

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

VANESSA LORA

**“EM OBRAS”: UMA HISTÓRIA SOBRE O PROGRAMA DE
REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Brasília
2014

VANESSA LORA

**“EM OBRAS”: UMA HISTÓRIA SOBRE O PROGRAMA DE
REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Monografia apresentada como
Trabalho de Conclusão de Curso,
requisito parcial à obtenção do título
de Especialista em Saúde Coletiva e
Educação na Saúde.

Professora Orientadora Dra. Jeane Félix da Silva

Brasília
2014

CROQUIS¹

A presente monografia contempla o Trabalho de Conclusão de Curso correspondente à Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este trabalho teve por objetivo contar uma história acerca de como surgiu o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Requalifica UBS. Trata-se de um estudo feito a partir da análise de documentos referentes ao Requalifica UBS e da observação participante no ambiente de trabalho como campo de formação. As Portarias que implantam e redefinem os componentes do programa serviram de documentos para análise descritiva no trabalho. Ademais, os relatos selecionados para serem apresentados durante a IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família compuseram o diálogo com o Programa Requalifica UBS que foi feito a partir da ótica da importância de uma boa infraestrutura e ambiência das UBS nos processos de trabalho que contribuem para o sucesso e avanço da Atenção Básica. A estratégia metodológica de observação participante foi utilizada para contar a minha visão do Programa, a partir das vivências que tive como especializanda do Departamento de Atenção Básica, sendo que para isso, recorri aos meus escritos registrados no diário de campo, bem como das conversas que tive com os colegas do Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP). Ao final do processo de escrita deste trabalho, observo que a criação do Programa Requalifica UBS, que repassa recurso para os municípios construírem, reformarem ou ampliarem suas UBS, possibilita a melhoria e a (re)qualificação de sua estrutura, readequando e ambientando os espaços e potencializando os processos de trabalho, promovendo mais saúde para a população em questão, além da satisfação dos profissionais no desempenho de seu trabalho.

Palavras-chave: Programa Requalifica UBS, infraestrutura, Ambiência.

¹O termo francês *croquis* costuma se caracterizar como um desenho de moda ou um esboço qualquer. O *croquis* é o registro gráfico de uma ideia instantânea. Utilizo esse termo para me referir ao resumo deste TCC.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

CGAA – Coordenação-Geral de Avaliação e Acompanhamento

CGAN – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

CGAD – Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

CGAT – Coordenação-Geral de Áreas Técnicas

CGGAB – Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

CGSB – Coordenação-Geral de Saúde Bucal

CIB- Comissão Intergestora Bipartite

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Equipe de Saúde da Família

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

GTEP – Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos

MS – Ministério da Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UF – Unidade da Federação

PLANTA BAIXA²

1. PEDRA FUNDAMENTAL	06
1.1 Topografia	09
1.2 Maquetes e Modelos	10
2. FUNDAÇÃO	12
2.1 Construção, Reforma e Ampliação	14
2.1.1 Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – <i>RequalificaUBS</i>	14
2.1.2 Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB	19
2.2 Ambiência: Promoção e qualificação do acesso às UBS – o sentido do que foi produzido	20
3. DECORAÇÃO DOS INTERIORES: UMA HISTÓRIA POR DENTRO DO “AMBIENTE QUE (RE)QUALIFICA”	29
3.1 Antes do Programa Requalifica UBS	29
3.2 A partir do Programa Requalifica UBS	31
3.3 Criação de um sistema de monitoramento das obras	34
3.4 No final da história...	38
4. ACABAMENTO	40
5. MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO	42

²Planta Baixa, termo utilizado para nomear o sumário deste trabalho refere-se ao desenho de uma construção feito, em geral, a partir do corte horizontal à altura de 1,5m a partir da base. É um diagrama dos relacionamentos entre salas, espaços e outros aspectos físicos em um nível de uma estrutura. Nesse, deve estar detalhadas o nome de cada ambiente e seu respectivo nível (HOUAISS, 2001).

1. PEDRA FUNDAMENTAL³

Contar algo pela primeira vez é um processo trabalhoso! Para tornar os dias – e as noites – de escrita mais divertidos, pensei em criar títulos para os capítulos que remetessem as etapas de uma obra. No fim, a alusão foi tanto ao Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde, como à construção desse documento, que traz uma história, meu conto, uma linha marcada com o seu início, a colocação da pedra fundamental em um canteiro de obras, até a conclusão.

A trajetória acadêmica e profissional que trilhei foi bem diversificada. Graduei-me em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria e obtive o título de mestre em Fisiologia no Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com enfoque em Biologia Molecular, Endócrina e Tumoral, trabalhando com análise de expressão gênica e proteica de leiomiomas uterinos. Cursei um ano de Farmácia na UFRGS e, tanto nas duas graduações como na pós-graduação, meu enfoque sempre foi o tema da Saúde da Mulher. Trabalhei em laboratórios de Histologia, Patologia e de Isquemia Cerebral e Neuroproteção. O que havia vivido, até aquele momento, era uma “vida de bancada”, com coletas de material e estudos experimentais.

No final do ano de 2010, fui “contaminada” pela Atenção Básica em Saúde Coletiva após ser selecionada para a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, atuando diretamente na assistência em Unidades de Saúde da Família e nas coordenações das gestões municipal e estadual, além da área de vigilância em saúde. Foi uma experiência totalmente prática e dinâmica, de aprendizado cotidiano.

Em meados de 2013, mudei-me para Brasília, após ser selecionada no processo seletivo da Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde da UFRGS, com atuação na gestão federal, mais especificamente, no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS). Essa nova vida tem sido bem

³O termo Pedra fundamental, "assinala, geralmente com solenidade, o início de uma obra importante" (HOUAISS, 2001), foi utilizado aqui para expressar o que essa parte do texto representa no todo, ou seja, ela explica minha trajetória, de onde vim e aonde quero chegar.

intensa e trabalhar na fonte da Atenção Básica (AB) foi algo que nem nos meus sonhos eu concebia!

A formação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde constituiu-se em um curso de pós-graduação lato sensu na modalidade “em serviço”. O programa educativo e de desenvolvimento foi uma proposta de articulação das áreas de conhecimento da “Saúde Coletiva” e da “Educação e Ensino da Saúde” com vistas ao “desenvolvimento tecnológico e extensão inovadora” nos termos da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), do Ministério da Saúde. A carga horária total da formação especializada em serviço foi de 2.880 horas-aula, organizada em momentos de concentração, de dispersão e de imersão prática no DAB e a duração do programa formativo foi de 12 (doze) meses (BRASIL, 2013a).

Na atuação como especializanda no DAB, observei que há carência de documentos técnicos e escassez de publicações científicas que compilem suas experiências e analisem suas ações. No cotidiano laboral do DAB, pude perceber (e vivenciar) que os/as trabalhadores/as elaboram muitos produtos, projetos e portarias, examinam processos e criam programas que servem de escopo para políticas de outros âmbitos da gestão, mas há pouco tempo para atividades de sistematização, reflexão e análise. Por essa razão, entendo ser importante estudar e escrever sobre uma das ações nas quais estive diretamente envolvida como especializanda durante a imersão no DAB, qual seja: o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Requalifica UBS.

No âmbito do DAB, uma das coordenações designadas para acolher especializandos é o Grupo Técnico de Gerenciamento e Projetos (GTEP)⁴. Essa foi a área na qual iniciei o processo de formação. Assim, dentre as frentes e áreas de trabalho que a coordenação abriga, acompanhei a área de Monitoramento e Avaliação das Obras do Requalifica UBS. Durante os quase três meses de duração do processo de formação⁵, acabei por me inserir e me interessar pelos processos de

⁴Atualmente, o Programa Requalifica UBS está estruturado em três frentes no GTEP: Equipe de Pareceres e Análise, que avalia e aprova as propostas cadastradas e faz orientações aos municípios quando há diligências; Equipe de Pagamento, que redige as Portarias de habilitação das propostas e libera o recurso para que o FNS efetue o pagamento; Equipe de Monitoramento e Acompanhamento das Obras, que acompanha e monitora as obras através do SISMOB.

⁵A primeira turma da Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde foi formada por 36 especializandos, sendo 16 cursistas (técnicos com vínculos diversos que já estavam trabalhando no DAB) e 20 bolsistas. Esses bolsistas foram divididos em dois grupos de igual número. O primeiro

trabalho da área. Em razão deste meu interesse, decidi estudar o Requalifica UBS e contribuir com a elaboração de um documento que sistematizasse o processo de constituição do Programa, refletindo sobre a importância dele para a melhoria da AB no país e tensionando alguns dos aspectos que, no meu ponto de vista, precisam de um olhar mais cuidadoso. Nessa direção, este Trabalho de Conclusão de Curso se propôs a responder as seguintes questões de pesquisa: “Como e por que surgiu o Programa Requalifica UBS?” e “De que modo o Programa Requalifica UBS contribui para a melhoria da qualidade na Atenção Básica?”.

Sendo assim, o presente TCC objetivou, inicialmente, construir um histórico do Programa Requalifica UBS. Especificamente, tive como objetivos apresentar a criação e evolução histórica do Programa Requalifica UBS e refletir sobre a importância do Programa para a Atenção Básica, considerando alguns dos seus impasses e potencialidades, como no caso, o olhar pelo viés da ambiência daquilo que foi e do que é construído.

Para tanto, utilizei os conceitos de Ambiência, conforme esse é proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde, também trabalhando com o olhar de uma qualificação e melhoria da AB. Além disso, trabalhei com documentos do DAB e de outras áreas do MS para responder aos objetivos deste TCC. Dessa maneira, partindo desse levantamento conceitual, busquei apresentar dados do início do programa, revelando a contribuição deste para a Atenção Básica, apontando, entre outros itens, o que o Requalifica UBS trouxe de suporte a melhorias das instalações das UBS nos municípios, assim como a agilidade no uso dos investimentos realizados, com a elaboração e implantação de um sistema próprio de monitoramento de obras.

grupo ficou em imersão por pouco mais de 5 meses nas Coordenações-Gerais de Gestão de Atenção Básica (CGGAB) e Acompanhamento e Avaliação (CGAA). Através de um sorteio prévio, o outro grupo ficou em duas, das outras cinco Coordenações-Gerais, que são: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB), Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD), Coordenação-Geral de Áreas Técnicas (CGAT) e Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP) por um período de quase três meses em cada. Depois desse período, havia um rodízio, e quem havia ficado 5 meses na CGGAB e CGAA experienciava 2 das outras 5 coordenações. Fiz parte do segundo grupo, estando imersa no GTEP e, logo após, na CGAD. Por fim, fiquei por cinco meses na frente da Estratégia e-SUS AB, na CGAA (BRASIL, 2013a).

1.1 Topografia⁶

As estratégias metodológicas que deram sustentação à construção deste TCC foram a análise documental (de portarias e políticas que se articulam ao Requalifica UBS) e observação participante (por meio dos manuscritos registrados durante a passagem pela coordenação em um caderno de campo).

A pesquisa documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008). Apresenta-se como um método de escolha e de verificação de dados, visa o acesso às fontes pertinentes e faz parte integrante da investigação (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). A pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Segundo Sá-Silva e colaboradores (2009), essa estratégia metodológica apresenta algumas vantagens. Há de se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados. Como esses documentos subsistem ao longo do tempo, eles se tornam a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica. Além disso, a pesquisa documental não exige contato com os sujeitos da pesquisa (é sabido que em muitos casos o contato com os sujeitos é difícil ou até mesmo impossível, solicitando aprovação nos comitês de ética em pesquisa como já citado). Em outros, a informação proporcionada pelos sujeitos é prejudicada pelas circunstâncias que envolvem o contato. Convém lembrar que algumas pesquisas elaboradas com base em documentos são importantes não porque respondem definitivamente a um problema, mas porque proporcionam diferente visão desse problema ou, então, hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios (SÁ-SILVA, ALMEIDA e GUINDANI, 2009).

Com relação à observação participante, trata-se de uma técnica muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele,

⁶ A topografia é o estudo dos princípios e métodos necessários para a descrição e representação das superfícies destes corpos, em especial para a sua cartografia (HOUAISS, 2001). Neste trabalho, representa os caminhos teóricos e metodológicos.

interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto estudado ao seu contexto (QUEIROZ *et al.*, 2007).

Assim, a pesquisa participante, que valoriza a interação social, deve ser compreendida como o exercício de conhecimento de uma parte com o todo e vice-versa que produz linguagem, cultura, regras e, assim, o efeito é ao mesmo tempo a causa. Outro princípio importante nesse tipo de observação é a possibilidade de integração do observador à sua observação, e o conhecedor ao seu conhecimento. O pesquisador analisa a realidade social que o rodeia, tentando captar os conflitos e tensões existentes e identificar grupos sociais que têm em si a sensibilidade e motivação para as mudanças necessárias (WHYTE, 2005). Uma autoanálise é, portanto, necessária e convém ser inserida na própria história da pesquisa. As entrevistas formais são muitas vezes dispensáveis, devendo a coleta de informações não se restringir a isso. Através de notas e manutenção do diário de campo a partir das conversas informais com a equipe do GTEP, fui observando como se dava o processo de trabalho e anotando sistematicamente, para realizar a análise no momento da escrita deste TCC.

Os documentos analisados neste trabalho são descritos na próxima seção deste trabalho.

1.2 Maquetes e Modelos⁷

Entre os documentos que compõem o material empírico deste TCC estão: portarias vinculadas ao Requalifica UBS, Política Nacional de Atenção Básica e atas de reuniões. Assim, as principais Portarias⁸ que compõem a análise aqui apresentada, são:

⁷ Trata-se da representação, em escala reduzida, de grandes estruturas de arquitetura ou engenharia, ou então o esboço em barro ou cera de uma estátua ou escultura (HOUAISS, 2001). Dei esse nome ao subtítulo, porque as portarias e os documentos têm esse espaço de esboço do pode ser realizado, concretizado.

⁸ As Portarias estão disponíveis no site <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/legislacao.php>

- Portaria nº 2.226/GM/MS, de 18 de setembro de 2009, que *Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.*
- Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011, que *Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma.*
- Portaria nº 2.394, de 11 de outubro de 2011, que *Institui o Componente Ampliação no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).*
- Portaria nº 339, de 4 de março de 2013, que *Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).*
- Portaria nº 340, de 4 de março de 2013, que *Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).*
- Portaria nº 341, de 4 de março de 2013, que *Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).*

Além da análise das Portarias, realizei uma busca no site da IV Mostra Nacional de Experiências de Atenção Básica/Saúde da Família⁹, sobre os temas “infraestrutura, ambiência e processo de trabalho”, tendo como resultado 27 relatos de trabalhos que foram aprovados, os quais tive o privilégio de ler e colorir esse trabalho com as experiências exitosas de diversas partes do Brasil.

Diante desse contexto, o trabalho apresenta-se dividido em dois capítulos e algumas considerações e análises de como me inseri e a descrição dessa imersão, para além de um trabalho com muitas citações. Vale lembrar que ele está “Em Obras” e todas as ampliações, construções e reformas são fundamentais para a sua “Requalificação”!

⁹Para saber mais, acesse o site <http://www.mostrasaude.net/listas-de-classificados-e-relatos-selecionados>. O grande evento, produzido pelo DAB em parceria com as secretarias de saúde e seus representantes, aconteceu entre os dias 12 a 15 de março de 2014, na cidade de Brasília/DF.

2. FUNDAÇÃO¹⁰

Desde sua criação, há mais de 20 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado nos propósitos de universalização, descentralização e ampliação de cobertura dos serviços de saúde, ordenando-se em níveis de atenção que apresentam a mesma relevância sob a compreensão de que a atenção à saúde precisa ser integral. O modelo atual proposto é o de construir redes de cuidado à saúde (BRASIL, 2011), passando do modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, para um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e, principalmente, contando com a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais da saúde (CHAMME, 1998). Nesse contexto, em 1994, foi criada a Estratégia Saúde da Família (BERTOLDI et al., 2009).

A chegada da ESF provocou melhora das condições de saúde de indivíduos e grupos sociais atendidos e grandes mudanças no cenário da saúde do país (BERTOLDI et al., 2009), sendo pertinentes e promissores os encontros entre profissionais e usuários, e o reconhecimento de possibilidades e vulnerabilidade vivida pelos grupos familiares (RESTA; MOTTA, 2005). A estratégia apoia-se na organização territorial para planejar sua atuação. Os serviços da Atenção Básica, principalmente a lógica de trabalho das equipes de SF, são relacionados ao conceito de que a saúde está construída de uma maneira que não possa ser separada da região em que o usuário habita (CEDEC, 2006).

A implantação da ESF é um marco na incorporação da estratégia AB da população brasileira. Em 2011, a Portaria nº 2.488 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

A estruturação da AB pela ESF, em consonância com a PNAB, avançou com a implantação em grande número das equipes de saúde da família, cuja sua

¹⁰ Denominei este capítulo de Fundação, porque ele traz a base da discussão do TCC, com as normativas em formato de Portarias e com os Relatos selecionados para o evento da IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família. A fundação é um termo utilizado na engenharia para designar as estruturas responsáveis por transmitir as solicitações das construções ao solo (HOUAISS, 2001).

estratégia envolve um conjunto de ações de natureza individual e coletiva, que se tem mostrado eficaz para a resolução de problemas de saúde da população e, ao mesmo tempo, tem propiciado um novo pensar e fazer saúde (BRASIL, 2011). Pelas características do trabalho desempenhado pelas equipes do ESF, foi necessário projeção de espaços físicos compatíveis com as atividades realizadas pelo referido programa, salas de grupos e reuniões de equipe para realização de atividades que envolvam a comunidade e planejar e discutir o processo de trabalho.

A PNAB objetiva promover a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e define princípios, financiamento, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho e atribuições dos profissionais, para esse nível de atenção. Inclui ainda as especificidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), determinada como modelo preferencial para a AB e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2011).

Nessa direção, o Ministério da Saúde tem a função de oferecer condições necessárias à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida à população brasileira (BRASIL, 2011). Nesse processo, a Atenção Básica foi gradualmente se constituindo como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Assim, a responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2011).

Dois dos principais desafios institucionais atuais do Ministério da Saúde são expandir e qualificar a Atenção Básica, por meio do aumento e estruturação das redes de Unidades Básicas de Saúde, que permitam a atuação das equipes na proposta da Saúde da Família (BRASIL, 2011). Além dessa atuação direta, a UBS tem também como função conhecer a realidade da população de sua responsabilidade através de diagnósticos epidemiológicos geograficamente localizados, no seu processo de reconhecimento de território ou territorialização.

Esses diagnósticos fornecem dados para organizar os serviços, estabelecendo vínculos, desenvolvendo ações educativas e intersetoriais, para desenvolvimento das ações em todos os níveis de atenção à saúde.

Desse modo, tanto a necessidade de melhorar as condições na estrutura física das UBS quanto de promover maior acesso da população à AB tornaram-se conhecidas após um levantamento, por meio de um questionário online, realizado pelo Departamento de Atenção Básica, para saber sobre a infraestrutura das UBS no Brasil¹¹. Tal levantamento indicou, dentre algumas informações que eram autorreferidas, as UBS alugadas, cedidas e próprias (nesses dois casos, com e sem documentação regular), a metragem mínima dos ambientes, e a data da última alteração estrutural da obra (quando ela foi construída, reformada ou ampliada). Partindo das respostas aos questionamentos, foi pensado em um programa que pudesse modificar esse cenário, sendo esse o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Programa Requalifica UBS.

2.1 Construção, Reforma e Ampliação

2.1.1 Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – RequalificaUBS

Na direção de estruturar e fortalecer a atuação da atenção básica, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Requalifica UBS – em todos os seus componentes (construção, reforma e ampliação). Por meio desse programa, o Ministério da Saúde propõe uma estrutura física mínima para as UBS, que devem ser acolhedoras, possuir os melhores padrões de qualidade e propiciar mudanças nas práticas das equipes de saúde (BRASIL, 2011c). Com isso, o Requalifica UBS tem como objetivo criar incentivo financeiro para a ampliação, construção e reforma de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2013b; 2013c; 2013d). Ademais, o Requalifica UBS se propõe a envolver também ações que visam à informatização

¹¹Informações fornecidas informalmente por profissionais que atuam na área de Monitoramento e Avaliação de Obras do Programa Requalifica UBS e que são responsáveis pela implantação do Programa, na ocasião da minha inserção como especializanda.

dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe (BRASIL, 2011a).

Antes desse programa, em 2009, já havia sido instituído o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde, através da Portaria nº 2.226. Tal plano tinha por objetivo criar mecanismos que possibilitassem o financiamento da construção de UBS como forma de prover infraestrutura adequada às ESF para a melhoria do desempenho de suas ações, além de estimular a implantação de novas equipes (BRASIL, 2009).

Com base na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a), essa Portaria definia os critérios elegíveis de seleção das propostas feitas para Construção, abrangendo todos os cenários de implantação, desde um município com menos de 50 mil habitantes até municípios maiores que 100.001 habitantes, descrevendo os portes de UBS a serem financiadas com relação ao número de equipes que ela abrigaria, além de estabelecer o valor do recurso financeiro que seria destinado.

Esse recurso era dividido em três parcelas, sendo 10% do valor total aprovado após a publicação da portaria específica de habilitação da proposta, 65% do valor após a apresentação da Ordem de Início de Serviço ratificada em Comissão Intergestora Tripartite (CIB) ¹² e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde, e 25% do valor após o atestado de conclusão.

Para pleitear a habilitação ao financiamento previsto no Plano Nacional de Implantação de UBS, o município interessado ou o Distrito Federal, além de atender aos critérios de habilitação estabelecidos nessa Portaria, deveriam cadastrar sua proposta no "Sistema UBS", do sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ¹³, informando, principalmente, dentre os itens descritos na Portaria, a localização da UBS a ser construída e o número de ESF a serem implantadas nesta UBS (existentes ou novas), e as comunidades a serem beneficiadas e o número de habitantes a serem assistidos nesta UBS.

¹²Conforme a legislação do SUS, as Comissões Intergestores pactuam a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito dos estados, vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.

¹³Vide site <http://www.fns.saude.gov.br>

Como anexo, a Portaria trazia informações para o planejamento e a definição da área física mínima e dos ambientes necessários em uma UBS, levando em consideração diversos fatores, tais como os fluxos de atendimento e as atividades mínimas a serem desenvolvidas em cada Unidade. A definição da área física mínima necessária estava descrita no quadro anexo na Portaria, sendo que a metragem mínima para uma obra de Construção era de 153,24m², contemplando o número mínimo de ambientes para o desenvolvimento das atividades preconizadas para equipes de Saúde da Família. Na época, já se era recomendado que se previsse a ampliação das áreas e existência de outros ambientes, com base nas atividades que a equipe poderia desenvolver e necessitar que o espaço pudesse ser ampliado para tal. As normas descritas no quadro anexo da Portaria obedeciam a Resolução RDC nº 50/2002 – ANVISA. As UBS financiadas deveriam, necessariamente, abrigar ESF.

Em 2011, foram lançadas duas portarias que traziam os componentes Reforma e Ampliação. A partir das Portarias nº 2.206, de 14 de setembro de 2011, com o componente Reforma, e a nº 2.394, de 11 de outubro de 2011, com o componente Ampliação, é que o Programa Requalifica UBS foi instituído¹⁴ (BRASIL, 2011a; 2011b). Mesmo com o lançamento dessas duas Portarias, a Portaria nº 2.226/2009 ainda vigorava e agora também compõe o Programa Requalifica UBS. Desse modo, todas as obras eram destinadas a abrigar ESF obrigatoriamente.

A Reforma de uma UBS consiste em alteração de ambientes, porém, sem acréscimo de área construída, podendo incluir as vedações e/ou as instalações existentes, substituição ou recuperação de materiais de acabamento ou instalação existentes. As UBS implantadas devem ser imóveis próprios do município ou a ele cedido por outro ente federativo, possuindo documentação regular e cuja metragem seja superior a 153,24 m².

Já o acréscimo de área a uma edificação existente ou mesmo construção de uma nova edificação para ser agregada fisicamente a um estabelecimento existente são as principais características de uma obra de Ampliação. O MS financia ampliação de UBS implantadas em imóvel próprio do município ou a ele cedido por

¹⁴Considerando resultado de pesquisa realizada através do cadastramento pelos municípios no site do www.qualificaubs.saude.gov.br sobre as condições atuais das Unidades Básicas de Saúde.

outro ente federativo, que possua documentação regular, e desde que seja ampliada a oferta de serviços ou o número de equipes. A ampliação da UBS não poderá atingir menos que o parâmetro recomendado pelo MS de 153,24m². Essa metragem mínima deverá ser considerada na elaboração do projeto.

Era apontado que, caso o custo das obras da UBS fosse inferior ao incentivo repassado pelo MS, a respectiva diferença no valor dos recursos poderia ser utilizada pelos municípios para o acréscimo quantitativo de ações já previstas na pré-proposta anteriormente encaminhada e dirigida exclusivamente à mesma UBS contemplada. Quando fosse uma situação contrária, onde o custo fosse superior, a respectiva diferença no valor dos recursos financeiros deveria ser custeada pelo próprio município. Com o término da ampliação da UBS, o município assumiria a manutenção preventiva do referido estabelecimento de saúde pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos como condição para continuar no Programa e, depois desse prazo, poderá receber eventuais novos recursos.

No ano de 2013, para uma nova seleção de propostas, foram lançadas as Portarias n^o339, n^o340 e n^o341, de 04 de março de 2013, redefinindo os Componentes de Ampliação, Construção e Reforma, respectivamente, do Programa de Requalifica UBS. As grandes alterações propostas por essas Portarias foram com relação aos prazos após os repasses das parcelas – “Das regras aplicáveis aos projetos habilitados no componente X do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde a partir de 2013” – que até então, não se tinha um controle. Inclusive, todas versavam sobre os prazos das seleções instituídas pelas Portarias anteriores – “Das regras aplicáveis aos projetos habilitados no âmbito do componente X do Programa de Requalificação de UBS até 2012” – e também as revogavam.

Os entes federativos que obtiverem financiamento para as UBS devem cumprir os prazos para execução e conclusão das obras e início do efetivo funcionamento das unidades. São nove meses, a contar da data de pagamento da primeira parcela do incentivo financeiro ao respectivo fundo de saúde, para apresentar os documentos necessários ao recebimento da segunda parcela.

O valor mínimo destinado pelo Ministério à ampliação de cada UBS é R\$ 50 mil reais e o valor máximo R\$ 250 mil. Para a construção de UBS em municípios

com até 50 mil habitantes, o valor repassado é de até R\$ 200 mil e, em municípios com mais de 50 mil habitantes, o valor é até R\$ 1,2 milhão. Para obras de ampliação e de reforma, o mínimo será R\$ 30 mil e o máximo R\$ 150 mil (BRASIL, 2013b; 2013d).

Caso o custo final da ampliação, construção e reforma da UBS seja superior ao recurso ministerial, continua valendo a regra das portarias anteriores, sendo a diferença do valor custeada pelo próprio município. Se o custo final for inferior, a diferença poderá ser usada pelo município para futura ampliação, construção e reforma.

O Fundo Nacional de Saúde faz o repasse dos recursos financeiros para investimento ao Fundo Municipal de Saúde ou ao Fundo de Saúde do Distrito Federal quando for publicada a portaria específica de cada modalidade. Para a Ampliação e Reforma, a primeira parcela é de 20% do valor total aprovado e a segunda é de 80%. A transferência de recurso das propostas de construção habilitadas a partir de 2013 continua ocorrendo em três parcelas, porém com % (porcentagem) das parcelas diferentes das habilitadas anteriormente:

- 1ª parcela: 20% do valor total
- 2ª parcela: 60% do valor total
- 3ª parcela: 20% do valor total

A transferência de recurso das propostas de construção habilitadas entre 2009 e 2012 continua ocorrendo conforme anos anteriores: 1ª parcela – 10% do valor total; 2ª parcela – 65% do valor total e 3ª parcela – 25% do valor total, mediante a ratificação pela CIB da Ordem de Início de Serviço e do Atestado de Conclusão.

Com a publicação das Portarias, mencionadas anteriormente, a Ordem de Início de Serviço e o Atestado de Conclusão (construção) não precisam mais ser ratificadas pela CIB. A partir de agora, a Ordem de Início de Serviço e o Atestado de Conclusão (construção) deverá ser encaminhada à CIB através de ofício, ficando o município com a obrigação de postar no Sistema o ofício que foi encaminhado à CIB. Vale ressaltar que essa nova definição é aplicada tanto para as propostas habilitadas antes de 2012, como para as novas.

2.1.2 Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB

O Monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento) (SANTOS-FILHO, 2014).

O Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB foi desenvolvido pelo Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP), do Departamento de Atenção Básica, com o intuito de monitorar todas as obras de engenharia e infraestrutura de UBS, Unidades de Pronto Atendimento e Academias da Saúde financiadas com recurso Federal, tornando-se uma ferramenta para o gerenciamento de todas as fases da obra.

Esse Sistema possibilita comparativos do planejado e do executado de cada obra, assim como suas fases e etapas, podendo o gestor acompanhar o cronograma pré-definido da obra, realizado por profissional especializado, com o andamento real, oferecendo uma visão financeira e executiva de toda a obra. Todo o histórico da obra juntamente com as imagens fotográficas poderá ser visualizado na série histórica que estará disponível no sistema.

Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados pelo SISMOB, ferramenta que possibilita ao gestor maior controle sobre o andamento das obras e, com os registros em dia, garante a continuidade dos repasses realizados pelo Ministério da Saúde. O SISMOB permite que o gestor seja sinalizado através de alertas quando alguma etapa da obra estiver em caminho crítico ou em atraso, facilitando assim a alimentação do sistema e melhorando a qualidade da informação. O monitoramento das obras é realizado pelos municípios e Distrito Federal onde deverão informar o andamento da obra no sítio eletrônico do DAB¹⁵, fazendo constar as seguintes informações:

- Cadastramento dos usuários do SISMOB (Prefeito; Engenheiro/Arquiteto e Técnico);
- Identificação da obra:
 - Localização da UBS a ser construída com endereço completo;

¹⁵ Vide site: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/>

- Coordenada geográfica do local da construção através de ferramenta disponibilizada no sistema de cadastro da proposta;
- Monitoramento da obra:
 - Projeto arquitetônico
 - Contratação da obra ou serviço de engenharia
 - Ordem de início de serviço
 - Execução da obra;
- Fotografias de cada etapa da obra nos seus respectivos estágios de andamento; devem ser anexadas um quantitativo mínimo de 5 (cinco) imagens das intervenções feitas no ambiente externo e interno da unidade. É importante observar que estas imagens devem ser dos mesmos ambientes e dos mesmos ângulos, demonstrando assim a evolução/melhoria em cada ambiente da unidade ao longo da obra. Há um manual, elaborado pela equipe do GTEP, disponível no site do DAB¹⁶, para auxiliar os gestores a fazer esse registro fotográfico mais fidedigno, próximo à realidade local, viabilizando a aprovação da proposta e pagamento das parcelas a serem repassadas.

O município deve acessar o sistema a cada 30 dias para informar a sua situação, mesmo que ainda não tenha iniciado as obras. Além disso, deve inserir fotos antes do início da obra e a cada etapa discriminada no sistema. Caso não tenha fotos anteriores, devem-se inserir as fotos da etapa atual.

2.2 Ambiência: Promoção e qualificação do acesso às UBS – o sentido do que foi produzido

Pelo que venho estudando, muito pouco pode ser encontrado nos documentos e observado nos relatos dos colegas de GTEP que justifiquem o uso da ambiência na história do Requalifica UBS. Quando se pensa nas portarias, nos projetos da obra e no seu desenvolvimento, fica na imaginação como o ambiente será formado, como será ocupado, que pessoas serão aquelas que adentrarão as salas, farão uso delas e darão vida e significado as paredes que foram levantadas.

¹⁶Vide : http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/MANUAL_FOTO_SISMOB_25022013.pdf

O meu desejo de inserir esse tema dentro da história do Requalifica UBS surgiu como um impulso romântico, daqueles que olham para a história chapada nos papéis e tenta dar um glamour, um enredo, uma alma. Haja vista que as portarias me pareciam ter muito a contribuir com a vida, mas pouca vida, sabe?

E em uma das primeiras conversas com minha orientadora, sobre o tema deste trabalho de conclusão do curso, quando ela perguntava “qual o sentido do programa? Por que o interesse em escrever sobre isso? O que você pode contar?”, falamos sobre o termo “ambiência”. Foi o sentido que faltava para iniciar a escrita. Quando fui, efetivamente colocar no papel o conto, após ler um texto enviado por ela sobre atitudes disparadoras, gatilhos para a escrita, a música “A casa”, de Vinícius de Moraes, veio à minha mente:

*“Era uma casa muito engraçada
Não tinha teto, não tinha nada
Ninguém podia entrar nela, não
Porque na casa não tinha chão
Ninguém podia dormir na rede
Porque na casa não tinha parede
Ninguém podia fazer pipi
Porque penico não tinha ali
Mas era feita com muito esmero
Na Rua dos Bobos número Zero”.*

(A Casa, de Vinicius de Moraes).

Naquele momento, não sabia exatamente o que faria com essa música no TCC. Assim, continuei na busca por artigos, pesquisando de documentos sobre o assunto ambiência, pensando ter feito uma grande analogia às condições nas quais encontramos algumas das UBS pelo Brasil. Mal sabia que a musiquinha de Vinícius já havia sido citada por Mirela Pessatti, arquiteta e consultora da Política Nacional de Humanização, cujo tema ambiência nos serviços de saúde faz parte da sua pesquisa de mestrado, de sua atual pesquisa de doutorado e de sua atuação

profissional. A interessante coincidência se tornou inspiração para essa parte do trabalho.

A Ambiência, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), é o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutive (BRASIL, 2006b). Esse conceito envolve questões relativas a conforto, privacidade, acolhimento, integração, espaços de “estar”, assim como espaços que propiciem processo reflexivo, inclusão e participação, em interface com os diversos assuntos que abrangem a PNH. Para compor a ambiência, os elementos como forma, cor, luz, cheiro, som, texturas, etc. (BRASIL, 2006b).

A PNH traz ainda que a ambiência se apoia tanto em aspectos subjetivos, como o bom gosto, variável entre as distintas culturas, quanto a aspectos objetivos, como a luminosidade, a amplitude ou o clima do ambiente. É o espaço organizado e animado que constitui um meio físico e, ao mesmo tempo, meio estético ou psicológico, especialmente preparado para o exercício de atividades humanas. Para além da distribuição espacial material, a ambiência denota um estilo de vida e se liga à apropriação, ao arranjo, ao embelezamento do espaço. Uma boa ambiência torna um espaço mais receptivo e propício ao convívio (BRASIL, 2006b).

Na área da saúde, o conceito de ambiência se liga à política de humanização dos serviços de saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde conceitua o termo a partir de três eixos (BRASIL, 2006b):

1. O espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho.
2. O espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... – e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social.
3. O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutive.

Se pensarmos a ambiência construída conceitualmente junto à PNH, entendemos que aquela também tem uma aposta ética-estética-política. Ética no sentido do comprometimento e corresponsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários. Estética porque inova na produção e valorização das subjetividades e da autonomia, procurando no protagonismo a descrição desta. Política porque permeia a inter-relação destes três atores no processo de produção de saúde (BRASIL, 2006b).

Porém, ambiência discutida isoladamente não muda o processo de trabalho – uma vez que esse está muito mais relacionado com postura e entendimento dos processos e práticas já instituídos e adotados na rotina pelos trabalhadores e gestores do setor de saúde. Ela precisa ser usada como instrumento construtor do espaço aspirado pelos profissionais de saúde e pelos usuários, e que se constitua de um ambiente que vai além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia (PESSATTI, 2008).

Segundo Pessatti (2008), pensar e projetar os espaços baseando-se no eixo ambiência, da PNH, seria como fornecer um ambiente confortável para todos os que fazem parte do processo de produção da saúde. Uma série de questões deve ser avaliada, desde cores, luzes e disposição de móveis, assim como oferecer privacidade e tratar cada sujeito respeitando suas singularidades e costumes. Planejar o meio ambiente dos serviços de saúde de forma humanizada facilitaria tanto o trabalho dos profissionais, como favoreceria a recuperação do paciente com acolhimento, um ótimo atendimento, atenção e bem estar. É importante ressaltar, porém, a importância de um planejamento conjunto entre usuários e profissionais que podem melhor avaliar e discutir que mudanças trariam benefícios mútuos.

Nesse contexto, o espaço físico de trabalho consiste num instrumento importante para “o fazer” em saúde, nos diferentes contextos das Estratégias de Saúde da Família. Tanto para os usuários quanto para os trabalhadores, é fundamental que o ambiente físico das unidades de saúde tenha estrutura e instrumentos suficientes para atender a demanda de trabalho e acesso à saúde, caso contrário, ambos os processos podem ser prejudicados (CRUZ, 2014).

Em seu estudo sobre as percepções de enfermeiros e a influência da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais, Pedrosa, Correia e

Mandú (2011) evidenciaram a necessidade de adequação da estrutura física e de melhoria na disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos importantes para uma assistência de qualidade à saúde da população. A estrutura física adequada é, nessa direção, fundamental para a qualificação do trabalho dos/as profissionais da AB (PEDROSA, CORREIA E MANDÚ, 2011).

Pensando em uma interface entre a Ambiência, a infraestrutura e o processo de trabalho, busquei de experiências exitosas que pudessem mostrar esse ponto de conexão e que tivessem sentido em ter um ambiente estruturado de trabalho. Para isso, lembrei-me de uma vivência que tive, durante a última Mostra de Atenção Básica/Saúde da Família, que reuniu trabalhos de vários lugares do Brasil, trazendo visões locais dos programas e políticas do MS implementados nos territórios municipais.

A IV Mostra foi um evento que valorizou as experiências cotidianas e estimulou o protagonismo local dos milhares de trabalhadores, gestores e usuários da Atenção Básica do Brasil. O encontro proporcionou espaços de intercâmbio de experiências, contribuindo com a reflexão e constante melhoria na produção do cuidado em saúde nos serviços que constituem o principal ponto de contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS): a Atenção Básica. Um dos eixos que compuseram a IV Mostra foi o “Eixo 2 – Ambiência e estrutura: acesso, qualidade e resolutividade”, onde 73 trabalhos foram inscritos e selecionados para as apresentações em diferentes formatos: 10 Cirandas de Experiências, 55 Pontos de Encontro e 8 Dedos de Prosa¹⁷.

Para este TCC, realizei uma busca pelo site da IV Mostra, na seção “Listas de Classificados e Relatos Selecionados”¹⁸, e utilizei as palavras-chave “infraestrutura, Ambiência e processo de trabalho” como filtro. A partir desse processo, obtive como resultado 27 trabalhos que foram apresentados no evento. Destes, apenas 6 relatos estavam completamente descritos e atendiam o filtro de palavras utilizado.

¹⁷A Cirandas de Experiências e os Dedos de Prosa foram rodas para a apresentação de relatos, organizadas a partir de eixos temáticos e com participação de um mediador convidado. Nestes espaços, cada trabalho contou com 20 e 10 minutos para ser compartilhado com os presentes respectivamente. Já os Pontos de Encontro eram espaços muito especiais de compartilhamento de experiências, concebidos para acolher 2500 autores de relatos, além de participantes que quiseram prostrar sobre os temas e experiências amostradas durante o evento.

¹⁸Vide site: <http://www.mostrasaude.net/listas-de-classificados-e-relatos-selecionados>

Um dos relatos inscritos trouxe a experiência de um grupo de acadêmicos do curso de Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual de Santa Cruz/Bahia, que participavam do PRÓ/PET-Saúde/Gestão, no âmbito da Educação Permanente (PAIXÃO, 2014). Segundo os autores, no momento da sua passagem pelo serviço de saúde, ele estava em reforma e a equipe foi realocada para um lugar provisório. Eles vivenciaram a dificuldade da equipe em efetivar os procedimentos de rotina ali realizados; suspensão de algumas atividades antes realizadas, como a imunização; exclusão da sala de curativos; insatisfação da população quando ao atendimento, por consequência, falho e a estrutura física improvisada, fatores esses que foram empecilho para o desenvolvimento do HumanizaSUS. Após a retomada ao local original de funcionamento, observou-se a melhora no atendimento, realização dos procedimentos de rotina e maior conforto a população quanto à estrutura física. O posicionamento da sala de espera, recepção, banheiros e consultórios contribuíram para melhor deslocamento da população dentro da unidade. A importância da ambiência foi evidenciada como dispositivo na nova estrutura, propiciando a melhora do processo de trabalho, visualizando o potencial do espaço para desenvolver atividades e para promover a integração social.

Moura e colaboradores (2014) relataram que a partir da ampliação e reforma da unidade básica de saúde Feliciano José de Moura, localizada no povoado de Felicianópolis, no município de Jaborandi/BA, foi possível oferecer um serviço de melhor qualidade. A Estratégia Saúde da Família Feliciano José de Moura foi contemplada com a reforma em 2011, e finalizada em 2012, com recursos também provindos da Secretaria Municipal de Saúde. Os consultórios foram ampliados, a sala de espera passou a contar com um espaço amplo e acessível, onde todos os usuários podem sentir-se acolhidos. Toda a estrutura foi repensada de acordo com os padrões exigidos pelo Ministério da Saúde. A UBS que antes não tinha um auditório, agora conta com um ótimo espaço físico para a realização de oficinas e reuniões com a comunidade. As atividades de educação continuada estão sendo realizadas periodicamente, em um espaço mais amplo, com crescente aumento da participação da comunidade. Isso impactou positivamente nas ações de saúde do território, com significativa mudança no processo de trabalho (MOURA, 2014).

Já o trabalho de Misorelli e colaboradores (2014) destacou as etapas que foram sendo desenvolvidas em equipe multiprofissional e com os conselheiros de

saúde para reformar a recepção e espaços internos do Centro de Saúde Antônio da Costa Santos, CS Conceição, localizado em São Paulo, a fim de dar novos fluxos de entrada dos usuários ao centro de saúde, por equipe de referência, áreas de abrangências e profissionais, e transformar o modo de operar o cuidado em equipe. Eles relatam que, antes da obra, os fluxos de trabalho não eram claros, não havia informações e sinalização dos espaços para orientar os usuários e trabalhadores nos espaços. A mesma sala, por vezes, era utilizada por mais de um profissional no mesmo turno para procedimentos diversos. Junto com a equipe, os conselheiros locais de saúde se prontificaram a fazer as reformas nos finais de semana e a estarem presentes ajudando a informar os usuários do novo funcionamento para melhor atendê-los. Na modificação física e funcional da sala da recepção, estava a criação das salas do acolhimento por equipe. As adequações no espaço físico da unidade provocaram mudanças no modo de operar conceitualmente as entradas dos usuários, ampliando “portas”, conforme as necessidades do usuário e as ofertas de cuidado. Eles ainda relatam que são grandes os desafios no sentido da melhoria da qualidade do acesso e atenção, mas que não é pouco dizer que o seu trabalho se tornou menos mecanizado para os trabalhadores, que o cuidado ao receber o usuário com sua queixa é mais humanizado, mais equânime e em equipe (MISORELLI e cols., 2014).

O relato apresentado por Cruz e colaboradores (2014), acerca das vivências como graduandos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, junto ao projeto PET-Saúde, traz um breve histórico da Unidade de Saúde da Família Divisa, localizada no Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal no município de Porto Alegre/RS. Essa USF conta com uma equipe que trabalha com uma estrutura física de espaços coletivos, salas e consultórios de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), além de também possuírem Espaço Aconchego mãe-bebê, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde, promover a qualidade de vida, assegurar o fortalecimento do vínculo mãe-bebê e a prática do aleitamento, por meio de um ambiente temático confortável e acolhedor. O estudo avaliou se a infraestrutura era compatível com os preceitos da PNAB e se ela era dimensionada adequadamente para proporcionar acesso e acolhimento conforme a Política de Humanização do SUS. Com isso, apontaram que a USF Divisa é uma exceção no universo de unidades e serviços de saúde que o município de Porto Alegre apresenta, porque

muitos desses ainda funcionam em casas alugadas, com escadarias inapropriadas, pouca luminosidade, às vezes como mofo, etc., em ambientes apertados, que muitas das vezes não proporcionam o sigilo do diálogo entre profissionais e usuários. Ratificaram ainda que ambientes adequados facilitam a realização de atividades de atenção, assistência, lúdicas, e de vivências junto aos usuários, além dessa forma ser exemplo de utilização responsável dos recursos da saúde.

Visando o acolhimento do usuário e equipe, acesso com qualidade e resolutividade nas ações, foi iniciada, no município de Pato Branco/PR, a reestruturação das Unidades de Saúde no perímetro urbano (FURLANETO, 2014). No ano de 2010, para ampliação da primeira unidade de saúde, foram utilizados recursos do município. Entre os anos de 2010 e 2012, o município foi contemplado com recursos do Ministério da Saúde para ampliação, reforma e construção. Em 2013, foram contemplados com 03 unidade de saúde porte III pelo MS e 01 Unidade porte 03 pela SES/PR, essas últimas ainda em processo licitatório. Furlaneto (2014) afirma que havia muitas dificuldades para manter as equipes atendendo no bairro. Foram alugadas casas residenciais e adaptadas para que o atendimento não fosse interrompido. Com apoio e comprometimento das equipes e da população, todas as Unidades de Saúde reestruturadas passaram a ser acolhedoras. Além da estrutura física, foram adquiridos móveis e equipamentos novos, com recursos próprios e recursos do Ministério da Saúde. As unidades de saúde citadas estão contempladas com equipes da Estratégia Saúde da Família, com conceito máximo no PMAQ. As ações de promoção e prevenção, antes realizadas em espaços cedidos pela comunidade, hoje são realizadas na própria unidade de saúde, pois todas contam com auditório em sua estrutura física (FURLANETO, 2014).

De São Bernardo do Campo/SP, Carlis e colaboradores (2014) relatam que, após o plano de reestruturação da rede física das Unidades Básicas de Saúde no município, que se deu início de 2010, foi possível também realizar uma reestruturação na rede de cuidados da Atenção Básica, possibilitando um novo modelo de gestão, pautado nas necessidades dos usuários e no cuidado a saúde da população. As unidades reformadas passaram a ter um padrão da estrutura com vistas a viabilizar ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação à saúde, além de favorável à participação popular. Com as “novas UBS”, conseguiram superar as argumentações das equipes sobre não ter espaços e equipamentos que

justifiquem a não aplicabilidade da lógica da atenção integral. A partir dessa mudança, as equipes puderam realizar a aproximação com a comunidade e a utilização desse espaço para o desenvolvimento de atividades no território, ampliando a corresponsabilização dessa comunidade no cuidado e no zelo com o equipamento. Para além do impacto na ambiência e no acolhimento dos usuários, que são diretrizes fundamentais da Política Nacional de Humanização, eles puderam observar a melhora significativa de alguns indicadores, principalmente aqueles relacionados ao Acesso. A experiência mostrou o quanto à estruturação da rede física da UBS possibilita a valorização do trabalhador e do trabalho realizado por ele e a legitimação desse equipamento como um espaço importante na produção do cuidado à saúde da população. As unidades estavam em péssimas condições de uso, muito trabalho a ser desenvolvido, mas não poderiam chegar aos objetivos sem passar pela estruturação e ambiência, pois identificaram que para a inclusão, há necessidade de espaços confortáveis, tanto para a população quanto aos trabalhadores (CARLIS, 2014).

Os relatos aqui descritos nos servem para ilustrar alguns dos efeitos da utilização das diretrizes da Ambiência nas Unidades Básicas de Saúde. O Requalifica UBS se configura como uma estratégia que viabiliza a melhoria dos ambientes das UBS e, isso implica em melhores condições físicas para as atividades de assistência, prevenção e promoção que são realizadas cotidianamente nesses espaços e que são preconizados pelas políticas discutidas através dos indicadores de saúde apontados e desenvolvidas pelas mais diversas áreas do Ministério da Saúde.

3. DECORAÇÃO DOS INTERIORES¹⁹: UMA HISTÓRIA POR DENTRO DO “AMBIENTE QUE (RE)QUALIFICA”²⁰

3.1 Antes do Programa Requalifica UBS

Até 2007, as Unidades Básicas de Saúde eram financiadas mediante os Contratos de Repasse ou Convênios realizados com a Caixa Econômica Federal (CEF). Muitas dessas modalidades de repasse de recurso ainda estão em análise ou têm pendências que vêm sendo acompanhadas pela equipe do GTEP. Cabe salientar que as obras iniciadas nesses tipos de modalidade de repasse ainda estão em vigor e continuam a ser monitoradas pelo DAB. Muitas não estão finalizadas e reajustes no processo ainda devem ser feitos para se adequar.

A forma de convênios e contratos de repasse de recursos são formas mais burocráticas, ou seja, é preciso que a CEF faça as medições e averiguações, para após prover o recurso. Caso houvesse algo diferente daquilo que estava preconizado, haveria bloqueios no prosseguimento da obra. Assim, esse processo tornava-se mais complicado porque não existiam Portarias designando o recurso mínimo e máximo, podendo uma obra, por exemplo, ser de reforma e ampliação no mesmo estabelecimento e o recurso repassado ultrapassar 1 (um) milhão de reais ou obras de construção de 1,5 milhão de reais²¹.

Nesse processo, por vezes moroso, poucas eram as opções de devolução do recurso por parte dos municípios, por essa forma de contratação feita com a CEF apresentar uma complexidade maior, com muitas exigências contratuais. Assim, quando não há finalização do projeto, as gestões que estão governando não conseguem concluir as obras e ficam com pendências para investimentos futuros.

¹⁹O *design de interiores* é uma técnica cenográfica e visual para a composição e decoração de ambientes internos (cômodos de casas, escritórios, palácios, etc.) (HOUAISS, 2001). Coloquei esse título por acreditar que a história contada, pelo meu olhar do todo, decora o trabalho que acompanhei, bem como o processo da arquitetura de decorar depois de pronta a estrutura externa.

²⁰Esse texto foi elaborado a partir das análises dos diários de campo produzidos durante os quase três meses que estive em contato com os técnicos do GTEP e das conversas informais e relatos que fiz das reuniões das quais participei como especializanda.

²¹Dados coletados a partir das conversas informais com os colegas do GTEP.

Visando facilitar esse processo, em 2009, foi criada, por meio da Portaria nº 2.226, a Política Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde. Essa Portaria versa apenas sobre o componente “Construção” (BRASIL, 2009).

A ideia da Política Nacional de Implantação era a expansão e melhoria das condições para as equipes de Saúde da Família. As UBS construídas deveriam comportar um número de equipes que o território solicitava e havia uma categorização em metragem mínima total de seus ambientes – o Porte da UBS – e valores que deveriam ser repassados para cada obra, dependendo da quantidade de equipes que lá trabalhariam, como já citado no capítulo 1.

Existiam normas que deveriam ser seguidas em todas as regiões do país, independente da diversidade de cenários encontrados. Além disso, não se vislumbrava o tipo, a qualidade e a procedência do material que poderia ser utilizado nas construções, ficando a cargo do município essa etapa de escolha. O sistema de cadastro de propostas era aberto e qualquer município poderia acessar e cadastrar sua proposta, sendo que atingir o número mínimo de m^2 era uma exigência importante. Por exemplo, uma UBS Porte I deveria ser, no mínimo, de 153,24 m^2 e comportaria 1 equipe, recebendo um repasse de mais de 200 mil reais. A metragem máxima total era de 253,28 m^2 , abrigando três equipes e sendo repassado um valor em torno de 400 mil reais. A metragem dos ambientes tinha como parâmetro as normas redigidas na RDC 50, de 2006, que versa sobre infraestrutura de estabelecimentos de saúde, a exemplo, um consultório deve apresentar um padrão de 9 m^2 .

Sendo assim, percebi que a citada Portaria apresentava algumas fragilidades na sua redação e apontava algumas diretrizes que não permitiam atingir as singularidades de cada município, de cada região, de cada composição de gestão, a exemplo de uma possível falta de equipe técnica para desenvolver projetos no território e interpretar as normas dos documentos, padronização da condução de processos licitatórios, condições climáticas, dentre outras. Penso que normatizações como essas podem ter deixado os municípios um tanto “desamparados”. Mesmo sabendo que eles são soberanos em suas decisões, pelo próprio processo de descentralização de ações de saúde, muitos deles não apresentam condições

mínimas para desenvolver alguns projetos, seja pela falta de capacidade técnica ou dificuldades na administração de seus recursos.

Entretanto, além da preocupação com a padronização dos ambientes, a Portaria 2.226/2009 (BRASIL, 2009) visava promover maior agilidade na forma de contratação e repasse do recurso. A partir dela, os municípios deveriam cadastrar suas propostas de Construção de UBS no Fundo Nacional de Saúde (FNS). Essas propostas eram analisadas, habilitadas em Portaria e os municípios contemplados receberiam pela modalidade de transferência Fundo a Fundo²². Logo após o recebimento do valor estipulado para aquele projeto, os gestores deveriam prosseguir com a obra e inserir a Ordem de Início de Serviço (OIS) no site do FNS. A meu ver, o processo promoveu um avanço na desburocratização da adesão; porém, não foi suficiente para que o município cumprisse todas as etapas para recebimento pleno de todo o recurso, porque não havia prazos para cumprir, além do acompanhamento das obras.

3.2 A partir do Programa Requalifica UBS

Em 2011, foi realizado o Censo das UBS com o intuito de realizar um levantamento das condições de infraestrutura, dentre outros critérios. Na ocasião, foi formulado um questionário simplificado disponibilizado online, no site do Programa Requalifica UBS, para saber como as UBS identificadas se apresentavam, para conhecer, por exemplo, se elas eram próprias, cedidas ou alugadas, se a documentação estava completa e regular, qual era a metragem total da UBS, qual havia sido a última modificação, qual o ano da construção e se a UBS já havia passado por alguma obra. Tais informações eram autorreferidas pelos gestores municipais. Esses dados mostravam um panorama das UBS que seriam substituídas, caso elas fossem alugadas ou possuísem documentação irregular. Além disso, se a UBS tivesse metragem discordante daquela mínima de 153,24m², preconizada pela Portaria, também haveria substituição por uma nova construção.

²²A transferência Fundo a Fundo consiste no repasse de valores de forma, regular e automático, diretamente do FNS para os Estados e Municípios e Distrito Federal, independentemente de convênio ou instrumento similar. Destina-se ao financiamento das ações estratégicas e serviços de saúde. Vide site <http://www.fns2.saude.gov.br/ConsultaFundoafundo.asp>

Também foram coletadas algumas informações das UBS que iriam fomentar uma solicitação de mais recurso para novas obras, mantendo as que já existiam e reformando aquelas que eram possíveis. A partir desse levantamento, dessa necessidade de melhoria das UBS já existentes e em condições, bem como de construir novas UBS com recurso do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)²³ em lugar daquelas defasadas, foi lançado o Programa de Requalificação de UBS – o Requalifica UBS – através da Portaria nº 2.206, de 2011, ampliando o escopo da Política Nacional de Implantação, com o componente Reforma. O componente Construção, que nasceu com a Política Nacional de Implantação de UBS, continuou em vigência, sendo agora tratado no âmbito do Programa Requalifica UBS.

Nesse processo, muitos eram os equívocos de entendimento, revelando um cenário complexo de informações desencontradas e escassas em todas as esferas de governo. Havia municípios que não conseguiam descrever sua infraestrutura, referindo metragem menor do que aquela anteriormente solicitada; outros desconheciam seu território, não sabendo informar quantas UBS no total existiam, muitos ainda não responderam e faziam parte do Programa Brasil Sem Miséria; outros não tinham documentação regular, travando a conclusão do preenchimento. Mesmo assim, ao final desse processo, cerca de 90% dos municípios conseguiu responder²⁴. A importância desse questionário era iniciar o monitoramento das obras e evitar uma possível e morosa devolução de recurso, além de fazer com que os gestores conhecessem sua realidade e solicitassem apenas uma nova obra que de fato seria útil. Cabe destacar que apenas poderiam cadastrar novas propostas aqueles municípios que tivessem preenchido o questionário, porque apareceriam sugestões de propostas de reforma para aquelas UBS em condições para tal.

Na publicização da Portaria nº 2.206/2011, foi contemplado o componente Reforma. Como não havia previsão de novos editais para solicitação de recursos para as obras, os municípios não puderam deixar passar o prazo para cadastrar

²³ Criado em 2007, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) promoveu a retomada do planejamento e execução de grandes obras de infraestrutura social, urbana, logística e energética do país, contribuindo para o seu desenvolvimento acelerado e sustentável. Em 2011, o PAC entrou na sua segunda fase, com o mesmo pensamento estratégico, aprimorados pelos anos de experiência da fase anterior, mais recursos e mais parcerias com estados e municípios, para a execução de obras estruturantes que possam melhorar a qualidade de vida nas cidades brasileiras. Vide site <http://www.pac.gov.br/sobre-o-pac>

²⁴ Dados internos coletados em conversas com colegas do DAB e anotados em caderno de campo.

propostas e acabaram por fazer a opção de reformar a UBS, mesmo não sendo essa a modalidade mais adequada.

Os tempos políticos apurados e a então falta de perspectiva de novos componentes para o programa atropelaram os prazos e as consequências das escolhas precipitadas refletem no processo de trabalho ainda hoje, quando os municípios não conseguem cadastrar novas propostas por estarem em diligência²⁵. Parece não ter havido momentos suficientes para uma reflexão mais aprofundada, com mais elementos para prever eventos adversos de informação e comunicação, prevenir possíveis falhas nos processos, bem como refletir sobre as possíveis consequências das regras oferecidas pelas Portarias, porque mesmo não havendo uma visão prévia, um mês depois do componente Reforma, foi lançada a Portaria nº 2.394/2011, que oferecia o componente Ampliação.

O risco que se apresentava, percebido pouco depois pela equipe do Requalifica UBS, era de que muitas das UBS condenadas, e que deveriam ser substituídas, solicitavam reforma por insipiência técnica dos gestores do município. Internamente, no GTEP, foi visto o grande número de desistências e de devoluções de recurso, o que poderia ser alvo de críticas ao demonstrar um despreparo do programa. Acontecia que o município formulava a proposta para receber o recurso do componente reforma, mas a UBS não tinha a metragem suficiente para se enquadrar como tal. E, com esse engano, havia o abandono das obras que receberam apenas o recurso da primeira parcela e não conseguiram se adequar e dar sequência a obra, devendo fazer devolução do recurso.

A urgência por obras finalizadas, bem como as pressões do cenário político, advinham dos prazos orçamentários e das metas pactuadas pela gestão federal. O Governo Federal lançou mão de fazer o investimento nas UBS com o recurso do PAC, sendo realizado um planejamento e pactuado metas que irão até 2017. Muitos dos projetos foram habilitados em Portaria, no final de 2010, e o recurso da primeira parcela repassado no início de 2011. Entretanto, para ser obra do PAC, ela deveria

²⁵Segundo o dicionário virtual *Houaiss*, **Diligência** significa, dentre outros, pesquisas, averiguações, buscas com objetivo de esclarecer qualquer assunto. Vide <http://dicionario.cijun.sp.gov.br/houaiss/cgi-bin/houaissnetb.dll/frame?palavra=dilig%EAncia>

atender alguns critérios, como estar dentro de regiões de extrema pobreza²⁶ e ser participante do Programa Brasil Sem Miséria²⁷.

As metas do PAC, pactuadas entre o MS e a Casa Civil, naquele momento, valeriam pela vigência dessa gestão. As propostas cadastradas foram habilitadas em Portaria em 2011 e o recurso da primeira parcela de todas as propostas de reforma e ampliação cadastradas foi pago no início do ano de 2012. Em números, a estimativa era de mais de 11 mil ampliações e 9 mil reformas até 2014. Inicialmente, com a implantação do programa, conseguiu-se em torno de 5 mil reformas e de outras 5 mil ampliações. Com relação às construções, mais de 3mil foram habilitadas na ocasião da apresentação da Política Nacional de Implantação de UBS.

Desse modo, a equipe do DAB precisou acompanhar as obras que já estavam em andamento para obter a informação de qual região estavam sendo construídas as UBS.

3.3 Criação de um sistema de monitoramento das obras

Até esse momento, era possível apenas analisar e dar parecer dos projetos das obras. O andamento e sua execução não tinham controle, tampouco, monitoramento de como estava a situação. Obras paralisadas, finalizadas e em funcionamento não eram devidamente acompanhadas.

A princípio, o Programa Requalifica UBS foi implantado para que apenas os municípios acessassem, deixando de fora a atuação dos estados sobre as obras.

²⁶Segundo o IBGE, no Censo de 2010, a linha de extrema pobreza foi estabelecida em R\$ 70,00 per capita considerando o rendimento nominal mensal domiciliar. Deste modo, qualquer pessoa residente em domicílios com rendimento menor (até sem rendimento) ou igual a esse valor é considerada extremamente pobre. Esta definição é de grande importância para o governo federal, e orientou a elaboração do Plano Brasil Sem Miséria, pelo MDS. O Plano foi elaborado considerando três eixos coordenadores das ações: transferência de renda; acesso a serviços públicos e inclusão produtiva. Vide site <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/>

²⁷O objetivo do Plano Brasil Sem Miséria é elevar a renda e as condições de bem-estar da população. As famílias extremamente pobres que ainda não são atendidas serão localizadas e incluídas de forma integrada nos mais diversos programas de acordo com as suas necessidades. O Plano Brasil Sem Miséria agrega transferência de renda, acesso a serviços públicos, nas áreas de educação, saúde, assistência social, saneamento e energia elétrica, e inclusão produtiva. Com um conjunto de ações que envolvem a criação de novos programas e a ampliação de iniciativas já existentes, em parceria com estados, municípios, empresas públicas e privadas e organizações da sociedade civil, o Governo Federal quer incluir a população mais pobre nas oportunidades geradas pelo forte crescimento econômico brasileiro. Vide site <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes>

Para corrigir de alguma forma, era preconizado que todas as propostas de obras passassem pela CIB, para o estado ter ciência e certificar, e só após encaminhavam-se para cadastro no FNS. Novamente, houve uma burocratização do processo.

Ademais, entre 2011 e 2012, o Governo Federal precisava prestar contas das obras do PAC e muitas delas estavam naquela situação irregular anteriormente exposta, em locais inadequados ou incompatíveis com objetivo idealizado de servir aos territórios que mais necessitavam.

Em meio a esse cenário de inconsistências das informações e dos dados, era necessário um instrumento que conseguisse avaliar, analisar, monitorar e acompanhar as obras de maneira organizada e objetiva, auxiliando os técnicos envolvidos no acompanhamento das obras, no GTEP. Nesse contexto, foi criado o Sistema de Monitoramento de Obras – o SISMOB. Com base em outros sistemas que já estavam em funcionamento no Ministério da Saúde, como o da FUNASA, e em outros Ministérios, como o da Educação, com o SIMEC²⁸ para monitoramento das obras de creches e escolas, a equipe foi desenvolvendo seu próprio software.

Para a elaboração do SISMOB, foram mapeadas junto a outros Ministérios, empresas com experiência no desenvolvimento de outros sistemas semelhantes. Contratar uma empresa para tanto se tornou inviável pelos custos orçados, segundo informações de colegas do GTEP, os valores giravam em torno de 1 milhão de reais. Diante disso, o melhor negócio era colocar a “mão na massa” e unir o conhecimento que se tinha na equipe do DAB. O desenrolar das fases de idealização, elaboração, apropriação, aprimoramento e desenvolvimento foi um processo intenso, rápido e também de poucas discussões, em virtude do atrasado da hora. As reuniões com os responsáveis pelos sistemas citados eram acompanhadas por alguns técnicos do GTEP e do Núcleo de Tecnologia e Informação (NTI) do DAB. No início, as telas eram projetadas baseadas nas imagens que eram apresentadas nas reuniões. Foi um trabalho manufaturado, artesanal e com um breve apoio de uma equipe de

²⁸SIMEC é o Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação. A ferramenta permite ao MEC planejar o orçamento público no que diz respeito aos gastos em educação do Governo Federal. Todas as etapas do ciclo orçamentário (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei orçamentária anual) são contemplados pelo sistema.

engenharia e arquitetura contratada para dar assessoria e suporte ao momento de criação.

Assim, se tentou trabalhar algumas lógicas de informação. A ideia inicial era que o sistema se automonitorasse, que saíssem alertas para os prefeitos, engenheiros e técnicos. A cada irregularidade encontrada no sistema, ele alertaria e não precisaria montar uma equipe de monitoramento, sendo que os técnicos trabalhariam apenas com a informação que o sistema apontasse, produzindo gráficos e mapas, para que também o estado, os conselhos de saúde e os parlamentares tivessem o acesso ao sistema, diminuindo assim a demanda interna. O monitoramento e a fiscalização ocorreriam dentro dos próprios municípios, garantindo que os conselhos municipais tivessem acesso ao SISMOB. Porém, não foi possível alcançar todas essas proposições devido, novamente, aos tempos políticos sempre atropelados...

O lançamento do SISMOB ocorreu em uma reunião com participação de representantes da presidência, onde foi apresentado o sistema ainda em processo de elaboração. Os técnicos haviam disponibilizado *online* e foi solicitado que os municípios já começassem a fazer uso da incipiente tecnologia, inserindo Ordem de Início de Serviço, fotografias das obras, documentos de licitações de empresas, dentre outros. O resultado dessa apresentação foi que o sistema havia contemplado as expectativas dos órgãos máximos de controle presentes, como a Casa Civil.

Nessa ocasião, a equipe foi parabenizada por ter desenvolvido um sistema em tão pouco tempo. Entretanto, o sistema estava com algumas falhas e em fase de construção, o que era comum para algo desenvolvido em tão pouco tempo. Naquele momento, não haviam sido feitos os testes necessários para acerto das regras e aprimoramento do sistema, apenas um plano piloto. Faltavam críticas para barrar informações inconsistentes que seriam alvo no futuro pelos órgãos de controle, como no caso da possibilidade de inserção de data de final anterior a data de início, ou obras finalizadas sem data de início. Tampouco havia um nome. E da derivação do significado do sistema, monitoramento de obras, foi dado um apelido que se tornou um nome oficial, surgindo a sigla SISMOB.

As etapas, os chamados módulos do sistema, foram sendo construídos à medida que o próprio sistema usado. Sugestões de inclusão de etapas foram sendo

apontadas pela Casa Civil a partir do momento que eles começaram a dar importância ao que foi criado, e aquilo que havia sido projetado como melhoramento foi deixado de lado para atender as demandas que a cada quinzena surgiam, quando o monitoramento das obras do programa Requalifica UBS eram pautas das reuniões. A lista de prioridades do desenvolvimento, melhoramento e aprimoramento de ferramentas do sistema ainda é grande. Aparentemente, quem mais sofre com essas faltas do sistema são as equipes que acompanham as obras no GTEP, porque a ausência dessas ferramentas que o SISMOB disponibilizaria influencia diretamente o seu processo de trabalho.

O que também preocupava os técnicos²⁹ era a demonstração de não entendimento pelos municípios no uso do sistema, que agregou informações que eram fornecidas até então para o FNS. A partir do momento que se oficializou a utilização do SISMOB, em 2012, as propostas passaram a ser cadastradas direto no site do sistema. Logo, em todas as etapas, desde o cadastramento da proposta, habilitação em Portaria, postagem dos documentos para serem analisados e pareceres para recebimento do pagamento, passaram a ser incumbências do SISMOB. Contudo, os gestores tinham dificuldades de, por exemplo, finalizar a proposta para que ela fosse analisada e seguisse o curso para pagamento e monitoramento.

Outra preocupação era com a equipe, que não estava preparada para analisar fotografias anexadas no sistema pelos municípios. Assim, começou-se a emitir diligência em muitas obras em andamento, ocasionando alguns atrasos nos pagamentos e a provocando a discussão do que iria ser analisado. Alguns dos questionamentos feitos diante do apontado foram: “uma foto no sistema que aparenta ser de ampliação, mas nos documentos foi solicitado reforma, o parecer seria desfavorável sem ressalvas?”, “deveria uma equipe ser deslocada para fazer vistoria, já que não havia profissional ‘da área para área na área’ com formação especializada?”, “como comprovar que o dado apresentado é fidedigno?” e “a republicação das Portarias é uma saída?”.

²⁹Segundo as informações obtidas em conversas informais com colegas do GTEP e anotadas em caderno de campo.

Entretanto, ainda com todos os percalços, o SISMOB e, conseqüentemente, o Programa Requalifica UBS (do qual o sistema o complementa) tornaram-se referências no MS. As fotos, que se apresentam anexadas no sistema, apontam para um avanço na AB nos municípios. O ambiente revelado nas imagens é, muitas vezes, de uma população carente que poderia se beneficiar, e muito, com o avanço da Atenção Básica representado pelas UBS ampliadas, construídas ou reformadas, e as imagens foram estimulantes para a continuidade do trabalho “bruto” desenvolvido longe da sua finalidade. Na fotografia das etapas da obra, desde o início – mostrando o terreno ou a parte a ser modificada por uma reforma ou ampliação – até a conclusão com a UBS já em funcionamento, também é possível visualizar o cuidado que o gestor teve na infraestrutura, na arquitetura daquela obra, a satisfação de inaugurar aquela UBS. Além disso, o SISMOB auxilia no monitoramento das obras dos CAPS, UPAS e da área da Pessoa com Deficiência, demonstrando a proporção conquistada pelo sistema. Atualmente, devem ser postadas as informações de obras de UBS, de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Academia da Saúde e de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Com relação às UBS fluviais, a ideia é que elas também sejam cadastradas no SISMOB. Por enquanto, são 64 projetos de 2011 a 2013 voltados às populações ribeirinhas, mas que estão sendo monitoradas por sistemas de Convênios de Repasses.

3.4 No final da história...

Como perspectivas futuras para realinhar as ações do Requalifica UBS, promover inserção em discussões com as áreas internas e externas e para auxiliar na resolução dos problemas até agora trazidos, neste ano, foram criados grupos de trabalho (GT) internamente às equipes do DAB, tais como:

- *GT Comunicação e Informação*, que irá produzir vídeos e manuais, aprimorando as formas de comunicação com os gestores, fazendo com que eles entendam o melhor o funcionamento do sistema;
- *GT das Diligências* para solucionar reincidência para facilitar a redação e aprovação dos processos e projetos;
- *GT de Interlocução com os Estados* juntamente com os Apoiadores Institucionais da equipe CGGAB, aproximando a incipiente e frágil

relação entre as coordenações dentro do próprio DAB e, a partir dos problemas levantados, se traçarão estratégias para melhorias no processo de trabalho.

Serão fóruns para discutir como as ações já foram implantadas, que o momento pede um (re)planejamento, assim como para tentar dirimir os problemas enfrentados. É importante esse alinhamento para fortalecer as parcerias dentro do DAB e, como finalidade geral, ajudar no esclarecimento e repasse de informações aos municípios, contribuindo ainda mais para as tão citadas melhoria e (re)qualificação da Atenção Básica.

O Requalifica UBS, assim como todo o seu processo de acompanhamento e monitoramento, está em pleno processo de construção. Trata-se de um programa recente, cuja história está sendo construída nesse momento. Por essa razão, outras histórias devem ser contadas sobre o Requalifica, ajudando na sua ampliação e nas possíveis e necessárias reformas que deverão vir.

ACABAMENTO³⁰

O Requalifica UBS, em sua origem, veio da necessidade de ampliação e estruturação da Atenção Básica – não só da Estratégia Saúde da Família – com vistas à qualificação e fortalecimento do processo de trabalho, porque além do que já foi descrito, muitas UBS e seus equipamentos estavam obsoletos e sucateados.

Considerando a responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelo financiamento do SUS, no processo de descentralização, os municípios têm autonomia para promover a sua Atenção Básica, ficando apenas a cargo desses a melhoria das condições estruturais de saúde. Muitas vezes, eram casas alugadas, com ambientes domiciliares, sem uma estrutura que abrigasse, nas condições mínimas preconizadas pelas normatizações vigentes, uma equipe e seu processo de trabalho, e essa esfera de gestão não apresentava recursos financeiros tampouco técnicos para promover as mudanças necessárias.

Ao observar os relatos apresentados durante a IV Mostra, percebi o quão é importante modificar um ambiente para reorganizar o processo de trabalho e promover saúde. Logo, mesmo que incipiente em alguns lugares, o repasse de recursos pelo MS através do Programa Requalifica UBS contribui para a estruturação, o fortalecimento e a continuidade do modelo de atenção à saúde do país – a Atenção Básica, revelando que a estrutura física da UBS é facilitadora da mudança das práticas das equipes de saúde.

Por fim, acredito que as reflexões produzidas neste estudo me foram potentes para compreender a complexidade de fatores fundamentais para garantirmos uma atenção básica de qualidade. Assim, as análises aqui produzidas podem oferecer aporte histórico e teórico para discussão sobre o tema proposto. Além disso, este TCC poderá indicar algumas pistas para outras pesquisas e levantamento de informações sobre os componentes do Programa Requalifica UBS, desde sua implementação, bem como elementos para reflexão sobre suas condições da

³⁰Acabamento é o resultado de um ato finalizador de um trabalho de construção civil, mobiliário, vestuário, artes plásticas, fabrico de livros ou outro tipo de atividade(HOUAISS, 2001). O título representa as Considerações Finais que faço ao Programa Requalifica UBS.

implantação e possibilidades de aprimoramento do programa. Esse é um tema recente e que ainda carece de outros estudos e pesquisas.

MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO³¹

BERTOLDI, A. D. et al.. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. **Health Policy**, v. 89, n. 3, p. 295-302, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física de Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009. **Institui o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família**. Brasília. 2009. Republicada em 20 de novembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. **Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma**. Brasília. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.394, de 11 de outubro de 2011. **Institui o Componente Ampliação no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Brasília. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Processo Seletivo Público – Edital nº 01/2013: **Formação em Saúde Coletiva e Educação na Saúde – Especialização em Serviço**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Faculdade de Educação/Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde. Porto Alegre, 2013a. Disponível em: www.educasaude.org. Acesso em: 28 de fevereiro de 2013.

³¹Material de construção é o nome genérico por que se designa diversos produtos utilizados na construção civil (HOUAISS, 2001).É uma paródia as referências que utilizei na construção do trabalho.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 339, de 4 de março de 2013.
Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 340, de 4 de março de 2013.
Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 341, de 4 de março de 2013.
Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

CARLIS, S.; et al. **Uma revolução na Saúde: O Impacto de uma nova modelagem das UBS na produção do Cuidado em São Bernardo do Campo.** In: IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, 2014, Brasília, DF. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: inserir o site. Acesso em 02 de julho de 2014.

CELLARD, A. **A análise documental.** In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

Centro de Estudos em Cultura Contemporânea - CEDEC. Consórcio Medicina USP. **Inquérito com Usuários e Profissionais, Percepção dos Gestores e Estudos sobre o Trabalho no PSF.** São Paulo: Consórcio Medicina USP, p. 129-172, 2006.

CHAMMÉ, S. J. **Saúde e Organização Social.** Marília: UNESP, Faculdade de Educação, Filosofia, Ciências Sociais e da Documentação. 1998.

CRUZ, A. N.; et al. **Vivência do Projeto PET-SAÚDE – Observatório dentro de Unidade de Saúde da Família Divisa – O espaço físico colaborando com os processos de trabalho.** In: IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, 2014, Brasília, DF. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: inserir o site. Acesso em 02 de julho de 2014.

FURLANETO, T. M. **Ambiência e estrutura física: acesso, qualidade e resolutividade na estratégia saúde da família.** In: IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, 2014, Brasília, DF. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: inserir o site. Acesso em 02 de julho de 2014.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001.

MISORELLI, R.; et al. **A reestruturação do espaço físico: recepção, salas de acolhimento. Resgate do trabalho em equipe.** In: IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, 2014, Brasília, DF. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: inserir o site. Acesso em 02 de julho de 2014.

MOURA, C. S.; et al. **Reestruturação física da ESF Feliciano José de Moura e seu impacto no processo de trabalho.** In: IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, 2014, Brasília, DF. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: inserir o site. Acesso em 02 de julho de 2014.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciências, Cuidados e Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, 2011.

PAIXÃO, L. S.; et al. Ambiência: caráter social do espaço físico. In: IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, 2014, Brasília, DF. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: inserir o site. Acesso em 02 de julho de 2014.

PESSATTI, M. P. **A intercessão arquitetura e saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2008.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde, **Revista da Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2007

RESTA, D. G.; MOTTA, M. G. C. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. Especial, p. 109-15, 2005.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, 2009.

SANTOS-FILHO, S. B. Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na Atenção Básica e Hospitalar. **Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência**. [online] Disponível na internet via http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_5.pdf . Acesso em 10 de julho de 2014.