

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**WALTER FLAUSINO FIDELES JÚNIOR**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA NÚMERO 81 DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM -  
MG**

**BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS**

**2015**

**WALTER FLAUSINO FIDELES JÚNIOR**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA NÚMERO 81 DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM-  
MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização Estratégia Saúde da  
Família. Universidade Federal de Minas Gerais,  
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Kátia Ferreira Costa  
Campos

**BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS  
2015**

**WALTER FLAUSINO FIDELES JÚNIOR**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS DA EQUIPE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA NÚMERO 81 DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM-  
MG**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Kátia Ferreira Costa Campos – UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araujo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:02/02/2015.

## RESUMO

A acessibilidade ao Sistema Único de Saúde-SUS é tema constante em congressos e conferências. São vários os fatores que corroboram com a sua viabilidade e vários que caminham em sentido contrário. O atual modelo de acolhimento, parte do processo de trabalho das equipes, pressupõe a reorganização da oferta e a responsabilização dos usuários e profissionais de saúde, a fim de que seja integralizado o cuidado. Por meio da realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Vila Pedreira Santa Rita, no município de Contagem, foram constatados vários problemas. Dentre esses foi eleito como prioridade a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde devido ao processo de trabalho falho, altamente excludente e outros fatores que dificultam a acessibilidade. Para tanto, foi traçado como objetivo elaborar plano de intervenção para a melhoria do acesso à saúde dos usuários e comunidade, na Unidade de Saúde Vila Pedreira Santa Rita, no Município de Contagem/MG. Como método foi utilizado os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Como resultado do processo de planejamento obteve-se o plano de ação com três projetos a serem executados, contando com a parceria do Conselho Local de Saúde, com compromisso da gestão municipal perante esse e a equipe.

**Palavras-chave:** Acessibilidade; serviços de saúde; Planejamento Estratégico

## **ABSTRACT**

The Brazilian Unified Health System- SUS accessibility is a constant theme on congress and conferences. There are many factors contributing to its availability and many others which go backward. The current reception sample, a piece of teamwork, presupposes the offer of reorganization and the users and health workers accountability, for the purpose of the health care integralization. With the situational diagnosis from the comprehensiveness area of the Health Unity Vila Pedreira Santa Rita, on Contagem city, were listed many problems. Among these problems, it was elected priority the difficulty of health services population access due to the team's scant work system, highly forbidding and other factors which contribute to the accessibility limitation. So, the objective is to create an intervention plan in order to improve the health services access to users and community in Vila Pedreira Santa Rita, on Contagem/MG. The method was the ten steps from the Situational Strategic Plan. Resulting from the planning we get the action plan with three projects to be executed, with the partnership of the Local Health Council, with the commitment of the municipal administration before that and the team.

**Keywords:** accessibility; health services; Strategic Planning.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DEA	Desfibrilador Automático Externo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Atendimento Imediato
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde.....	23
Quadro 02- Plano de ação.....	27

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	09
2 OBJETIVO .....	18
3 METODOLOGIA.....	19
4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	21
5 PLANO DE AÇÃO.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS .....	31
ANEXOS.....	33



# 1 INTRODUÇÃO

Existem na literatura, diferentes vertentes que contam a história de criação do município. A síntese da história oficial, conforme divulgada pela Prefeitura Municipal de Contagem (PREFEITURA DE CONTAGEM, 2014), foi considerada para esse trabalho.

A história de Contagem se divide em três grandes momentos. O marco inicial foi a instalação de um posto de fiscalização no Sítio das Abóboras, no início do século 18. Em 1897, a capital foi transferida para Belo Horizonte e impulsionou o crescimento de Contagem. Em 1941 a instalação da Cidade Industrial moldou as feições que o município assumiu nos anos seguintes.

No período do Brasil Colônia, a vida em Minas decorreu sob o signo da mineração. Para manter o controle sobre a atividade econômica, a Coroa Portuguesa instalava postos de fiscalização e arrecadação chamados postos de registros. Um desses postos foi instalado na região conhecida como Abóboras. Em torno desse posto, surgiu um pequeno povoado e a população ergueu uma capela para abrigar o santo protetor dos viajantes, São Gonçalo do Amarante. Foi assim que surgiu o arraial de São Gonçalo da Contagem das Abóboras, uma homenagem ao Santo e uma referência à contagem das cabeças de gado, de escravos e mercadorias para serem taxadas.

Contagem foi transformada em município em 30 de agosto de 1911, pela Lei nº 556. Antes disso pertenceu à Comarca do Rio das Velhas, distrito do município de Sabará e, em 1901 foi vinculada à Santa Quitéria, atual Esmeraldas. Por contingências políticas, Contagem perdeu sua autonomia administrativa em 1938, tornando-se distrito de Betim. A Lei nº 336, de 27 de dezembro de 1948, restaurou a autonomia administrativa da cidade.

A cidade foi emancipada em 1911. Mas a primeira eleição para a Prefeitura só ocorreu em 1949. Durante duzentos anos, de 1701 a 1901, Contagem esteve ligada a Sabará. Alguns fatos pavimentaram a caminhada de nossa cidade à condição de município.

A partir de 1901, Contagem passou a integrar o recém criado município de Santa Quitéria (hoje Esmeraldas), composto também pelos distritos de Capela Nova (Betim) e Várzea do Pantanal (Ibirité). Essa decisão, registrada pela Lei 02 de 1891, teve, aparentemente, alguma conotação política.

Finalmente, a cidade foi emancipada de Santa Quitéria e elevada à condição de vila. A emancipação foi sancionada pela lei 566, de 30 de agosto de 1911, aprovada graças à ação decisiva do então senador Bernardo Monteiro. Faziam parte do novo município, chamado Vila de Contagem, os distritos de Várzea de Pântano (Ibirité), Campanha, Neves e Vera Cruz. A instalação formal do município, entretanto, só ocorreu em 1 de junho de 1912, data marcada por uma grande festa popular.

O primeiro prefeito de Contagem, Antônio Benjamim Camargos, foi nomeado por Getúlio Vargas com a revolução de 1930, que mudou a organização do sistema municipal brasileiro. Já a primeira eleição direta para a Prefeitura de Contagem aconteceu apenas em 1949. Na ocasião, menos de 800 eleitores compareceram às urnas. Luís da Cunha, o prefeito eleito, obteve 461 votos, contra 307 de seu adversário.

A criação do Parque Industrial, mais tarde denominado Cidade Industrial, em Contagem, foi a primeira e principal medida resultante desta nova política. A região foi escolhida por ser vizinha da capital, por apresentar um relevo suave e ter boas condições de acesso às estradas que ligam Minas Gerais ao Rio de Janeiro (445 km) e a São Paulo (600 km). Além disso, tratava-se, à época, de uma área pouco habitada, com vastas extensões de terrenos que poderiam ser adquiridos dos fazendeiros endividados. Finalmente, a escolha pouparia Belo Horizonte, considerada a "Cidade Jardim" do Estado.

A vizinhança com Belo Horizonte e a industrialização, garantida pela energia da Cemig a partir de 1952, trouxeram resultados positivos para a cidade. Contagem cresceu, prosperou, ganhou importância econômica e se transformou na segunda maior do estado em número de habitantes.

No entanto, o processo de urbanização e desenvolvimento econômico de Contagem, como de resto de todo o Brasil, se deu de forma bastante desorganizada.

A expansão urbana e a ocupação dos terrenos disponíveis, ocorreu a partir do loteamento de áreas de chácaras e fazendas sem o devido planejamento e regularização dos imóveis. Grande parte do município foi loteada sem as condições básicas para construção de moradias ou empresas (serviços de água, luz e esgoto, por exemplo). Por outro lado, a construção da Cidade Industrial valorizou a região, encareceu os terrenos e empurrou os migrantes, atraídos pela oferta de empregos nas indústrias, para as áreas alto risco geológico – sujeitas a inundações, deslizamentos de encostas, afundamentos, etc.

Esse processo, caótico e determinado por razões as mais variadas, contribuiu para que Contagem se tornasse uma cidade onde não há boa ligação entre os bairros. Muitos deles estão mais voltados para a Capital, em termos de trabalho, de comércio e de lazer, do que para o município. É o caso daqueles da região da Ressaca, que surgiram a partir da valorização dos terrenos devido à ocupação da Pampulha, em Belo Horizonte.

Nos últimos anos, o Brasil superou os grandes entraves ao crescimento sustentado da economia: a inflação foi controlada, o país equilibrou suas contas externas, tem grandes reservas em dólar e voltou a crescer com distribuição de renda a partir de 2004. Essa nova situação propiciou ao município, em parceria com os governos Federal e Estadual, resolver problemas antigos da cidade, nas áreas de infraestrutura de trânsito e saneamento, na manutenção dos espaços públicos, na habitação, e nas políticas sociais de educação, saúde e segurança pública. Além de dinamizar a economia e gerar mais empregos.

Hoje, Contagem é a 3<sup>a</sup> mais rica de Minas Gerais e a 2<sup>a</sup> na geração de empregos. Maior que muitas capitais, Contagem já é a 25<sup>a</sup> cidade mais rica do país.

Mas apesar do lugar que ocupa a cidade não está pronta e os desafios são ainda enormes. Entre eles está a construção de um sistema de saúde melhor; a universalização da educação infantil, do ensino médio e da qualidade do ensino; a ampliação da infraestrutura para a continuidade do desenvolvimento local; as melhorias ambientais, através, por exemplo, do tratamento dos esgotos; a consolidação das finanças municipais. Desafios que devem ser enfrentados com planejamento, otimismo, esperança e celebração destes 100 anos de emancipação.

O município de Contagem- MG pertence à região metropolitana de Belo Horizonte (21Km de distância oficial). O prefeito é Carlos Magno de Moura Soares, o secretário municipal de saúde é Ronaldo Tadeu dos Santos, o coordenador da Atenção Básica é Carlos Antônio dos Santos e a coordenadora da Atenção à Saúde Bucal é Fernanda Carvalho.<sup>1</sup> A população estimada pelo IBGE em 2013 foi de 637.961 habitantes. A área total do município é de 195.268 km<sup>2</sup>, com concentração habitacional de 3267,1 hab/km<sup>2</sup>. O número aproximado de domicílios é de 184.909, com 174.238 famílias em zona urbana e 601 famílias em zona rural (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,756 (alto PNUD/2010), com taxa de Urbanização de 99,7% e Renda Média Familiar de R\$793,26 per capita. O PIB em 2010 foi R\$14.869.758,980 mil, enquanto o PIB per capita foi R\$24.070,88 (IBGE, 2014).

Sobre o sistema de abastecimento de água tratada, temos 99,4% de famílias com rede de abastecimento; 0,5% de famílias com poço/nascente e 0,2% de famílias com outros meios. Quanto ao recolhimento de esgoto por rede pública, temos 83,5% de famílias com rede de esgoto; 11,5% de famílias com esgoto por fossa e 5,0% de famílias com esgoto a céu aberto (BRASIL, 2014).

As principais atividades econômicas são o comércio (30,65%) e a indústria (25,71%), e atualmente integra a matriz produtiva da indústria de transformação mineira, destacando-se nos segmentos de metalúrgica, química, de refratários, máquinas, equipamentos e material elétrico, eletrônico e comunicações. As atividades de serviços e o comércio atacadista despontam como propulsores da economia local nos anos de 2010. A complexidade de sua matriz produtiva reflete-se nos resultados do PIB de 2009 - da ordem de 15,4 bilhões de reais, equivalente a um produto per capita de 24,6 mil reais - assegurando-lhe a 4ª posição na participação do PIB estadual (5,4%) e a 3ª no contexto metropolitano (15,2%) nesse ano (PREFEITURA DE CONTAGEM, [2014]).

A taxa de crescimento anual é de 1,14%; a densidade demográfica é de 3090,33 e sobre a escolarização<sup>5</sup>, temos: 94,38% de alfabetizados, acima de 15 anos e média de 6,5 anos de estudo, para faixa etária acima de 25 anos e em 2000, o município apresentava 6,96% de população em situação de pobreza: indigentes – ganho per capita de até ¼ do salário mínimo vigente e 18,75% da população em situação de pobreza: indigentes – ganho per capita de até ½ do salário mínimo vigente (IPEA, 2013).

De acordo com a coordenação da atenção básica do município, estima-se que, pelo menos, 56% da população é usuária do SUS.

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 16 conselheiros, sendo oito titulares, quatro trabalhadores e quatro gestores, além de 16 suplentes. A eleição da mesa diretora do conselho municipal ocorre uma vez por ano. São realizadas reuniões mensais. Segundo nota divulgada pela prefeitura, o orçamento destinado à saúde em 2011 foi de R\$ 175 milhões (PREFEITURA DE CONTAGEM, [2014]).

A Estratégia Saúde da Família no município apresenta: 96 equipes de SF credenciadas pelo Ministério da Saúde; cobertura: 307.400 (51,71%); 19 equipes de saúde bucal; 08 equipes de NASF tipo 1 cadastradas no sistema e 08 equipes de NASF tipo 2 credenciadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

A unidade básica de saúde é a porta de entrada do usuário ao SUS e realiza predominantemente atendimentos de baixa complexidade. Urgências e emergências são referenciadas às Unidades de Pronto Atendimento, após contato prévio. Casos de alta complexidade e difícil manejo são referenciados aos centros de consultas especializadas. Não há contrarreferência dos pacientes encaminhados.

Apresenta como redes de média e alta complexidade: Centro de consultas especializadas IRIA DINIZ; 11 laboratórios para coleta de exames; 12 Farmácias Distritais; Hospital Municipal; Maternidade Municipal; Pronto Socorro Geraldo Pinto Vieira; SAMU; Saúde do Trabalhador; Serviços Odontológicos; UAI Nova Contagem - Unidade Atendimento Imediato; UAI Petrolândia - Unidade Atendimento Imediato; UAI Ressaca - Unidade Atendimento Imediato; Unidade Básica Saúde - Industrial; Unidade Básica Saúde - Petrolândia; Unidade Básica Saúde - Ressaca; Unidade Básica Saúde - Sede; Unidade Básica Saúde - Vargem das Flores; Unidade de Consultas Especializadas Ressaca; Unidades Básicas de Saúde - Eldorado; Unidades Básicas de Saúde - Nacional e 04 Unidades de Saúde Mental(PREFEITURA DE CONTAGEM, [2014]).

Dados da coordenação de atenção básica, estimam que há aproximadamente 4.000 profissionais que atuam em saúde pública no município. Os médicos apresentam vínculo temporário, por concurso público, por meio do Programa de Valorização de Atenção Básica-PROVAB ou por meio do programa Mais Médicos do governo federal. Segundo o IPEA, em 2000 havia 0,2 médicos para cada 1000 habitantes e 42,7 enfermeiros para cada 1000 habitantes (IPEA, 2013).

O número de família e de habitantes, adscritos na área de abrangência da equipe 81, USF Vila Pedreira Santa Rita são, respectivamente, 816 famílias e 2980 habitantes. O nível de alfabetização médio é de ensino fundamental incompleto. 95% da população acima de 15 anos é alfabetizada e 100% das crianças entre 7 e 14 anos estão matriculadas em escola.

Há predomínio da economia informal. De acordo com o consolidado realizado pelas agentes comunitárias de saúde, os principais postos de trabalho, em ordem de prevalência, são: pedreiro, vendedor, motorista, doméstica, auxiliar de serviços gerais, costura, metalurgia.

Em geral, vivem em situação de intensa fragilidade social, em ambiente hostil, com alto índice de violência e tráfico de drogas. Predomina-se o mercado informal, sem vínculo empregatício, com muitas famílias assistidas pela bolsa família. Aproximadamente 18,2 % dos usuários possuem algum plano de saúde.

Outros recursos presentes na comunidade são: uma creche, duas escolas públicas, uma escola privada, um centro popular para realização de atividades físicas, inúmeras igrejas, quatro laboratórios particulares, uma Unidade Básica de Saúde referência (administração de vacinas e realização de eletrocardiogramas), uma farmácia distrital. Não há hospital ou Unidade de Pronto Atendimento na região. O laboratório do SUS situa-se em bairro afastado.

A comunidade se situa no setor industrial de Contagem, em área de intenso comércio. Há energia elétrica e água em todos os domicílios. Na região encontra-se todos os tipos de prestação de serviços.

- Horário de funcionamento da unidade: segunda à sexta-feira: 8h00 às 12h00 e 13h00 às 17h00. A equipe é composta por:
- Um médico: terça à sexta-feira: 8h00 às 12h00 e 13h00 às 17h00.
- Uma enfermeira: segunda à sexta-feira: 8h00 às 12h00 e 13h00 às 17h00.
- Uma técnica de enfermagem: segunda à sexta-feira: 8h00 às 12h00 e 13h00 às 17h00.
- Um secretário administrativo: segunda à sexta-feira: 8h00 às 12h00 e 13h00 às 17h00.
- Três agentes comunitários de saúde: segunda à sexta-feira: 8h00 às 12h00 e 13h00 às 17h00.
- Uma profissional de serviços gerais: segunda à sexta-feira: 8h00 às 12h00 e 13h00 às 17h00.

A Equipe de Saúde da Família Vila Pedreira Santa Rita possui população adscrita de 2980 usuários. A unidade situa-se no setor Industrial de Contagem. Os moradores vivem em

situação de intensa fragilidade social, em ambiente hostil, com alto índice de violência e tráfico de drogas.

O principal problema identificado na comunidade foi a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde. A unidade se localiza fora da área de abrangência dos usuários, tendo os mesmos que se deslocarem grandes distâncias, por caminhos íngremes e com alto índice de violência urbana.

A agenda é altamente restritiva. O acolhimento é realizado apenas no período da manhã, sem triagem, com atendimento máximo de seis pacientes. Dessa forma, há relatos de usuários que tiveram que passar a noite no portão da unidade na tentativa de conseguir consulta médica no dia seguinte. Durante as tardes eram realizadas seis consultas agendadas. Os pacientes que não conseguiam atendimento eram orientados a procurar a UPA.

A unidade apresenta infraestrutura precária: funcionamento no fundo de um barracão alugado, onde reside uma família com animais de estimação no andar superior e funciona um bar no pátio frontal. O excesso de ruído proveniente tanto do bar como da família e dos animais interfere na qualidade dos atendimentos. Não há rampas de acesso para deficientes físicos. Quando necessário, os profissionais da equipe ou mesmo outros usuários têm que ajudar a entrada de cadeirantes.

Soma-se a ausência de sala de vacina, dispensação de medicamentos e serviço de odontologia sendo os usuários são encaminhados para outra unidade. Não há sala de observação e os usuários que necessitam de medicamentos com necessidade de observação são encaminhados à UPA. Inexistem bala de oxigênio e DEA e há poucas drogas de emergência disponíveis. A sala de curativo apresenta defasagem de material, sem ventilação e não tem disponibilidade de expurgo separado. O número de consultórios é insuficiente, havendo apenas dois cômodos adaptados para o funcionamento dos mesmos, sendo um utilizado para atendimento médico e o outro para enfermagem.

Durante os atendimentos do NASF, os atendimentos do médico ou enfermeira da unidade são suspensos para uso do consultório, por não existir sala de reunião. Toda a unidade apresenta pouca ventilação, paredes mofadas e ausência de lavabo.

A técnica de enfermagem realiza triagem e atendimentos na cozinha. A cozinha também serve de espaço para as reuniões de equipe e os trabalhos internos das agentes comunitárias de

saúde. Há um banheiro para os pacientes e um banheiro para os funcionários. Ambos, em mau estado de conservação e sem janelas.

O corredor de espera dos usuários é insalubre com presença de excesso de ruídos e poeira provenientes da reforma do bar, odor fétido devido problemas nos encanamentos da unidade, esgoto a céu aberto e fezes dos animais dos moradores.

Há pragas urbanas, sendo ocasionalmente encontrados na unidade ratos, baratas e morcegos. O bebedouro para os usuários é localizado na área de serviço, onde há odor fétido devido ao problema hidráulico supracitado e ao lado do local onde é realizado o expurgo.

Em contraste com o restante das unidades do município, a recepção não é informatizada e apresenta prontuários organizados de forma que o acesso ao mesmo depende exclusivamente do usuário portar o cartão da unidade durante a acolhida. E acresce-se o fato de não ter reposição de materiais permanentes pela gestão, como cadeiras, utensílios de cozinha, móveis, dentre outros, sendo as reposições são realizadas por meio de doações dos funcionários ou dos usuários.

No processo de planejamento, após a explicação do problema selecionado para o Plano de ação, dificuldades de acesso, foram escolhidos os nós críticos para realização do presente projeto de intervenção, sendo: processo de trabalho da equipe restritivo; infraestrutura precária da unidade de saúde, ficando prejudicada a acessibilidade.

De acordo com Lira (2009, p. 03):

“A palavra acessibilidade deve ser compreendida não apenas como o acesso à rede de informações, mas também como a eliminação de barreiras arquitetônicas, de comunicação e de acesso físico, equipamentos e programas adequados, bem como conteúdo e apresentação da informação em formatos alternativos. (...) Em outras palavras: a acessibilidade é compreendida como o direito inalienável do ser humano de ocupar espaços efetivos de participação na sociedade, sem que para isso precise negar a si mesmo”<sup>6</sup>.

A acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção, e nesse sentido o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível para não postergar e afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema de saúde (SHIMAZAKI, 2009).



A acessibilidade pode ser analisada através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários e de acordo com Starfield(2002), envolve:

- A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.
- A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.
- A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e a aparência do serviço, a aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

O acesso à atenção a saúde é importante, pois reflete nos indicadores de saúde. Evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e a melhores resultados de saúde e custos totais mais baixos. (STARFIELD, 2002). Nesse sentido se dá a relevância do projeto de intervenção.

A proposta deste projeto se justifica pelo fato de que uma ação conjunta da equipe, gestão e comunidade, irá contribuir para aumentar as possibilidades para a melhoria no acesso dos usuários. A partir de mudanças nesse contexto, serão viabilizados outros recursos, os quais permitirão avanços direcionados a outras frentes de intervenção, como a promoção de saúde.

Espera-se com o plano de ação contribuir para a melhoria do acesso dos usuários à unidade de saúde e sua integração no sistema como um todo, uma vez que a acessibilidade da comunidade apresenta problemas que comprometem, em todos os sentidos que o termo nos traz, conforme abaixo especificado.

## **2 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção para a melhoria do acesso à saúde dos usuários e comunidade, na Unidade de Saúde Vila Pedreira Santa Rita, no Município de Contagem/MG.

### 3 METODOLOGIA

Foi realizada uma busca bibliográfica, utilizando o banco de dados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), publicações do Ministério da Saúde e outros. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: acessibilidade aos serviços de saúde, planejamento em saúde e infraestrutura sanitária. O período de busca será de publicações entre 2000 e 2014.

Foi desenvolvida ação conjunta entre a equipe de saúde, a gestão e a comunidade, a fim de que fosse elucidado o diagnóstico situacional da área. Assim sendo, as informações apresentadas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional servirão de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Para a consolidação do trabalho foram utilizados os dez passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, descritos a seguir:<sup>13</sup>

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);

- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

## 4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Inicia-se essa revisão trazendo a definição de acesso, segundo o Dicionário Houaiss da Língua portuguesa: “ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo”. Coadunando esta definição com a ótica dos serviços de saúde, entende-se acesso como “porta de entrada”, como o local de acolhimento do usuário no momento de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema com a finalidade de encontrar resolução dessa necessidade (JESUS; ASSIS, 2010).

O acesso no contexto dos princípios do SUS, passa a ser entendido a partir de suas características legais e suas características históricas. Possui como finalidade a consolidação da cidadania na produção dos serviços de saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser garantia constitucional, é uma bandeira de luta da população e dos movimentos sociais. A luta pela universalidade e acessibilidade passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. “E, nesse caso, o exercício de cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população.” (JESUS; ASSIS, 2010).

Assumindo que a entrada nos serviços de saúde está emaranhada por elementos históricos que sempre acarretaram a uma situação de dominação, definida pelas condições socioeconômicas, o que, de forma efetiva o subjuga ao *status* de imagem-objetivo; a democracia serve-se dos seus dispositivos para promover na sociedade a organização popular e o controle social para garantir e concretizar este ingresso. Um movimento de restauração, tendo em vista o contexto privatizante que o modelo neoliberal estabelece aos serviços de saúde e à sua lógica de organização (JESUS; ASSIS, 2010).

Por esse ponto de vista, o acesso vai além do conceito puro e simples de porta de entrada; comporta-se como um “dispositivo” transformador da realidade. Partindo do preceito que apenas se garantirá o ingresso universal do usuário no sistema de saúde por meio da consciência de cidadania, a qual se consolida como elemento transformador da consciência coletiva para a construção de sistemas de saúde, conforme as necessidades socialmente determinadas, a consciência sanitária (JESUS; ASSIS, 2010).

Os conselhos de saúde e as demais instâncias de controle, participação e organização social se conformam no esqueleto institucional do SUS como o artifício para o enfrentamento da dominação hegemônica neoliberal, da alienação dos sujeitos e da sociedade, nos espaços institucionais na busca dessa consciência sanitária social plena (JESUS; ASSIS, 2010).

No que se refere às dimensões específicas, a “disponibilidade” é definida como relação entre a quantidade e a qualidade de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidades; a “acessibilidade”, é entendida como a relação entre localização da oferta e dos usuários, considerando-se os recursos para transporte, o tempo de deslocamento, a distância e as despesas; a “acomodação ou adequação funcional”, compreendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para receber os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários em adaptar-se a esses fatores e perceberem a oportunidade dos mesmos; a “capacidade financeira”, como relação entre os valores dos serviços, seja de entrada, de conservação ou de saída; e, por fim, a “aceitabilidade”, definida como a relação entre as atitudes dos usuários sobre os profissionais de saúde e sobre as particularidades das práticas dos serviços, bem como a aceitação dos profissionais e dos serviços em prestar assistência a esses usuários (JESUS; ASSIS, 2010).

A partir do exposto, elucida-se a importância do planejamento em saúde adequado a fim de que se estabeleça a garantia da acessibilidade e, portanto, promoção de cidadania.

O planejamento, nesse sentido, objetiva responder a uma demanda predeterminada, ou seja, vinculada à relação entre o poder do consumidor e a capacidade de oferta do fornecedor. O ato de planejar para a oferta é um resultado de pesquisas e consolidação de dados provenientes da demanda para a promoção de serviços de saúde, conforme os modelos de consumo da população referenciada. “Usuários são consumidores e o Estado, o ente regulatório de mediação, da relação usuário/serviço”(JESUS; ASSIS, 2010).

Ainda, segundo o mesmo autor:

“O campo da Saúde Coletiva trata a questão do planejamento e dos seus dispositivos para organizar a rede, engendrada à discussão dos modelos technoassistenciais, observando sua conformação e organização, seus fluxos, seus programas e as possibilidades de reorganização, para garantir o acesso dos usuários com universalidade, equidade e integralidade. Parte-se de ponderações teórico-conceituais até o desenvolvimento de estratégias de organização de redes assistenciais, avançando inclusive para a avaliação de resultados, se utilizando de metodologias participativas, incluindo os diversos sujeitos no processo de discussão.”(JESUS; ASSIS, 2010, p. 166).

Esse autor sistematiza essas dimensões que são apresentadas no Quadro 01.

Quadro01- Dimensões analíticas da categoria acesso aos serviços de saúde

<b>Acesso aos serviços de saúde</b>			
<b>Dimensão econômica</b>	<b>Dimensão técnica</b>	<b>Dimensão política</b>	<b>Dimensão simbólica</b>
Equidade; Racionalização; Relação entre oferta e demanda.	Planejamento; Organização; Regionalização; Hierarquização; Definição de fluxos; Qualidade; Resolubilidade dos serviços de saúde.	Políticas de saúde; Conformação histórica do modelo de atenção à saúde; Participação da comunidade.	Percepções, concepções e atuação dos sujeitos; representações sociais do processo saúde-doença; representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender as necessidades.
<b>Totalidade concreta</b>			
Buscar equilíbrio na relação oferta/demanda.	Organizar a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada.	Desenvolver consciência sanitária e organização popular.	Abordar as representações sociais da atenção à saúde e aos serviços de saúde.
<b>Universalização do acesso aos serviços de saúde.</b>			

Fonte: Jesus; Assis (2010)

Planejar, aparelhar, controlar e ponderar ações e serviços de saúde, presentes em cada território, são funções administrativas legalmente preconizadas aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Leis 8.080/901 e 8.142/902. Competências reafirmadas no âmbito do Pacto pela Saúde, com a proposta de um sistema de planejamento do SUS, dado na Portaria

3085/06/MS3, na procura pelo desenvolvimento do papel do planejamento e de uma disposição dos instrumentos utilizados no âmbito do SUS: o plano de saúde, a programação anual e o relatório de gestão. Iniciativas essas recentemente revigoradas e estimuladas pelo Decreto 7.508/114, ao propor uma articulação interfederativa baseada em um processo de planejamento ascendente e integrado a partir do nível local(BATTESINI; FISCHMANN; WEISE, 2013).

O planejamento em saúde adquire um desafio importante no momento em que considera a dimensão simbólica como peça da realidade a ser trabalhada. Conhecer a visão de mundo, as percepções, as ideias, as metáforas e as aspirações de uma sociedade; entender a realidade histórica, a relação de dominância e subordinação, a situação socioeconômica e cultural de uma sociedade; e compreender a organização política circunscrita ao jogo de interesses dialéticos entre dominantes e dominados e suas imagens sobre a consciência coletiva que se conformam apenas como aparelhos do complexo instrumental que os agentes do planejamento devem utilizar para alcançar a amplitude maior da abordagem proposta nessa dimensão(JESUS; ASSIS, 2010).

Sendo assim, a estrutura física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde está completamente vinculada à funcionalidade. Os aspectos relacionados à arquitetura, à engenharia, à organização, à administração, à manutenção, à bioengenharia, à engenharia clínica, à informática, à organização, à administração, focados na área hospitalar, são meios, procedimentos e recursos materiais que, juntamente com os recursos humanos, têm como finalidade viabilizar o alvo comum para a prevenção, a promoção e a reabilitação da saúde dos usuários das unidades construídas para o fim assistencial. Afirma-se que o ambiente físico tem impacto significativo sobre a saúde e a segurança, no entanto, as unidades de saúde não foram planejadas com o objetivo de aumentar a segurança do usuário por meio de projeto de instalações. Daí a importância de julgar os aspectos físico-funcionais dos estabelecimentos construídos para fins assistenciais(AMORIM *et al.*, 2013).

De acordo com as “Boas Práticas de Qualidade” e os itens de verificação da gestão físico-funcional da Organização Nacional de Acreditação- ONA, citadas por Amorim (2013), o serviço de saúde tem por obrigação prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda, a modalidade de assistência prestada e a legislação vigente. Dessa forma:



“Com relação à gestão de infraestrutura, o serviço de saúde deve ter projeto básico de arquitetura atualizado, em conformidade com as atividades desenvolvidas e aprovado pela Vigilância Sanitária e demais órgãos competentes; suas instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, gás, climatização, proteção e combate a incêndio, comunicação e outras existentes devem atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como normas técnicas pertinentes; já as instalações físicas dos ambientes externos e internos devem ser mantidas em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza. Ações de gerenciamento dos riscos de acidentes inerentes às suas atividades devem ser desenvolvidas; seus edifícios devem dotados de iluminação e ventilação compatíveis com as atividades; neles deve-se garantir a qualidade da água necessária ao funcionamento, por meio da limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses, e ser mantido o registro da capacidade e da limpeza periódica dos reservatórios de água, assim como garantir a continuidade do seu fornecimento, mesmo em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária, principalmente nos locais em que a água é considerada insumo crítico. Deve ser garantida a continuidade do fornecimento de energia elétrica, em situações de interrupção pela concessionária, por meio de sistemas de energia elétrica de emergência, nos locais em que esta é considerada insumo crítico. As ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais devem ser garantidas de forma própria ou terceirizada” (AMORIM *et al.*, 2013, p. 156-157).

Assim, entende-se acesso à saúde em sua grandeza sócio-organizacional da assistência, na qual os ambientes criados nos serviços fundamentem-se no acolhimento das demandas e necessidades dos usuários; que os cuidados realizados ao longo do tempo tenham continuidade e vínculo, longitudinalidade, e propiciem a coordenação de cuidados como prática que unifica ações e serviços de saúde de forma resolutiva. Dessa forma, considera-se que as atitudes e estratégias formuladas pelos serviços de saúde garantam o acesso universal e igualitário dos usuários, por meio da adequada interpretação das demandas apresentadas, evidenciando as suas necessidades. Nessa perspectiva, favorece também a otimização da oferta (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

Cabe ressaltar que a utilização dos serviços de saúde atua como o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, e os profissionais frequentemente definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde. Diante disso, faz-se também necessário que os profissionais de saúde adequem-se às particularidades do que venha a ser um acolhimento. Deve ser entendido em três sentidos que na verdade se complementam: como atitude, como técnica e como princípio de reorientação do trabalho. Atitude assumida por todos os trabalhadores, representada na vontade de escutar, de entender e de tratar de forma solidária e humanizada o usuário que busca o serviço de saúde. “Salienta-se que a acessibilidade traduzida na postura profissional deve ser aplicada em qualquer condição de uso dos serviços de saúde, sejam eles administrativos ou assistenciais” (AMORIM *et al.*, 2013).

A escuta e o diálogo entre o usuário que procura ajuda e profissional de saúde, ocupam um lugar de grande valor uma vez que possibilitam que essa intersubjetividade entre em ação, adentrando o usuário no espaço assistencial e assentindo um movimento contra as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, ratificadas em ações mecanizadas e desumanas, entendendo que a oferta de serviços deverá ser oportuna e adequar-se às necessidades daquela comunidade, e não depender unicamente da existência dos mesmos já que são imprevisíveis os eventos que ocorrem nos processos de saúde-doença, privilegiando a Atenção Primária como a porta preferencial de entrada ao sistema visando o atendimento integral das necessidades de saúde dos usuários, de forma a garantir os princípios e as diretrizes do SUS, em busca da melhoria do acesso (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

## 5PLANO DE AÇÃO

Foram seguidos os dez passos para a elaboração do Plano de Intervenção, a partir dos problemas levantados, a priorização dos mesmos. A acessibilidade prejudicada foi o problema de escolha como prioritário, com a descrição e explicação do mesmo e identificação dos seus nós críticos, com escolha de dois pra os quais o plano de intervenção foi elaborado e apresentado abaixo.

Quadro 02- Plano de ação para melhorias da acessibilidade na Unidade de Saúde da Família Vila PedreiraSanta Rita

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Inadequação da Unidade para o atendimento ao usuário</b>
Operação	Mobilização já
Projeto	Mobilização para a nova sede
Resultados esperados	Disponibilização de novo local para a unidade, permitindo maior acesso e melhoria na qualidade dos serviços prestados.  Disponibilização de orçamento para a construção da nova sede  Disponibilização de um local provisório, mas melhor adequado ao atendimento aos usuários.
Produtos esperados	Reuniões com equipe e comunidade.  Reunião com o conselho  Agenda remanejada, com mudança no processo de trabalho e atendimento a 100% dos usuários
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde- elaborar relatório das condições e funcionamento da Unidade  Comunidade- comparecer a reunião do Conselho Municipal de Saúde
Recursos necessários	Estrutural: sala de reunião para reunião  Cognitivo: Conhecimento da legislação que orienta a estrutura de Unidade Básica de Saúde  Financeiro: orçamento para nova construção  Político: orçamento para nova construção

Recursos críticos	Políticos e financeiros
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestor Motivação: indiferente
Ação estratégica de motivação	Reunião com gestor mostrando as deficiências e suas consequências Participação da equipe em reunião do Conselho Municipal de Saúde
Responsáveis:	Equipe e Conselho local
Cronograma / Prazo	Já foi realizado – Orçamento liberado para construção
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento mensal nas reuniões do Conselho Municipal
Nó crítico 2	Processo de trabalho inadequado.
Operação	Acolhimento sem barreira
Projeto	Processo de trabalho em revisão
Resultados esperados	Acolhimento a todos os usuários que procuram a unidade de saúde, sem restrições de horário ou numéricas
Produtos esperados	Agenda remanejada, com mudança no processo de trabalho e atendimento a 100% dos usuários de forma acolhedora e resolutiva Processo de trabalho organizado Reuniões semanais da equipe
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe
Recursos necessários	Estrutural: local para reunião Cognitivos: conhecimentos sobre organização de processo de trabalho
Recursos críticos	-----
Controle dos recursos críticos /	-----

Viabilidade	
Ação estratégica de motivação	Procura de espaço na comunidade para reunião de equipe
Responsáveis:	Equipe
Cronograma / Prazo	Início imediato. Reuniões semanais.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento semanal das mudanças propostas nas reuniões de equipe e readequações necessárias.

Fonte: Elaborado pelo Autor

Até o momento da realização deste trabalho, a mudança de local ainda não ocorreu. Há um projeto para a reforma de uma creche abandonada na área, com a finalidade de sediar a nova unidade, conjunta com outra equipe, contudo, as reformas ainda não se iniciaram.

Para garantir a execução faz-se necessária a Gestão do plano de ação, que será realizada por meio de reuniões periódicas para discussão dos resultados, com participação em reuniões do CMS, acompanhando seus avanços ou fracassos e então manter as boas estratégias e buscar novas para aquelas que não obtiveram sucesso. Será discutido também com a equipe e gestão, a adoção e utilização de indicadores para o monitoramento do plano proposto.

Em reunião do CMS foi aprovado recurso para construção de nova sede, com espaço amplo, acesso fácil e com possibilidade de oferta de uma variedade de prestação de serviços.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração deste projeto proporcionou uma visão holística de aspectos importantes que circunscrevem a atenção primária à saúde, uma vez que foi uma situação levantada pelo Conselho Local de Saúde, apoiado pela equipe e comunidade. Trata-se de uma estratégia de difícil consolidação, na medida em que sua conclusão depende de fatores extrínsecos à equipe e comunidade. Contudo, a mobilização dos usuários e dos profissionais junto à gestão tem se mostrado forte e, diante dos benefícios a serem alcançados após a ratificação do plano de ação o mesmo tem se mostrado cada vez mais concreto.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, Gláucia Maria *et al.* Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Minas Gerais: **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):145-158, 2013. p. 156.
- BARBOSA, Simone de Pinho; ELIZEU, Taniza Soares.; PENNA, Cláudia Maria Mattos. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. Minas Gerais: **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8):2347-2357, 2013. p. 2348.
- BATTESINI, Marcelo; FISCHMANN, Airton.; WEISE, Andreas Dittmar. **Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão**. Santa Maria: **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(12):3673-3682, 2013.
- BRASIL, DATASUS. **SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica**. Disponível em <datasus.gov.br/SIAB>. Acessado em 19 de maio de 2014.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André. In: **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.
- IBGE. **IBGE – cidades**. Disponível em <cidades.ibge.gov.br>. Acessado em 18 de maio de 2014.
- IDEB. INEP. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica**. Disponível em <ideb.inep.gov.br>. Acessado em 22 de maio de 2014.
- IPEA. **Publicações**.- Disponível em <ipea.gov.br>. Acessado em 19 de maio de 2014.
- JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Feira de Santana: **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):161-170, 2010.
- LIRA, Guilherme. **Acessibilidade para todos**. Retirado de apresentação do III Fórum de Informação em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 2009.
- PREFEITURA DE CONTAGEM. **A prefeitura**. [S.l.;s.n]. Disponível em <contagem.mg.gov.br >. Acessado em 17 de maio de 2014.
- SHIMAZAKI, Maria Emi., A Atenção primária à saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador**. Belo Horizonte: Oficina 1- Análise da atenção primária à saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. P. 10-16.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetaileObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetaileObraForm.do?select_action=&co_obra=14609)>. Acesso em: 02 ago. 2014.



## **ANEXO A–Resumos das atas das reuniões do Conselho Local de Saúde**

Aos quatorze dias do mês de abril, reuniram-se na unidade o Conselho Local de Saúde formado por membros da equipe de saúde, 02 gestores e parte da população adscrita. Dentre a pauta discutida, a falta de acesso da população aos serviços de saúde foi a que mais se evidenciou. Perante a situação, foi realizado um documento com os itens que se comportavam como dificultadores do acesso. O documento foi entregue à gestão.

Após a reunião do conselho, a equipe de saúde se reuniu com uma representante da gestão a fim de que fossem revistas as agendas e, portanto, reformulado todo o processo de trabalho dentro da unidade, sobretudo, o acolhimento.

No dia oito de maio, compareceu à unidade uma comitiva composta pelo ex-secretário de saúde, atualmente candidato a deputado estadual, Ricardo Teixeira; o vereador José Roberto Ribeiro, representante dos interesses do bairro Industrial; e Carlos Alberto, diretor do Distrito Sanitário Industrial. O objetivo era averiguar os pontos descritos no documento entregue à gestão pelo conselho de saúde e formular junto à equipe um plano de ação.

Após reunião com a equipe, ficou proposto:

1) Mudança da unidade de saúde, em critério emergencial, para outra residência, a fim de que viabilizasse a melhoria do acesso à comunidade. Ficaria a cargo do distrito sanitário, juntamente com as agentes comunitárias de saúde, procurar um novo estabelecimento. A unidade funcionaria no novo local por tempo determinado.

2) Início da construção de uma nova unidade de saúde com os padrões estabelecidos pela constituição federal. A proposta era de que fosse realizada reforma em uma escola municipal desativada, onde funcionariam duas equipes de saúde vizinhas, na região industrial. Trata-se de um projeto a longo prazo, com planejamento de entrega até o final de 2015.



Secretaria de  
Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde

Ministério  
da Saúde