penalidades cabíveis, visando a garantia dos princípios do SUS (BRASIL, 1998).

A auditoria do SUS representa uma conquista de um processo longo na História da Saúde Pública baseado no movimento da Reforma Sanitária, a qual a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde concretizaram um viés para a criação de um modelo de atenção à saúde que atenda a demanda e necessidades da população, através da participação social garantida por lei constitucional e

ampliada com o surgimento da Secretaria de Gestão Estratégica e participativa do SUS (SGEP), (BRASIL, 2011).

A auditoria é um importante instrumento de gestão que auxilia na elaboração de alternativas para averiguar os problemas de saúde, além de dar subsídios para sugestão de resolução, ampliando e qualificando a gestão. Servindo como peça significativa no combate aos prejuízos e desperdícios de recursos públicos e na avaliação das ações dos componentes de saúde se estes estão de acordo com os princípios, diretrizes e conformidades do SUS (BRITO; TRINDADE; BARROS, 2014).

Permite ainda, a transparência e a credibilidade da população brasileira em acreditar na funcionalidade do SUS. Todas as ações dependerão de um planejamento estratégico e bem elaborado com o compromisso e responsabilidade de todos os integrantes que compõem o SUS, através de uma auditoria realizada de forma adequada para garantir o acesso, a integralidade do cuidado, a melhora nos indicadores de saúde, a promoção da saúde, a equidade e a humanização do atendimento (BRITO; TRINDADE; BARROS, 2014).

No Brasil, em 1990 a Lei nº 8080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde estabeleceu a necessidade de criação do Sistema Nacional de Auditoria – SNA. Em 1993, a Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993, criou o SNA e estabeleceu como competência sua o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde (FONSECA et al., 2005).

Assim, visando promover o norteamento dos profissionais da área da saúde, promover melhoria das políticas públicas de saúde e melhorar cada vez mais o padrão de qualidade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Ministério da Saúde propôs a auditoria dessas unidades onde ocorreria o acompanhamento e avaliação dos profissionais que fazem parte da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes de saúde bucal e comunitários de saúde), que cuidam da saúde dos brasileiros, além de acompanhar e analisar, também, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, os equipamentos, a disponibilização de medicamentos e a satisfação do cidadão. Essa proposta visa também promover o incentivo das equipes de saúde por meio de repasses de recursos financeiros quanto melhor for o desempenho (BRASIL, 2012).

O programa recebeu o nome de Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e foi criado em 2011 e teve como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde, por meio da garantia de um modelo de qualidade, obtidos a partir de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2012).

O trabalho de avaliação, por ser complexo porém necessário, necessita de um minucioso e consistente investimento para construção de uma série de consensos. Infere, não somente sobre a carência de compatibilização de instrumentos, mas, acima de tudo, sobre a pactuação do objeto e os objetivos desta avaliação, ou seja, levando ao entendimento de que esta é uma ação que exige o engajamento de todos os atores do Sistema Único de Saúde. Sem esta proposição, torna-se inviável realizar qualquer ação que esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Assim, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente padroniza a garantia da qualidade de serviços e atenção prestadas aos seus usuários como fundamental desafio às suas instâncias gestoras. E na Atenção Básica de Saúde, a promoção e qualidade geram uma reorganização das atividades traçadas a partir da análise situacional que objetiva promover conhecimento sobre a realidade local, necessidades de saúde e gerar uma melhor definição de estratégias, competências e responsabilidades (BRASIL, 2004.b.).

Segundo Donabedian (1980) qualidade é o cumprimento de requisitos básicos de segurança e processos, garantindo a conformidade do atendimento. Utilizando as palavras de Teboul (1991), cientista francês, consultor de qualidade, “investir em qualidade é investir no conhecimento do processo, na prevenção, em know-how para obter um resultado sem erro”. Se observarmos, as instituições/empresas tendem à acomodação, aceitando falhas e concessões em termos de diminuição da qualidade de seus produtos e serviços, ou seja: a rotina, o costume faz com que as pessoas aceitem o erro. Em consequência, a melhor forma de iniciar a implantação da filosofia da qualidade é esquadrinhar a história institucional a fim de realizar um trabalho de fundo, a longo prazo e, como afirma o famoso provérbio: “Quem não aprende com o passado, com os erros do passado,

está condenado a repetí-los”. Assim a “qualidade possibilitará a produtividade e preparará a flexibilidade”.

Para que essa qualidade seja conquistada é necessário que haja uma avaliação confiável, em especial pelo objetivo da Atenção Básica, que é cuidar de pessoas por meio de um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação (PNAB, 2006) enquanto estratégia das ações municipais de saúde é concebida como ordenadora do sistema loco regional, integrando os diferentes pontos que compõe e definindo um novo modelo de atenção à saúde. Princípios Ordenadores: Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade, Responsabilização, Coordenação e Resolubilidade (BRASIL, 2006a.).

Dessa forma, com o intuito de que esses objetivos sejam corretamente praticados é necessário a avaliação dos serviços de saúde, como forma de verificar a qualidade da assistência prestada, que perpassa desde o atendimento individualizado e humanizado até o fornecimento de infraestrutura para acesso adequado (BRASIL, 2010).

Contudo, verifica-se que o apoio aos serviços de controle e avaliação têm sido substituídos pela supervalorização e priorização à produção quantitativa e financeira no SIA/SUS. E, conseqüentemente, os municípios caminham a práticas escassas de controle e avaliação, amparados por uma cultura dentro do próprio SUS onde muito se controla e pouco se avalia (BRASIL, 2006.b).

Aliado a isso, observa-se que a avaliação é a área que mais necessita de avanços. Realizou-se muita ação no sentido de controlar, recentemente em regular acesso, mas muito pouco se avançou no sentido de avaliar os serviços prestados ao SUS ou os diversos prestadores e, menos ainda, o impacto que a prestação de serviços tem causado na população (BRASIL, 2006.b).

A cultura avaliativa deve ser implementada junto aos sistemas de forma ampliada, além da avaliação dos programas e serviços. A avaliação para a gestão deve produzir informação e conhecimento que servirá como fator orientador de decisão dos gestores do SUS. A avaliação permite identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, devendo ser realizada de forma sistemática retroalimentando o processo de planejamento e contribuindo com a transformação da gestão (BRASIL, 2006.b).

As diferentes concepções de avaliação trazem como pontos comuns: a comparação do que é observado com o que foi idealizado e a emissão de um juízo de valor sobre a diferença encontrada. Assim, o que se verifica, a forma de medir, o referencial de comparação e os graus de valoração são componentes importantes do processo de avaliação, seja uma pesquisa avaliativa, seja a chamada avaliação para a gestão (BRASIL, 2006.b).

Trata-se da análise da estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o Sistema de Saúde. É fundamental a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem: acessibilidade; integralidade da atenção; resolubilidade; e a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2006.b).

A avaliação permite identificar os pontos fortes e os aspectos gerenciais menos desenvolvidos em relação ao modelo – que podem ser considerados como oportunidades de melhoria da organização, ou seja, aspectos que devem ser objeto das ações de melhoria. Quando realizada de forma sistemática, a avaliação da gestão funciona como uma oportunidade de aprendizado sobre a própria organização e também como instrumento de internalização dos princípios, valores e práticas da gestão pública (BRASIL, 2006.b).

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Diante do exposto e considerando-se um marco histórico no processo das avaliações dos serviços de saúde e a oportunidade de participar como avaliadora de campo nas Unidades Básicas de Saúde do Estado do Maranhão na primeira avaliação referente à terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), tal relato e vivência tiveram grande importância como prática vivenciada em auditoria, planejamento e gestão em saúde. Uma maior visão sobre a aplicabilidade dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os reflexos dos possíveis resultados desta avaliação tornaram-se

possíveis quando se associou conhecimentos técnicos da auditoria às realidades favoráveis ou não aos usuários desse sistema.

Assim, nosso objeto de estudo é a avaliação da assistência prestada na Atenção Básica, e nosso objetivo é relatar a experiência vivenciada na condição de avaliadora de campo na 3ª Fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (Avaliação Externa) em 21 municípios do Estado do Maranhão.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Relatar a situação de algumas unidades básicas de saúde do Estado do Maranhão, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

2.2 Específicos

- Identificar situações recorrentes, pouco recorrentes e exclusivas das Unidades Básicas De Saúde;
- Avaliar conforme literatura e dados do Ministério da Saúde, e
- Identificar situações que mereçam atenção.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

3.1 Procedimentos de Coleta de Dados

A fase III do PMAQ-AB no Maranhão ficou sob a responsabilidade da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL e a coordenação, como instituição colaboradora, a Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Esta recebeu um total de 400 inscritos e selecionou apenas 40 candidatos, dentre os quais 5 supervisores e 35 avaliadores mediante os pré-requisitos de escolaridade no 2º grau, dedicação exclusiva, disponibilidade de viagem, habilidades de comunicação interpessoal, em internet e identificação com o tema do trabalho.

Para identificação dos supervisores e avaliadores em campo, os mesmos deveriam utilizar uniforme próprio do Programa, tais como crachá, colete, boné e mochila e portando sempre a Carta de Apresentação.

Foram 5 dias de treinamento sob a coordenação de UFPEL e UFMA, no prédio do Hospital Universitário do Maranhão – HUUFMA, onde foram disponibilizados tablets com software próprio do Ministério da Saúde, os quais seriam nossos instrumentos para avaliação das Unidades Básicas de Saúde.

Como parte do registro das atividades, deveríamos alimentar diariamente uma planilha para acompanhamento dos custos (transporte, alimentação e diárias de hotéis), relatório de campo com informações sobre as UBS.

As equipes foram divididas em 5 rotas, sendo uma equipe para cada macrorregião (Coroatá, Timon, Imperatriz, São Luís e Zé Doca).

Este estudo relata a auditoria de unidades pertencentes à macro região de Coroatá, apesar desta ser composta por 9 pessoas (1 supervisora e 8 avaliadores), este estudo traz informações de 1 supervisora e 1 avaliadora, que realizaram as atividades no período de 25 de Junho de 2012 à 17 de Agosto de 2012. Assim, os relatórios compreendem a avaliação de 52 unidades pertencentes à 21 municípios do Estado do Maranhão, zona rural e urbana, são eles: São Luís, Barão de Grajaú, São João dos Patos, Paraibano, Passagem Franca, Pastos Bons, Colinas, Fortuna, Sucupira do Norte, Esperantinópolis, São Roberto, São Raimundo do Doca Bezerra, Poção de Pedras, Igarapé Grande, Paulo Ramos, Bom lugar, Lado dos Rodrigues, Vitorino Freire, Bacabal, São Luiz Gonzaga, São Mateus do Maranhão.

Os deslocamentos eram realizados do período da manhã e da tarde, eram auditados todas as salas das Unidades de Saúde, bem como insumos, que compreendiam vacinas, medicamentos, materiais de curativos etc., geladeiras, cadeiras da recepção e dos consultórios, banheiros, acessibilidade tanto dos banheiros, quanto às unidade básicas. Eram auditados também as atividades desenvolvidas, tais como vacinação, triagem, consulta médica e de enfermagem, curativo, saúde bucal, nebulização bem como a comprovação de sua realização.

A UBS que encontrava-se fechada, eram feitas considerações que estavam evidentes, marcava-se sua localização no GPS e tiravam-se fotos da fachada.

3.2 Relato de Experiência e Avaliação

A avaliação é uma etapa da auditoria, atividade que visa solucionar questões relativas à determinada coletividade, através da análise da efetividade ou não das intervenções sociais. Essa modalidade de atividade valoriza a formulação e a implementação do programa, considerando, principalmente, condições sociais problemáticas (BARZELAY, 2002).

Considera-se que, sendo este um processo de avaliação externa, aliado à realização do Censo das Unidades Básicas de Saúde no Brasil sobre o qual se pretende identificar as precariedades e potencialidades relacionadas à infraestrutura e qualidade dos serviços prestados, o Ministério da Saúde objetiva obter dados para planejamento de ações fortalecedoras da porta de entrada de atendimento às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (BOTTI; SCHOCHI, 2006).

Assim, verificou-se que algumas das Unidade de Saúde encontravam-se em locais distantes e de difícil acesso, com estradas de areia. Além de termos encontrado problemas que se mostraram recorrentes nas Unidades de Saúde.

Quanto às unidade, no universo de 52 unidades, encontraram-se 4 fechadas e 5 em boas condições, as demais apresentaram problemas estruturais, de equipe técnica, problemas nos insumos, dentre outros relatados a seguir.

Os principais problemas verificados foram divididos em recorrentes, pouco recorrentes e exclusivos.

3.2.1 Situações recorrentes na maioria das unidades básicas de saúde:

- A maioria das unidades apresentaram problemas de acessibilidade aos deficientes físicos e idosos, tais como calçadas sem rampa, esburacadas, algumas rampas possuíam rachaduras que podem causar acidentes;
- Os banheiros, quando existiam, também apresentaram problemas, em sua maioria precários e sem acessibilidade para idosos ou deficientes físicos;
- A vacinação era realizada 1 (uma) vez por semana, sendo que em uma unidade era realizada 1 (uma) vez por mês.

3.2.2 Situações pouco recorrentes na maioria das unidades básicas de saúde:

- Verificou-se que alguns procedimentos não são feitos na mesma unidade, sendo realizados em outros estabelecimentos alguns próximos, outros mais longes;
- Algumas unidades possuíam poucos medicamentos e/ou vacinas, os medicamentos quando existiam estavam vencidos ou armazenados em locais inadequados;
- Os municípios que tinham queda de energia, também apresentaram os maiores problemas com o armazenamento das vacinas. Estas eram armazenadas em caixas térmicas, pois a unidade não possuía geladeira;
- As geladeiras, quando presentes, armazenavam também insulina, testes do pezinho, copos descartáveis e outros plásticos, prática proibida conforme protocolo do Ministério da Saúde.
- Algumas caixas térmicas não possuíam o termômetro, conforme protocolo do Ministério da Saúde;
- Algumas unidades ainda não possuíam o atendimento de saúde bucal;
- A maioria das unidades ofereciam serviços de vacinação, triagem, nebulização e curativo, porém estes serviços eram feitos geralmente na mesma sala;

- Algumas unidades não estavam climatizadas, inclusive o setor de vacinação;
- Algumas unidades não possuíam qualquer atendimento. Outras possuíam apenas o atendimento da equipe de enfermagem;
- Algumas unidades afirmaram que realizavam atendimento, porém não possuíam comprovação das atividades realizadas.
- Algumas unidades possuíam uma única autoclave do setor de odontologia que era usada para toda unidade;
- Em algumas unidades a esterilização é feita em uma estufa.

3.2.3 Situações Exclusivas de Algumas Unidades Básicas de Saúde:

- Em uma unidade funcionava também o prédio da secretaria de agricultura;
- Outra unidade servia de anexo para uma escola;
- Uma unidade destacou-se pois apresentava excelente estrutura, consultório odontológico, macas confortáveis e apropriadas, local próprio para lavagem de materiais e para o lixo, consultórios médicos e enfermagem em ótimo estado, porém, o mesmo foi construído com a iniciativa dos moradores da região.
- Duas unidades encontravam-se em situação de abandono.

Dessa forma, iremos apresentar os principais problemas encontrados e avaliá-los conforme as informações encontradas em diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde e que servem de base estudos e pesquisas realizadas no Brasil, por meio dos cadernos de atenção básica, protocolos de atendimento, etc.

Segundo Siqueira et al. (2009) as barreiras arquitetônicas impostas às pessoas com limitações temporárias, aos idosos e aos portadores de deficiência são formadas por toda e qualquer barreira relacionada às construções urbanas ou às edificações. Uma vez que impedem o cidadão de deslocar-se livremente. A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas constitui parte dos inúmeros exemplos que

podemos citar como barreiras arquitetônicas. E segundo essa dificuldade está presente também nos espaços destinados aos cuidados à saúde, com prédios adaptados e inadequados às necessidades dos usuários.

Essa situação é encontrada, apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimar que 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência e que no Brasil, estima-se que existam 16 milhões de pessoas portadoras de deficiência, além disso, é importante lembrar que os problemas de acessibilidade não atingem apenas os deficientes físicos, como também, aqueles que possuem alguma restrição de movimento e problemas de locomoção em decorrência da idade (BRASIL, 2008). Dados do IBGE (2010) apontam que em 2050, estima-se que o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do Brasil. Sendo este um dos percalços mais comuns encontrados, onde a maioria das Unidades Básicas não apresentavam acessibilidade aos deficientes físicos ou quando existem, essas apresentavam problemas (BRASIL, 2008).

Verifica-se que a condição de incapacidade e de deficiência tem relevância no âmbito da saúde pública, apresentando, no Brasil, um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações na esfera pública e privada (GIRONDI, 2011).

E, sendo a atenção básica, teoricamente, a porta de entrada para o sistema público de saúde, possivelmente essa seja a primeira instância onde o idoso ou o deficiente físico receberá atendimento (SILVA et al., 2013).

No entanto, essa dificuldade em relação à obtenção de acesso, demonstra que os serviços na atenção básica não têm funcionado como porta de entrada para todos (TRAVASSOS, 2008).

Alguns estudos feitos acerca da acessibilidade estiveram voltados para as questões das barreiras arquitetônicas e planejamento urbanístico, uma vez que é fato, elas afetarem a qualidade dos serviços prestados, desrespeitando a legislação brasileira, que afirma que toda pessoa tem direito ao acesso à saúde (TRAVASSOS, 2004; BRASIL, 2006.c.).

Contudo, devemos considerar que a questão da acessibilidade transcende a questão das barreiras arquitetônicas, incluindo também a acessibilidade de transporte, de informação, de comunicação e outras. Já que a acessibilidade compõe o conceito de cidadania, portanto todos devem igualmente ter

seus direitos e deveres preservados. Assim, mesmo que o usuário possua uma deficiência física, a pessoa poderá preservar sua autonomia, sendo capaz de tomar suas próprias decisões em relação à sua vida. Basta que para isso ela não seja excluída da sociedade (GIRONDI, 2011).

Assim, apesar do Brasil ter hoje uma das melhores legislações voltadas para os direitos da pessoa com deficiência e apesar do próprio Ministério da Saúde reconhecer de 10% de pessoas com deficiência, apenas 2% recebem assistência à saúde (GIRONDI, 2011; PAGLIUCA, 2006).

Segundo Gerondi, (2011) as medidas de integração social ainda não foram adequadamente implementadas e fiscalizadas, o que poderia permitir a construção de ações conjuntas para prevenção de deficiências e facilitação da acessibilidade, possibilitando uma verdadeira inclusão social dessas pessoas.

Muitos estudos tem relatado as dificuldades encontradas por seus usuários quanto as questões arquitetônicas (SIQUEIRA et al., 2009; CAETANO, 2006; AMARAL et al., 2012; GARANHANI et al., 2010).

Num estudo realizado em 41 municípios brasileiros para avaliar as necessidades de saúde comuns aos idosos, foram constatadas como variáveis que contribuíram para perda da efetividade do cuidado: a desproporção entre a população a ser cuidada e o número de trabalhadores disponíveis, as barreiras arquitetônicas, a pequena proporção de serviços com protocolos específicos para essa população e a baixa oferta de serviços domiciliares (PICCINI et al., 2006).

Assim, apesar da implementação da Estratégia de Saúde da Família, ter se iniciado em meados dos anos 90, e ter objetivado contribuir para a construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), além de objetivar garantir uma mudança para o modelo assistencial a partir da atenção básica, priorizando, entre outros princípios, a integralidade nas práticas assistenciais, na qual a atenção do profissional apreenda as necessidades mais abrangentes do indivíduo, entre eles os idosos, ainda encontramos locais de atendimento não acessíveis, superlotados e sem adequada infraestrutura. Restringindo as ações de promoção e prevenção à saúde à algumas campanhas de vacinação, controle de hipertensão e diabetes (AMARAL et al, 2012.a).

Outro estudo chegou a mesma conclusão, em que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção esteve fortemente associada com a presença de barreiras arquitetônicas. A presença de escadas,

degraus altos, banheiros não adaptados, buracos e esgotos nas vias públicas constitui parte dos inúmeros exemplos que podem ser elencados. A inadequação das calçadas e áreas próximas às USF, que devem ser a porta de entrada aos serviços de saúde, resulta da precariedade da infraestrutura e também interfere no acesso aos espaços destinados a prestação de serviços (SIQUEIRA et al., 2009).

Dados similares foram constatado em população maior que 18 anos de idade também na cidade de João Pessoa, uma vez que 63,9% das pessoas com deficiência informaram que as barreiras arquitetônicas eram obstáculos no acesso à saúde (AMARAL et al., 2012b).

Isso quer dizer que a ausência e/ou ineficiência desses cuidados pode resultar numa possível condição de deficiência a esse idoso fragilizado, e ao deficiente físico. Tendo que o sistema de saúde ser cada vez mais eficaz e resolutivo, buscando-se alternativas inovadoras para aplicá-lo na prática cotidiana. As políticas públicas precisam ser discutidas e reformuladas (GERONDI, 2011).

Corroborando com o observado neste estudo, outra pesquisa encontrou dados semelhantes, onde foi observado que muitas USF são frequentemente instaladas em prédios improvisados, que estavam disponíveis nas comunidades e não apresentam uma construção específica para atender as necessidades de todos os usuários e mesmo dos profissionais que lá trabalham (FACCHINI, 2006).

Nesse sentido, Amaral et al. (2012b) aponta que 41,7% da população com deficiência da cidade de João Pessoa relata não ter adaptações nos locais de atendimento. No entanto, é sabido que os projetos de urbanização das vias públicas, dos parques e demais espaços deveriam ser pensados e executados com o objetivo de viabilizar o direito de movimentar-se com segurança às pessoas idosas, com mobilidade reduzida ou com deficiências.

Dessa forma, enfatizamos essa situação frequentemente encontrada não só no presente estudo, como em outros estudos realizados na atenção, numa tentativa de garantir o acesso universal no SUS, o qual depende da identificação de eventuais barreiras vinculadas a características e necessidades da população. Sua heterogeneidade remete necessariamente a outro princípio básico do SUS: a equidade, que pode ser definida como “ausência de diferenças sistemáticas potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente,

demograficamente ou geograficamente” (TRAD, CASTELLANOS, GUIMARÃES, 2012; FRENK, 1985).

Uma vez que além de ser um princípio do SUS, encontra-se presente também na Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes, garante a saúde como um direito fundamental do ser humano, e enfatiza a preservação da autonomia das pessoas, na defesa de sua integridade física e moral (BRASIL, 1990).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, aprovada no Brasil por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008 e do Decreto nº 6.949/2009, com equivalência de emenda constitucional, em seu texto reconhece que “a deficiência é um conceito em evolução... resultado da interação entre pessoas, barreiras atitudinais e ambientais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade, em igualdade de oportunidades” e ainda que, “as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível” e que cabe ao Estado Brasileiro “tomar todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 2014).

Acessibilidade é um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Deve estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na comunicação, inclusive nos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, como também nos serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural (BRASIL, 2014).

Os obstáculos são variados. Siqueira et al. (2009, p. 38) afirmam que as prevalências de barreiras arquitetônicas das UBASF's são preocupantes, pois a maioria delas não atende as normatizações para os idosos e aqueles que têm necessidades especiais no sentido de garantir que possam recorrer a estes serviços quando necessário, com total autonomia, sem ter que enfrentar dificuldades ou solicitar ajuda de outras pessoas. Citando como principais problemas os prédios improvisados e mal estruturados, a ausência de rampas e a falta de corrimãos, as instalações sanitárias e a inadequação das calçadas e áreas próximas às UBASF's. (SIQUEIRA et al., 2009).

Em sua pesquisa encontrou apenas uma das unidades compatível com o que a legislação aponta: acesso através de rampas com piso emborrachado

antiderrapante; barras laterais de apoio nos corredores, banheiros e salas de atendimento; trajetos para as diversos setores da unidade livres de obstáculos (escadas) para o acesso das pessoas que utilizam cadeira de rodas; todas as portas apresentando largura de no mínimo 0,80 m para garantir o acesso das pessoas que utilizam cadeira de rodas; banheiros adaptados, enquanto que as demais unidades apresentaram problemas arquitetônicos (SIQUEIRA et al., 2009).

Segundo Ribas, (2007) os direitos como acessibilidade, universalidade, integralidade ainda não estão sendo respeitados. Os locais de atendimento à saúde ainda não são adaptados conforme deveriam estar.

Outro problema observado, deu-se a questões relacionadas a imunização. Assim, apesar de todas as UBS afirmarem que oferecem o serviço de vacinação, em algumas unidades, esse é realizado uma vez por semana e em outras, apenas uma vez por mês. Estudo encontrou dados alarmantes, no qual mais de um terço das UBS brasileiras não apresentaram salas de vacina, sendo que a Região Norte é a mais comprometida, com mais da metade de suas UBS faltando sala de vacina em sua estrutura física. Pernambuco (90,44%) foi o Estado com maior proporção, enquanto que Roraima (31,85%) o de menor proporção (SILVA et al., 2015).

Outro problema encontrado foi quanto aos imunobiológicos, em algumas unidades encontravam-se vencidos, e em outras eles não estavam presentes, apesar das unidades afirmarem que realizavam a imunização. Outro fator preocupante verificado foi que em decorrência de queda de energia, os imunobiológicos eram armazenados em caixas térmicas ou na casa do responsável pela unidade de saúde.

A vacinação vem ocupando um lugar de destaque entre os instrumentos de saúde pública utilizados pelos governos e autoridades sanitárias. Vista como responsável pelo declínio acelerado da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis nas últimas décadas em nosso país, a vacina tem a finalidade de assegurar uma proteção específica ao indivíduo imunizado, sendo considerada, por muitos, responsável por salvar inúmeras vidas e evitar a propagação de uma série de doenças. O uso crescente da utilização dos imunobiológicos, no entanto, traz consigo a necessidade de garantir a qualidade desses produtos (MELO, 2010).

A situação encontrada nos em algumas unidades dos municípios visitados não condiz com o preconizado pelo Ministério da Saúde, uma vez que é fundamental

a presença dos imunobiológicos, a fim de contribuir para o alcance das coberturas vacinais e fortalecer o PNI. Sendo que, a integração entre a equipe responsável pelo serviço de vacinação e as demais equipes de saúde, no sentido de evitar as oportunidades perdidas de vacinar, dependem dessa regularidade na oferta das vacinas que compõem o calendário básico da criança (BRASIL, 2014; SILVA et al., 2015).

A falta de vacinas, seja por estarem vencidas ou não estarem presentes no local traz consequências irreparáveis e transtorno para os usuários do SUS. Um estudo em relação à disponibilidade de vacinas infantis na unidade frequentada pela criança, encontrou que 38,6% mães e/ou responsáveis referiram que em algum momento já tiveram que levar seus filhos para receber vacina em outra unidade de saúde (MODES; GAIVA, 2013).

A Rede de Frio é o sistema utilizado pelo PNI, que tem o objetivo de assegurar que os imunobiológicos disponibilizados no serviço de vacinação sejam mantidos em condições adequadas de transporte, armazenamento e distribuição, permitindo que eles permaneçam com suas características iniciais até o momento da sua administração. Alterações de temperatura (excesso de frio ou calor) podem comprometer a potência imunogênica, o que pode acarretar a redução ou a falta do efeito esperado. Os imunobiológicos, enquanto produtos termolábeis e/ou fotossensíveis, necessitam de armazenamento adequado para que suas características imunogênicas sejam mantidas (BRASIL, 2014).

Outro fator preocupante encontrado foi o armazenamento dos imunobiológicos, pois, como já referido, as quedas constantes de energia, inviabilizavam a existência de geladeiras nas unidades de saúde, por isso, seus responsáveis as armazenavam em casa. Tal prática não nos permite avaliar se a forma de armazenamento está de acordo com o preconizado pelo MS, aliado a isso, nas geladeiras que encontravam-se nas unidades de saúde, foi encontrado também teste do pezinho e copos descartáveis e outros plásticos, e insulina, práticas que são proibidas, uma vez que preconiza-se geladeiras de uso exclusivo dos imunobiológicos, visando impedir as variações de temperatura, evitar possíveis erros de imunização e contaminação dos imunobiológicos (BRASIL, 2014).

Além disso, segundo o MS, na sala de vacinação, todas as vacinas devem ser armazenadas entre +2°C e +8°C, sendo ideal +5°C, e o PNI recomenda a utilização de instrumentos que realizam o registro contínuo das temperaturas

máxima e mínima registradas nos equipamentos durante determinado período de tempo, tais como os termômetros de momento, com temperaturas com máxima e mínima, que podem ser digital com cabo extensor ou analógico, utilizado em refrigeradores domésticos e caixas térmicas de uso diário, porém instrumento não foi encontrado na maioria das unidades (BRASIL, 2014).

Em um estudo, foi verificado que 61,5% dos sujeitos da pesquisa não fazem o monitoramento da temperatura após o preparo da caixa térmica, especialmente pela falta de equipamento destinado a esta finalidade. Entre os que não realizam o monitoramento utilizando o termômetro de cabo extensor, 38,5% também não realizam a troca das bobinas de gelo reciclável no início da jornada de trabalho do turno da tarde. Alia-se a isso o fato de que 41% dos pesquisados não realizam a ambientação das bobinas de gelo. Estes fatores podem contribuir para a exposição dos imunobiológicos a variações de temperaturas que podem provocar a inativação dos componentes imunogênicos (MELO, 2010).

Os profissionais pesquisados demonstram conhecimento teórico do processo, mas não executam esse conhecimento na prática, por falta de infraestrutura nas unidades para a conservação adequada das vacinas, uma vez que foram verificados equipamentos com problemas (46,1% das geladeiras com inadequada condição de vedação) e a falta de equipamentos (termômetros). Dificuldades na gestão das atividades também impedem a prática adequada do processo de conservação de vacinas. Essas dificuldades de gestão decorrem da ausência de procedimentos operacionais padronizados ("procedimentos padrão") que possam ser verificados e monitorados através de um trabalho de supervisão, permitindo assim o controle das atividades e a minimização da dicotomia teoria e prática (MELO, 2010).

Os imunobiológicos são sensíveis a agentes físicos como a luz e o calor, especialmente por conterem na sua formulação antígeno e adjuvantes, que não podem ser submetidos a congelamento, nem a calor, pois estes aceleram a inativação das substâncias que entram na composição dos produtos (ARANDA, 2001; In: Sousa et al., 2006).

Estudo também realizado em municípios maranhenses encontrou que em 48,9% das portas das geladeiras havia produtos, tais como: vacinas (9,0%), diluentes (9,0%), frasco de medicação/insulina (13,6%), Teste do Pezinho coletado (27,2%), copos (22,7%), garrafas (13,6%), embalagem de vacinas (4,5%) e

alimentos (9,0%) opondo-se às normas do PNI que determina que as geladeiras devam ser específicas para vacinas e, que o fato de armazenar outros produtos repercute na manutenção da temperatura adequada para a conservação das vacinas em consequência da frequência em que o refrigerador é aberto (SOUSA et al., 2006).

Em relação as quedas de energia, 2,2% dos vacinadores não sabiam como proceder para manter conservados os imunobiológicos somados a 15,7% que não sabem como proceder quando a geladeira precisa de reparo. Diante disso, vemos que tal situação se repete nos municípios visitados por este estudo, uma vez que os visitantes levam os imunobiológicos para suas casas (SOUSA et al., 2006).

Corroborando com nosso estudo, Sousa et al. (2006) também detectou que as temperaturas máximas e mínimas mostraram-se inadequadas com temperaturas superiores a +8°C e inferiores a +2°C em 55,6% e 13,3% das UBS, respectivamente.

Outro estudo, também encontrou dados semelhantes, onde foi verificada a presença de material no painel interno do refrigerador em 83 (32,8%) refrigeradores, a insulina foi um dos objetos mais encontrados (OLIVEIRA et al., 2012).

O armazenamento de outros materiais no refrigerador de vacinas expõe as vacinas a mais riscos, tanto de contaminação, devido ao aumento da manipulação do equipamento, quanto de maior exposição à variação da temperatura. Ao abrir o refrigerador várias vezes há maior oscilação da temperatura (OLIVEIRA, 2014).

Algumas outras questões observadas foi a insatisfação quanto ao conforto, de acordo com Santiago et al., (2013) a quantidade e o conforto das cadeiras (54,2%) e a temperatura da unidade (46,1%) estavam mais relacionadas as reclamações dos usuários da Unidade Básica.

Outra situação verificada foi que apesar de serem realizado os serviços de vacinação, triagem, nebulização e curativos estes eram feitos geralmente na mesma sala, aliado a isso, algumas unidades não possuíam refrigeração, inclusive na sala de vacinação.

Outro estudo realizado em uma UBS também encontrou essa mesma situação. As instalações, em sua maioria, não eram adequadas. Castanheira et al., (2009) encontrou que nas unidades pesquisadas faltavam salas em número suficiente

para as atividades rotineiras, o espaço físico não é adequado à demanda, e as condições básicas de infraestrutura muitas vezes são precárias – faltam banheiros adequados, não há quantidade suficiente de cadeiras e bebedouros e ventilação não adequada.

Em nossas visitas algumas unidades apresentavam apenas as consultas de enfermagem, corroborando com essa situação encontrada por Castanheira et al., (2009) que encontrou que quanto aos recursos humanos essenciais, 32% do total das unidades relataram ter permanecido sem nenhum médico por algum período.

Ainda em relação aos insumos, bem como algumas vacinas, alguns medicamentos também estavam em falta, comprometendo a acessibilidade aos medicamentos. O acesso, no caso específico dos medicamentos, significa ter o produto adequado, para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar requerido pelo usuário. Ainda com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o seu uso adequado tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde (SCHENKEL, 2004).

Um estudo encontrou que de todos os pacientes que se encaminharam a Unidade Básica de Saúde, apenas 50,1% receberam todos os medicamentos prescritos e que quase metade dos entrevistados (49,9%) deixaram de receber pelo menos um medicamento (SIQUEIRA; GAUDARD, 2009).

A atual Constituição Brasileira e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 estabelece o direito de todos e o dever do Estado em prover o acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive no que diz respeito à assistência farmacêutica (SIQUEIRA; GAUDARD, 2009).

O acesso a medicamentos não deve ser restrito a disponibilidade do produto. Tratando-se de medicamentos exige articulações das atividades de assistência farmacêutica envolvendo todas as ações de atenção à saúde (SIQUEIRA; GAUDARD, 2009).

Outro problema verificado foi em relação a oferta do serviço de saúde bucal que verificou-se que algumas unidades não ofereciam o procedimento, essa situação é preocupante uma vez que a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) ocorreu no ano de 2000, e representou um novo aporte de recursos financeiros e a ampliação das redes de serviços em vários pontos do país. Sendo portanto, 10 anos

de inserção e no entanto, ainda encontramos algumas unidades não oferecendo esse serviço (BARBOSA; GALVÃO; MARTELLI, 2010).

Segundo Munkevis e Pelicioni (2010) essa inserção da saúde bucal no PSF trouxe alguns avanços, porém precisa ser constantemente reavaliada para realmente conseguir atingir suas principais propostas, como a integralidade da atenção, a equidade, entre outras.

A falta do serviço de saúde bucal pode ser decorrente da gradual implementação do serviço na ESF, onde em Santa Catarina no de 2007, apresentava 22 municípios sem o serviço de saúde bucal, caindo para 15 municípios em 2009 (COLUSSI; CALVO, 2011).

Contudo, de acordo com Munkevis e Pelicioni (2010) outros problemas podem estar relacionados ao serviço de saúde bucal, o principal deles a constante troca de dentistas na equipe, comprometendo o vínculo, assim como os critérios e prioridades nos atendimentos.

Esses mesmo autores defendem a avaliação da inserção da saúde bucal na ESF, a fim de que se consiga atingir suas principais propostas, como a integralidade da atenção, a equidade, entre outras.

Com relação ao processo de esterilização, chama-se atenção para o encontrado em algumas unidade de saúde, onde toda unidade dividia a autoclave do setor de odontologia e em algumas unidades só existiam as estufas. Estudo que teve como objetivo descrever a adequação da estrutura física dos centros de material e esterilização de atenção básica de saúde segundo as normas da ANVISA. Concluiu que muitas unidades ainda não estão compatíveis com a Resolução da ANVISA, em estrutura e dimensão, dificultando o processo de esterilização dos materiais e a qualidade da assistência prestada à comunidade. Tal fato torna-se preocupante uma vez que falhas nesse procedimento podem remeter a aquisição de doenças transmissíveis, dentre elas a Hepatite B (VITAL et al., 2014).

Dessa forma, objetivamos relatar nossa experiência na auditoria de UBS e avaliar segundo o que preconiza o MS, numa forma de identificar os pontos forte e fracos das UBS que atendem uma grande parte da população do maranhão, que encontram-se distantes da capital e que por isso servem como porta de entrada para os usuários do SUS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Detectar problemas e dificuldades não deve ser entendido como forma de julgamento, mas como forma de detecção de situações que devem ser identificadas e posteriormente melhoradas, superando lacunas e acabando com barreiras, visando melhorar o atendimento e acessibilidade dos clientes, seja no âmbito privado ou público.

Encontramos UBS com frequentes e graves problemas, principalmente voltados para a acessibilidade seja de idosos ou de deficientes físicos, impedindo que a lei orgânica 8080/90 seja corretamente empregada atendendo a todos os usuários de forma eficaz.

Outros problemas encontrados estão voltados para os imunobiológicos, inexistentes, vencidos, ou sem controle rígido de armazenamento.

Sugerimos que seja feito cursos de capacitação dos responsáveis pelas UBS, ensinando como deve ser o correto armazenamento dos imunobiológicos, tais como geladeiras de uso exclusivo, não por copos, outros plásticos, garrafas de água, insulinas etc., em parceria com as prefeituras e governo do estado, afim de que problemas com queda de energia sejam corrigidos e aqueles materiais que estejam em falta sejam comprados, tais como geladeiras, gelox, caixas térmicas, termômetros que marcam temperatura máximo e mínima.

Todos os problemas encontrados merecem atenção uma vez que sua permanência distancia os usuários do SUS, fazendo com que a descoberta de doenças sejam cada vez mais tardias, o que prejudica o tratamento e diminui a qualidade de vida daqueles que apresentam alguma morbidade.

Entendemos que são inúmeros os problemas enfrentados pelo nosso Estado, porém programas como o PMAQ – AB, trazem uma proposta pertinente que é a identificação dos problemas para posteriores soluções dos mesmos.

REFERÊNCIA

AMARAL, F. L. J. S. et al. **Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2991-3001.a.

AMARAL, F. L. J. S.; et al. **Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS.** *Cien Saude Colet* 2012;17(7):1833-1840.b.

BRASIL. Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8082 de 1992. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Seção1, p.18055 - 18059. In: **Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde** http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes_acessibilidade.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas de Auditoria.** Brasília; 1998.

BRASIL. **PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PNASS EDIÇÃO 2004/2005.** Brasília – DF 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/PNASS.pdf.a>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

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.a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS / Ministério da Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Departamento Nacional de Auditoria do SUS.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência.** Brasília (DF); 2006.c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília**: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4283 de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais.** DOU Seção I nº 251 pág.94-95. 31 dez 2010

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Auditoria do SUS: orientações básicas. Brasília, Departamento Nacional de Auditoria, 2011.** Disponível em: 13<http://sna.saude.gov.br/download/LivroAuditoriaSUS_14x21cm.pdf>. Acesso em: 08 Dez. 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). 2012.** Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=cidadao_pmaq2>. Acesso em 10 Set 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014**

BARBOSA, A. O.; GALVÃO, A. H.; MARTELLI, P. J. L. Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. Pôster 76 Saúde. **SBPC. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.** Pernambuco. 2010. http://www.sbpnet.org.br/livro/pernambuco/Poster-PDF/76_saude.pdf

BARZELAY, M. Instituições centrais de auditoria e auditoria de desempenho: uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OCDE. **Revista do Serviço Público**, abr./jun. 2002, ano 53, n. 2, p. 5-35.

BOTTI, M. L.; SCOCHI, M. J. **O Aprender Organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde.** **Saúde e Sociedade** v.15, n.1, p.107-114, jan-abr 2006

BRITO, A. C. B.; TRINDADE, K. J. M.; BARROS, M. M. A. A ABRANGÊNCIA DA PESQUISA DE AUDITORIA EM SAÚDE: um reflexo do SUS. **Revista Intertexto.** Ed. 24. 2014. Disponível em:<<http://www.revistaintertexto.com.br/adm/arquivos/Artigo-A%20ABRANG%20ANCIA%20DA%20PESQUISA%20DE%20AUDITORIA%20EM%20SA%20ADE-Edicao-24-2732014-H162018-AABRANG%20ANCIA%20DAPESQUISA%20DA%20AUDITORIA%20EM%20SA%20ADE.pdf>>. Acesso em: 9 Set 2015.

CAETANO, D. A. K. et al. **O idoso: Acessibilidade, conforto e segurança no atendimento odontogeriátrico.** **JBG J. bras. odonto**;2(5):47-53, abr.-jun. 2006. Ilus

CALEMAN, G., MOREIRA, M.L., SANCHEZ, M.C. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde.** São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. **Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência.** Saude soc. [online]. 2009, vol.18, suppl.2, pp. 84-88. ISSN 1984-0470.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M. **Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(9):1731-1745, set, 2011.

COSTA, M. S. et al., Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. **Rev Bras Enferm.** 2004;4(57):497-9

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring the criteria and standards of quality.** Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

FACCHINI, L. A. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica a Saúde.** Cien Saude Colet. 2006; 11(3):669-681

FONSECA, A. S. et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Revista O Mundo da Saúde.** 2005;29(2):161-8.

FRENK, J. **El concepto y medición de la accesibilidad.** Salud Publica Mex. 1985;27(5):438-53.

GARANHANI, M. R. et al. **Adaptação da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho.** Acta fisiátrica;17(4), dez. 2010.

GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S. M. A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):378-84

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 1980-2050.** Revisão 2008. Rio de Janeiro; 2010.

JOHNSTON, M.V. et al. **Neurobiology of hypoxic-ischemic injury in the developing brain.** Pediatr. Res., v.49, n.2, p.735-41, 2001.

LEMBCKE, P. A. **Evolution of the medical audit.** JAMA, Chicago, v. 199, n. 8, p. 543-50, Feb. 1967.

MELO, G. K. M.; OLIVEIRA, J. V.; ANDRADE, M. S. **Aspectos relacionados à conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife - Pernambuco.** Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2010, vol.19, n.1, pp. 26-33. ISSN 1679-4974.

MODES, P. S. S. A.; GAIVA, M. A. M. **Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2013, vol.17, n.3, pp. 455-465.

MUNKEVIS, M. S. G.; PELICIONI, M. C. F. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo: uma perspectiva do usuário. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.** 2010, 20(3)791-801

NORONHA F. M.; Salles D. M. T. **A ferramenta auditoria aplicada à odontologia.** CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 2004. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/2004/pdf/130.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

OLIVEIRA, V. C. et al. **CONSERVAÇÃO DE VACINAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:** Análise Diagnóstica Em Municípios Mineiros. *Rene.* 2012; 13(3):531-41.

OLIVEIRA, V. C. et al. **Avaliação da qualidade de conservação de vacinas na atenção Primária à saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.9, pp. 3889-3898.

PAGLIUCA, L. M. F. **Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde.** *Esc Anna Nery.* 2006;10(3):494-500.

PICCINI, R. X. et al. **Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde.** *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):657-67.

SANTI, P. A. **Introdução à auditoria.** São Paulo: Atlas; 1988.

RODRIGUES, V.A.; PERROCA, M.G.; JERICÓ, M.C. **Glosa hospitalares: importância das anotações de enfermagem.** *Arq Ciênc Saúde.*, v.11, n.4, p.210-4, out./dez., 2004.

RIOLINO, A. N.; KLIUKAS, G. B. V. Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário – uma ação inovadora. **Revista Nursing.** 2003;65(6):35-9.

RIBAS, João Batista Cintra. **As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira.** Brasília: Corde, 2007.

SANTIAGO, Renata Florêncio et al. **Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.1, pp. 35-44. ISSN 1413-8123.

SANTOS, L. C.; BARCELLOS, F. V. **Auditoria em saúde: uma ferramenta de gestão.** 2009. 9f. Monografia (Especialização em Gestão e Auditoria em Saúde pelo programa de pós-graduação *lato sensu*) - Centro Universitário Unieuro, Brasília.

SCHENKEL, E. P. Assistência Farmacêutica. In: Brasil MS, editor. **Saúde no Brasil, contribuições para agenda de prioridades de pesquisa.** 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 199-219

SIQUEIRA, F. C. V. et al. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 39-44.

SIQUEIRA, F.; GAUDARD, A. M. Y. S. Acesso aos serviços de Farmácia em atenção básica na SES-DF. Com. Ciências Saúde. 2009;20(3):211-218

SILVA, C. R. et al. **ACESSIBILIDADE AO IDOSO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:** Uma Revisão de Literatura. 2013. 16º CBCENF. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/anais.php?evt=11&sec=82&niv=6.1&mod=1&con=8870&pdf=1>>. Acesso em: 5 SET 2015.

SILVA, F. S. et al. **DISPONIBILIDADE DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DA CRIANÇA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO BRASIL: importância para o alcance e manutenção das coberturas vacinais no país.** 2015 <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/disponibilidade-de-vacinas-do-calendario-basico-da-crianca-nas-unidades-basicas-de-saude-do-brasil-importancia-para-o-alcance-e-manutencao-das-coberturas-vaciniais-no-pais.pdf>

SOUSA, F. G. M. et al. **CONSERVAÇÃO DOS IMUNOBIOLOGICOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: INVESTIGAÇÃO EM ÁREA URBANA DE UM MUNICÍPIO MARANHENSE.** 2006. Disponível em:<http://www.sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumo_383.html>. Acesso em: 10 OUT 2015

TRAD, L. A. B.; Castellanos, M. E. P. GUIMARÃES, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública** 2012;46(6):1007-13

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad Saúde Pública. 2004;20(2):190-8.

TRAVASSOS C. Fórum: equity in access to health care. **Cad Saude Publica.** 2008; 24(5):1159-1161

TEBOUL, J. **Gerenciando a dinâmica da qualidade.** Rio de Janeiro: Qualitymark/Fundação Dom Cabral, Rio de Janeiro; 1991.

VITAL, J. S. et al. ESTRUTURA FÍSICA DE CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(5):1192-200, maio., 2014

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico hospitalar.** Rio de Janeiro: Medsi, 2001.