

ARTIGO ORIGINAL

Atenção básica de saúde: um estudo de caso na comunidade Novo Israel em Manaus

Basic health care: a case study in the Novo Israel community, Manaus municipality

Andreza Marques da Costa¹

1. Aluna de graduação (último semestre) em administração. Faculdade de Estudos Sociais da Universidade Federal do Amazonas, Manaus AM.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, foi instituído pela Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 196, coloca: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Assim, este artigo objetivou avaliar a percepção dos moradores do Bairro Novo Israel em relação ao atendimento primário oferecido à comunidade na UBS Frei Valério Di Carlo. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de natureza aplicada, com base em modelo quantitativo, sendo posta em prática uma pesquisa de campo que foi operacionalizada por meio da aplicação de um questionário e teve como amostra 100 usuários de uma unidade básica de saúde localizada na Zona Norte da cidade de Manaus. Os resultados da pesquisa indicam uma insatisfação dos usuários em relação ao tempo de espera para o atendimento. No entanto, estão satisfeitos com os serviços oferecidos pela Unidade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Avaliação, Satisfação dos Usuários.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS), one of the largest public health systems in the world, was established by the Federal Constitution of 1988, which states in

its article 196: "health is the right of everyone and the duty of the State." Thus, this article aimed to evaluate the perception of the residents of Bairro Novo Israel in relation to the primary care offered to the community at UBS Frei Valério Di Carlo. For that, a research of an applied nature was carried out, based on a quantitative model, being carried out a field research that was operationalized through the application of a questionnaire and had as sample 100 users of a Basic Health Unit located in the zone north of the city of Manaus. The results of the survey indicate a dissatisfaction among users regarding the waiting time for care. However, they are satisfied with the services offered by the Unit.

Keywords: *Unified Health System, Evaluation, User Satisfaction.*

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica de Saúde é a "porta de entrada" do Sistema Único de Saúde (SUS), seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças e direcionar os casos mais graves para setores de atendimentos especializados. Essa iniciativa funciona como um "filtro" capaz de organizar os fluxos de serviços de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

O atual sistema da Atenção Básica no Brasil é garantido pela Constituição Federal e leis orgânicas, a citar a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com seus direcionamentos e preceitos constitucionais de universalidade (acesso da população a qualquer serviço de saúde); equidade (acesso em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema) e integralidade (ações integrais e não mais fragmentadas), que representam um grande avanço no projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto, esses demonstraram não serem suficientes para promover as transformações necessárias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde integral e familiar, imprescindível para oferecer um atendimento de qualidade à população.

O artigo 30, inciso VII da Constituição Federal de 1988 indica que é de competência do município a responsabilidade da atenção básica, ademais, compete também garantir os serviços de atenção básica à saúde e prestar serviços em sua localidade. As prefeituras também criam políticas de saúde e colaboram com a aplicação das políticas nacionais e estaduais, destinando recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita) e os repassados pela União e pelo Estado (art. 77, ADCT da Constituição Federal, acrescido pela EC nº 29/2000).

Conforme a lei orgânica do município de Manaus, em seu art. 314, "A saúde é direito de todos os munícipes e dever do Poder Público assegurá-la mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem à eliminação do risco de

doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) visa promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. São instaladas nos bairros com intuito de promover um acesso mais instantâneo e prático por parte da comunidade a serviços rápidos de saúde, desempenhando um papel fundamental na promoção de atendimentos em áreas básicas, como vacinação, exames rápidos, sociais e psicológicos (PAC, 2018).

Em Manaus, segundo dados da SEMSA (2018), a estrutura da atenção básica da cidade possui 247 UBS, distribuídas em todas as zonas da cidade, sendo: 56 unidades na Zona Leste; 62 na Zona Norte; 54 na Zona Oeste; 61 na Zona Sul, e 14 na Zona Rural.

A UBS que será objeto de nosso estudo está localizada no bairro Novo Israel, Zona Norte de Manaus. Surgiu no final da década de 1980, a partir da ocupação de pessoas que trabalhavam no local, onde funcionava o antigo lixão de Manaus. Os moradores vieram de outros Estados, como Pará e Maranhão, além de interioranos amazonenses, todos em busca de um pedaço de terra para morar, e na esperança de conseguirem um emprego na Zona Franca de Manaus. O nome Novo Israel significa “Povo à procura de terra” e é de autoria de um evangélico desconhecido (PORTAL AMAZÔNIA, 2018).

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população é de 16.823 habitantes em 2010.

Nesse contexto, toma-se como objetivo geral a avaliação da percepção dos moradores do Bairro a respeito dos atendimentos realizados na UBS Frei Valério Di Carlo, considerando os serviços prestados na área de atenção básica de saúde.

Este artigo divide-se em seis etapas: Introdução, onde se apresenta o tema estudado; Referencial Teórico, que está dividido em um Histórico sobre a Saúde Pública no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Saúde Pública em Manaus; a Metodologia, que são os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, os Resultados obtidos na análise dos dados da pesquisa, além das Conclusões e as Referências.

REFERENCIAL TEÓRICO

Histórico da Saúde Pública no Brasil

No Brasil, a história da saúde pública está relacionada à evolução político-social e econômica da Sociedade Brasileira (POLIGNANO, 2001). Desde a chegada dos colonizadores e o desenvolvimento do Brasil até a vinda da família real portuguesa, não existia um modelo de atenção à saúde da

população, os métodos relacionados à saúde eram baseados em costumes culturais (plantas e ervas) e aos conhecimentos de curandeiros.

Com a instalação da família real no Brasil, criou-se uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Até 1850 as atividades de saúde eram limitadas a delegações das atribuições sanitárias e às juntas municipais e ao controle de navios e a saúde dos portos (POLIGNANO,2001).

O período histórico, relacionado à saúde, segundo Paim (2003), está assim dividido:

- República Velha (1889 – 1930)
- Era Vargas (1930 – 1964)
- Ditadura (1964 -1984)
- Nova República (1985 – 1988)
- Pós-constituente (1989 – 2011)

A República de 1889 a 1930 é um período marcado por doenças transmissíveis, em que foram criadas campanhas sanitárias que visavam ao controle dos portos (endemias) o saneamento básico, além da organização dos Serviços Público de Saúde (MACHADO, 2012).

Em 1920 acontece a Reforma Carlos Chagas, que implanta o novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, separando a organização da saúde em Saúde Pública e Previdência Social (BERTOLLI FILHO, 2008).

O período anterior a 1930 caracterizou-se pela predominância da assistência médica individual oferecida pelas santas casas e instituições de caridade a quem não podia pagar ou por médicos tipicamente liberais, mediante remuneração direta (VIANA e LIMA, 2011).

No segundo período classificado como Era Vargas, que vai de 1930 a 1964, acontece toda a criação do jurídico e do sistema de proteção social no Brasil.

Com a Revolução de 1930, são criados o Ministério da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho, que cuidava da medicina previdenciária e saúde ocupacional, coexistindo com medicina privada, hospitais beneficentes, filantrópicos (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde realizavam campanhas sanitárias e programas especiais, além de manter serviços com centros de saúde, hospitais psiquiátricos e pronto-socorro.

O hospital assumiu a posição central na prestação dos serviços de saúde e, no final da década de 50, definia-se como local de encontro das diversas especialidades médicas e dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde (BRASIL, 2007; BERTOLLI FILHO, 2008; VIANNA; LIMA, 2011).

O terceiro período se inicia em 1964 e termina em 1984. A primeira década da Ditadura Militar foi marcada por muitas reformas institucionais. Os investimentos na infraestrutura econômica aumentaram, enquanto os gastos com as políticas sociais diminuíram. Todas essas reformas afetaram a saúde pública, que sofreu com o corte de verbas durante o período de regime militar. Doenças como dengue, meningite e malária se intensificaram. Houve aumento das epidemias e da mortalidade infantil. Passou-se a enxergar a atenção primária de pacientes cada vez mais como responsabilidade dos municípios; os casos mais complexos eram responsabilidade dos governos estadual e federal (POLITIZE, 2018).

Durante os anos de 1970, as verbas para saúde eram baixas: 1% do orçamento geral da União. O movimento sanitaria foi de importância ímpar ao entendimento de saúde pública, do conceito de saúde e também da evolução do direito à saúde no Brasil. A reforma sanitária se refere às ideias de uma série de mudanças e transformações necessárias à saúde. No final da década de 1970, o movimento adquiriu certa maturidade em função de uma série de estudos acadêmicos e práticos realizados, principalmente, nas faculdades de Medicina (POLITIZE, 2018).

Com o fim da Ditadura, as propostas da Reforma Sanitária foram reunidas num documento chamado Saúde e Democracia, enviado para aprovação do Legislativo. Uma das conquistas foi a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986. Pela primeira vez na história foi possível a participação da sociedade civil organizada no processo de construção do que seria o novo modelo de saúde pública brasileiro. A conferência ampliou os conceitos de saúde pública no Brasil, propôs mudanças baseadas no direito universal à saúde com melhores condições de vida, além de fazer menção à saúde preventiva, à descentralização dos serviços e à participação da população nas decisões. O relatório da conferência teve suas principais resoluções incorporadas à Constituição Federal de 1988 (POLITIZE, 2018).

A saúde pública no Brasil durante o regime militar começou com um processo de mudança que criou as primeiras bases para o surgimento do SUS.

O quarto período, que vai de 1985 a 1988, é considerado o melhor período para o desenvolvimento do setor de saúde. Nessa época foram lançadas as bases do SUS. Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988, a saúde foi incluída no capítulo de seguridade social e foi criado o Sistema Único de Saúde.

No último período, 1989 a 2011, são criadas as Leis Orgânicas da Saúde (As Leis Orgânicas de Saúde são as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde - SUS). São elas as leis 8.080/90 e 8.142/90.

Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente no ordenamento jurídico brasileiro. A Constituição ainda determina que o Sistema de Saúde Pública seja gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil (MERELES, 2018).

O Sistema Único de Saúde foi regulado posteriormente pela lei 8.080 de 1990, em que estão distribuídas todas as suas atribuições e funções como um sistema público (MERELES, 2018).

A implementação do SUS começou em 1990. Foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. Essa lei definiu os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão da saúde, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde (CARVALHO e BARBOSA, 2010).

A Lei 8.142/90 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituindo, assim, os Conselhos de Saúde e conferiu status público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais (CARVALHO e BARBOSA, 2010).

O SUS é concebido, então, como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (POLIGNANO, 2001).

Princípios do SUS: UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades (POLIGNANO, 2001, p. 23).

Para organizar o SUS, a partir dos princípios apresentados e levando-se em consideração a ideia de seguridade social e relevância pública, existem algumas diretrizes que orientam o processo. Na verdade, tratam-se de formas de concretizar o SUS na prática.

Alguns princípios organizativos - REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser

atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. DESCENTRALIZAÇÃO E COMANDO ÚNICO: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. PARTICIPAÇÃO POPULAR: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O SUS tem como objetivo principal formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde.

Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular as políticas de saúde; fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas: executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica; executar ações visando a saúde do trabalhador; participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde; realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar; participar das ações direcionadas ao meio ambiente; formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde; formulação e execução da política de sangue e de seus derivados (POLIGNANO, 2001, p. 23, 24).

Além da democratização da saúde, a implementação do SUS também representou uma mudança no conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país. Com o SUS, a saúde passou a ser promovida, bem como a prevenção dos agravos por parte do planejamento das políticas públicas (FIOCRUZ, 2018).

A saúde pública em Manaus

Na década de 1990, houve uma ruptura na política de saúde no Brasil e a construção do SUS não foi um processo fácil. Com a Lei Orgânica da Saúde (8080/90 e a 8.142/90), começava uma construção de um novo paradigma de saúde. O município de Manaus, assim como todo o Brasil, estava tentando se adequar à nova estruturação de saúde nacional.

O sistema de saúde em Manaus se organizou com alicerces de cunho econômico e político. O primeiro diz respeito aos ciclos econômicos, e o segundo, à estrutura que o estado definiu não como prioridade de um sistema equânime, e sim por interesses relacionados a outros fins (LUNA e OLIVEIRA, 2010).

Alves e Cyrino (1998) analisam que os pressupostos da municipalização da saúde, em Manaus, passaram por estruturas de reorganização do sistema de saúde baseados na nova conjuntura do país. (ALVES E CYRINO 1988 apud LUNA e OLIVEIRA, 2010 p. 93).

A organização em distritos de saúde significa estruturar os serviços de saúde e não aumentar ainda mais as desigualdades no acesso e atendimento aos serviços. A organização do atendimento em Manaus se deu de forma desigual, em seus diversos contextos, por causa da sua estrutura política, reflexo da herança cultural brasileira (LUNA e OLIVEIRA, 2010).

Diante deste cenário, ocorreu uma reorganização e uma expansão dos serviços de saúde em Manaus, porém são realizados os distritos sanitários nos bairros da cidade, e há uma desigualdade com relação à distribuição destas instituições de saúde nos distritos, que deveriam ser difundidas em um processo de mudanças no que diz respeito ao âmbito social das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde (LUNA e OLIVEIRA, 2010).

METODOLOGIA

o objetivo geral deste trabalho foi avaliar a percepção dos moradores do bairro Novo Israel ao atendimento primário. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de natureza aplicada.

Para Prodanov e Freitas (2013), uma pesquisa de natureza aplicada gera conhecimentos para uma aplicação prática, dirigindo a solução de problemas específicos. Ela envolve dois segmentos, a verdade e o interesse local.

Quanto aos objetivos, a pesquisa foi exploratória. Para Gil (2008), a pesquisa exploratória desenvolve, esclarece e modifica as ideias, tendo em vista a formulação dos problemas mais precisos e das hipóteses do estudo. Essa pesquisa é a que apresenta menor rigidez no seu planejamento. Ela envolve levantamento bibliográfico e documental, entrevista não padronizada e estudo de caso.

Ainda segundo o autor, essas pesquisas são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral do tipo aproximativo. Quando seu tema é escolhido e pouco explorado, torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. As pesquisas exploratórias na sua primeira etapa constituem uma pesquisa ampla. Quando o tema escolhido é bastante genérico, tornam-se necessários esclarecimento e delimitações, que exigem revisão da literatura, discussão com especialista, entre outros procedimentos. O seu produto final é um problema bem esclarecido, passível de investigação por procedimentos sistematizados.

Quanto à abordagem, ela foi uma pesquisa quantitativa. Segundo Silva (2005), essa pesquisa é quantificável, ou seja, ela é capaz de traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Faz-se, para isso, o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.).

Quanto aos procedimentos, ela foi uma pesquisa de campo, para Gil (2017) ela apresenta muitas semelhanças com o levantamento. O levantamento tem maior alcance, e, o estudo de campo, maior profundidade. O levantamento procura identificar as características dos componentes do universo pesquisado. Já o estudo de campo pesquisa um único grupo ou comunidade.

A pesquisa de campo apresenta algumas vantagens em relação, principalmente, aos levantamentos. Como é desenvolvida no próprio local em que ocorrem os fenômenos, os resultados são mais próximos da realidade vivenciada. E, uma vez que não requer equipamentos especiais para a coleta de dados, são mais econômicos. Além disso, como o pesquisador apresenta nível maior de participação, torna-se maior a probabilidade dos sujeitos oferecerem respostas mais confiáveis.

Os dados da pesquisa foram coletados por meio da aplicação de um questionário. De acordo com Aragão (2017), os questionários se caracterizam por um conjunto de perguntas dirigidas ao(s) provável(eis) informante(s), que podem ser enviados ao respondente com prazo certo de devolução ao coordenador da pesquisa. No uso deste tipo de formulário, o pesquisador deve elaborar uma série de perguntas claras, diretas e objetivas, eliminando subterfúgios e dúvidas de qualquer espécie. Nesta pesquisa, utilizamos um questionário fechado, que foi construído com perguntas mais diretas, curtas, e nos possibilitou respostas mais previsíveis, que facilitam muito a organização dos dados (respostas) num modelo de tabela para efeito de categorização, quantificação e análise dos dados da pesquisa.

Na análise foram utilizados procedimentos de estatística descritiva. Ainda Segundo Marconi e Lakatos (2017), o objetivo da estatística descritiva é o de representar, de forma concisa, sintética e compreensível, a informação contida num conjunto de dados.

O questionário com doze perguntas foi aplicado aos 100 usuários por meio de acessibilidade, de acordo com Azevedo (2003) acessibilidade é a condição que cumpre um ambiente, espaço ou objeto para ser utilizado por todas as pessoas. Ele foi aplicado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Frei Valério Di

Carlo, localizada na Rua Bom Jesus, s/nº, no Bairro Novo Israel, na Zona Norte de Manaus, a respeito da percepção destes quanto ao serviço prestado na UBS.

RESULTADOS

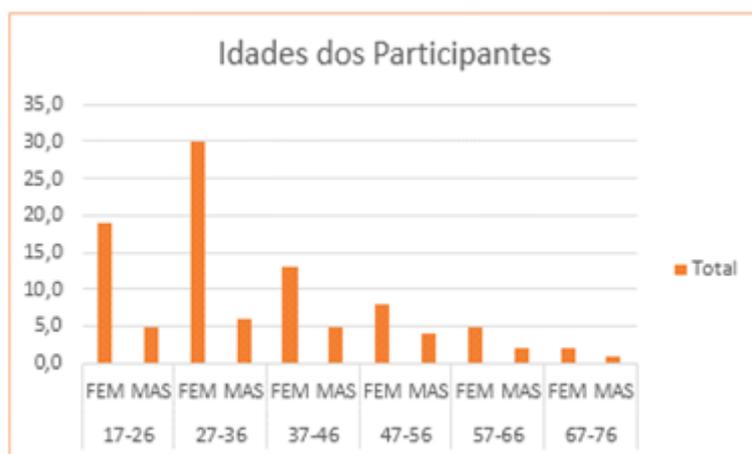
Após reforma em 2014, a unidade tornou-se a atual UBS, contando com 400 m², possuindo uma equipe formada por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, assistentes em saúde bucal, técnicos de enfermagem, técnicos em patologia e assistentes administrativos. Sua capacidade de atendimento é de 18 mil pessoas, de acordo com a Secretaria Municipal da Comunicação (EM TEMPO, 2014).

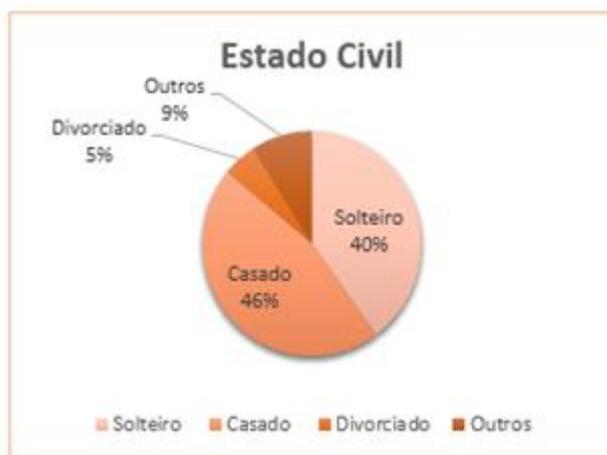
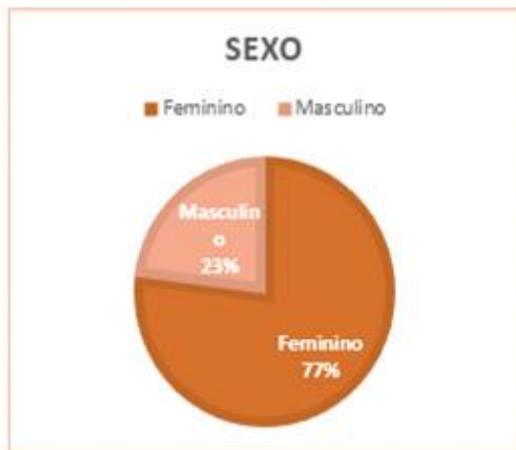
Entre os serviços oferecidos aos cidadãos está a administração de medicamentos, aferição de pressão arterial, atividades de promoção e prevenção à saúde, acompanhamento de programas sociais, consulta médica e de enfermagem em Atenção Primária à Saúde, curativo, dispensação de medicamentos (Farmácia Gratuita), ultrassonografia, eletrocardiograma, imunização, nebulização e serviço odontológico.

No período do dia 20/09/2018 a 28/09/2018, foi aplicado na UBS da comunidade do Novo Israel, um questionário ao público usuário desta unidade básica de saúde. O questionário foi aplicado a uma amostra de 100 usuários.

Quanto ao perfil dos respondentes, 77% são do sexo feminino e 23% são do sexo masculino. Com relação à faixa etária, a maioria dos respondentes se encontra entre 18 e 37 anos (54%), enquanto a menor parcela encontra-se entre 67 e 70 anos (2%). Quanto ao estado civil dos usuários, 46% são casados, 40% são solteiros, 5% são divorciados e, 9%, enquadra-se como outros (viúvos e união estável), conforme dados apresentados no Gráfico combinado 1.

Gráficos 1a, 1b e 1c. Perfil dos respondentes: a) idade, b) sexo, c) estado civil





Essa notável procura pela unidade por parte das mulheres é confirmada pelo Ministério da Saúde (MS), que segundo dados, elas cuidam mais da saúde do que os homens. O levantamento mostra que, só em 2017, a diferença do número de consultas entre os dois sexos é de 80 milhões. Essa maior procura por parte das brasileiras relaciona-se com fatores culturais e com o notável aumento de campanhas sobre a importância do cuidado com a saúde feminina desde jovens. Esse fato leva em consideração que os homens são percebidos como um pouco mais “relapsos e despreocupados” com a saúde (G1, 2018).

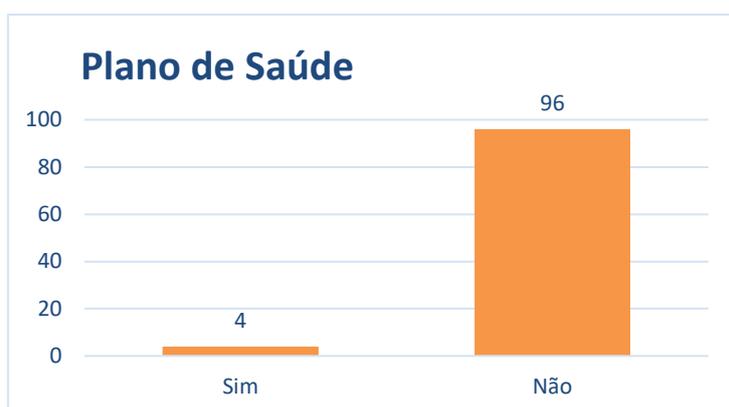
Segundo o médico Eduardo Vieira da Motta, ginecologista do Hospital Sírio-Libanês:

"As mulheres frequentam serviços de saúde desde mais jovens – tanto para evitar a gravidez, como para fazer pré-natal – e aprendem a importância da realização de avaliações clínicas e de exames desde cedo, analisa, acrescentando que elas também são responsáveis, em muitas ocasiões, pelo cuidado da família, o que implica em fazer escolhas de saúde para os filhos e companheiros, como vacinação ou alimentação, por exemplo." (GUIA DA FARMÁCIA-MULHERES FOCADAS NA PREVENÇÃO, 2018).

A análise dos dados indica que 96% dos respondentes utilizam e dependem do SUS, tendo assim maior probabilidade de valer-se da maioria dos atendimentos e serviços prestados pela UBS. Em contrapartida, os 4% restantes, possuem planos de saúde de caráter particular e beneficiam-se apenas dos serviços e campanhas de vacinação, conforme dados apresentados no Gráfico 2.

Um estudo inédito realizado pelo Serviço de Proteção ao Crédito - SPC Brasil (2017) e pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas – CNDL (2017) em parceria com o Ibope demonstrou que cerca de 70% dos brasileiros não têm plano de saúde particular, enquanto 30% possuem. Segundo dados da pesquisa, considerando as pessoas que não possuem plano de saúde atualmente, 60% nunca tiveram esse tipo de serviço. Para os que já tiveram, 32% perderam o acesso por desligamento da empresa que oferecia o benefício e 25% cancelaram o plano por não terem condições de pagar as mensalidades (SPC BRASIL 2018).

Gráfico 2. Tipo de usuário da UBS, conforme a cobertura por plano de saúde.



Em relação ao quesito de avaliação do horário de atendimento da UBS, apenas 35% dos usuários pesquisados declararam estar satisfeitos, enquanto que o número de insatisfeitos somou apenas 8%. Já em relação ao tempo de espera para atendimento, os resultados invertem-se, as respostas demonstraram uma tendência maior à insatisfação dos pacientes, conforme dados descritos no Gráfico combinado 3.

A UBS começa a funcionar a partir das 7h da manhã e seu fechamento se dá as 17h, a maioria dos usuários demonstraram que conseguem buscar atendimento dentro desses horários. Contudo, os pacientes são organizados por ordem de chegada. Uma das políticas adotadas pela direção da UBS é que todas as pessoas que possuem as fichas de atendimento irão ser atendidas até o horário de fechamento, isso confirma o motivo de insatisfação dos respondentes.

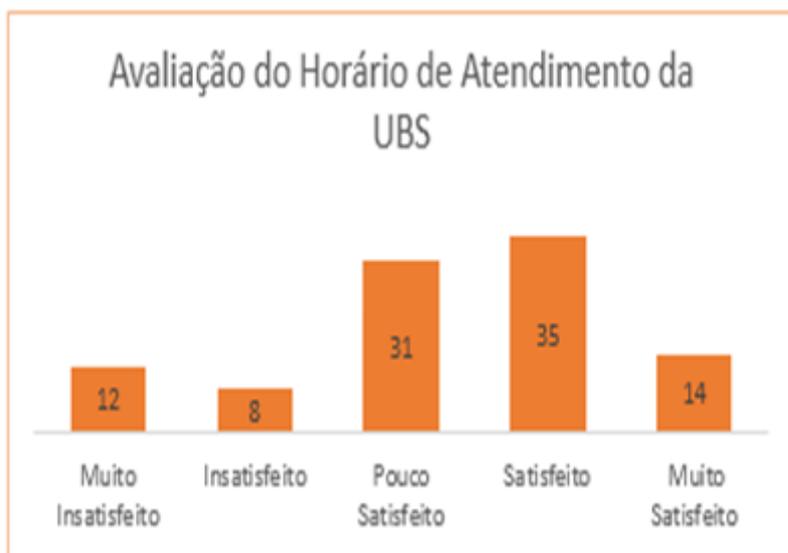
O tempo de espera é o fator com a maior avaliação negativa do SUS – o item é apontado como maior gargalo na rede pública para 82% dos entrevistados que

buscam consulta, 80% dos que precisam de um exame de imagem e para 79% dos que aguardam cirurgia (AGÊNCIA BRASIL, 2018).

Dessa forma, esses resultados demonstram a necessidade de uma reestruturação do sistema de atendimento, visando promover uma maior rapidez e qualidade ao atendimento oferecido ao paciente. Não há uma lei específica que aborde o tempo de espera para ser atendido num hospital ou UBS, como temos no caso dos serviços bancários (Lei nº 13.948/2005), que determina um tempo máximo para o atendimento.

Trata-se de um assunto delicado, que requer ainda muita observação e reestruturação do jurídico brasileiro.

Gráficos 3a e 3b. a) avaliação do horário de atendimento, b) avaliação do tempo de espera.





A saúde é um direito fundamental do ser humano, o Estado deve promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, deve garantir condições de acesso universal e igualitário. Está descrito na Lei nº 8.080, de 19/09/1990, a lei reguladora das ações e serviços do Sistema Único de Saúde – SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

Art. 3º. Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado:

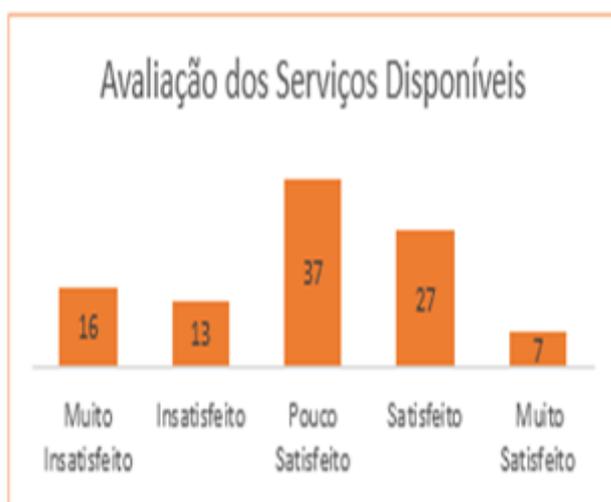
I - Atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento. (PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009).

Quanto à avaliação dos serviços, 37% dos respondentes estão pouco satisfeitos, enquanto 7% estão muito insatisfeitos. Na avaliação do grau de satisfação dos serviços prestados, 38% estão pouco satisfeitos e 9% estão muito insatisfeitos. Em relação à avaliação do quadro de servidores e funcionários, 41% dos usuários estão pouco satisfeitos e 8% estão muito insatisfeitos, conforme dados apresentados no Gráfico combinado 4.

Na pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha (2017), quase 90% dos brasileiros consideram a saúde péssima, ruim ou regular e cerca de 87% depende do Sistema Único de Saúde (SUS). A valorização do SUS como política social aparece com ênfase na pesquisa, para 88% dos entrevistados, o sistema deve ser mantido no país como um modelo de assistência de acesso universal, integral e gratuito para os brasileiros.

De acordo com o estudo, 83% das pessoas ouvidas acreditam que os recursos públicos não são bem administrados; 73%, que o atendimento não é igual para todos; e 62%, que o SUS não tem gestores eficientes e bem preparados. A análise dos dados sugere que, de forma geral, a percepção de mau atendimento decorre de problemas registrados ao longo do processo, como o tempo de espera para uma resposta do SUS em relação a uma demanda encaminhada, item apontado por 24% dos entrevistados.

Gráfico 4a, 4b, 4c. a) avaliação dos serviços disponíveis, b) avaliação do grau de satisfação com os serviços, c) avaliação do número de funcionários.





Depreende-se dessa análise que as questões de disponibilidade e de qualidade dos serviços prestados pela UBS em estudo que a maioria dos usuários os avaliam de uma posição mais neutra (demonstram apenas estarem pouco satisfeitos), contudo, a somatória de respostas voltadas para a vertente de satisfação é consideravelmente maior para a posição contrária.

A quantidade de funcionários foi o quesito com maior número de usuários pouco satisfeitos, entretanto, seguem a mesma lógica dos quesitos passados. Assim, na pesquisa realizada há um padrão nessas respostas e é possível dizer que os pacientes estão consideravelmente direcionados a avaliar os serviços de forma mais positiva, mesmo que em suma tenham que aguardar um maior tempo em fila para serem atendidos.

CONCLUSÕES

O Sistema Único de Saúde está completando 30 anos. Surgiu com a Constituição de 1988, sendo uma das maiores políticas públicas brasileiras de inclusão social. Mudou o conceito de direito à saúde, tornou seu acesso, pelo menos na lei, um direito universal e gratuito para todos os brasileiros. Além de ter mudado a forma de organização dos serviços de saúde.

Por mais que o país ainda passe por reestruturações para atender as demandas da saúde, de forma igualitária, as diferentes realidades das cinco regiões nacionais fazem com que esses processos sejam realizados desigualmente. Entretanto, essa situação não significa que as políticas públicas de saúde devam ser responsabilizadas. O trabalho deve ser contínuo, pois até hoje ainda há problemas de acesso nas regiões mais distantes do nosso país.

Ainda há um abismo entre o SUS do papel e o SUS da vida real, mas ele precisa continuar sendo aperfeiçoado para que sua estrutura venha atender as

demandas da sociedade, que como mostram os dados, utilizam o SUS como parte das necessidades básicas de saúde.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a percepção dos moradores do Bairro Novo Israel quanto a atenção Básica de saúde.

De acordo com os resultados da pesquisa, a maioria dos respondentes foram mulheres, sujeitos predominantes da amostra em função de sua maior presença na UBS pesquisada. Nessa direção, verifica-se a necessidade do SUS de promover campanhas que priorizem o cuidado da saúde masculina, pois os homens ainda não contam com uma política pública eficiente para tratar de sua saúde. “A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, lançada pelo Ministério da Saúde em 2009, não está presente em todos os municípios do país” (GAZETA DO POVO, 2012).

O preconceito da população masculina em procurar um médico é apontado como um fator preponderante nesse cenário, a presença de mulheres ainda é majoritária nas UBS, e a presença em menor quantidade de homens nesses espaços endossa os dados de que os homens ainda não estão efetivamente preocupados com sua saúde. Por mais que existam incentivos para que essa atenção venha ser mais presente no universo masculino, ainda não há uma resposta efetiva em dados que demonstrem uma mudança no perfil deles na atenção à saúde.

Os idosos foram os menos críticos do sistema, um dos fatores é que esses estão cuidando mais da saúde, as pessoas com mais de 60 anos têm buscado por qualidade de vida e isso tem se refletido no dia a dia delas. O governo tem promovido programas voltados à promoção da saúde de pessoas da chamada terceira idade, como o desenvolvimento de atividades físicas, prevenção de doenças e melhorias na qualidade de vida.

A presença de idosos e a atenção maior que eles podem ter com a saúde se relacionam com o momento da terceira idade em que eles têm mais necessidades de buscar atendimento. Além disso, levamos em consideração, no caso de alguns aposentados, que o cuidado com a saúde se torna parte diária da vida deles até pelo maior tempo disponível para estarem nos espaços de atendimento à saúde. Assim, existem dois fatores a serem considerados: a necessidade de atendimento desse grupo acima de 60 anos e o tempo para estar na UBS, que pode ser maior para essas pessoas.

Os adultos na faixa de 18 a 37 anos, apresentam opinião contrária, esses consideram que os serviços estão piorando e precisam de ajustes. Os usuários pesquisados desta faixa etária percebem o SUS com um outro olhar, nota-se isso na questão do tempo de espera: esses diferentes dos idosos e não aposentados, não podem perder um dia de trabalho para estar no médico, ou deixar filhos e casa sozinhos para passar uma manhã ou tarde inteira na UBS à espera de atendimento.

Quanto a avaliação do serviço, ela está ligada ao grau de satisfação. De acordo com dados do IBGE (2010) sobre os desafios da saúde no Brasil: é a demora no acesso ao atendimento como já destacado acima, e a qualidade do

atendimento. A demora foi considerada o maior problema do sistema público para a maioria dos usuários. O SUS precisa organizar melhor os serviços oferecidos, uma das possíveis alterações seria implantar UBS 24 horas e até mesmo atendimentos online, pois com a era da globalização e a internet cada vez mais presente, consultas via vídeo-chamadas pré-agendadas seriam uma boa solução.

Os “modelos administrativos” para que a UBS venha funcionar de forma satisfatória para todos devem ser repensados, por exemplo, por que o número de pessoas trabalhando na UBS foi criticado? O número baixo de funcionários influencia no tempo de atendimento das pessoas que vão até o local. A proposta seria então repensar os incentivos para deslocamento de número de pessoal necessário para que o atendimento possa ser acelerado e assim gerar um aumento da satisfação pelos usuários. Uma alternativa seria reestruturar administrativamente esses aspectos insatisfatórios para que eles possam ser revertidos em satisfatórios.

Há necessidade de novas pesquisas em outras unidades básicas de saúde para que possa ser verificado o funcionamento da atenção básica de saúde de modo comparativo, para assim, ser feita, de forma comparativa, a verificação de pontos chaves de sucesso, a fim de garantir a implementação de suas vertentes em áreas mais críticas, podendo, então, serem utilizadas como fonte de conhecimento e planejamento para futuras políticas de reestruturação do sistema público de saúde.

Os resultados da pesquisa demonstram a necessidade de uma reestruturação da UBS, que vise promover uma maior rapidez no atendimento e na qualidade dos serviços oferecidos aos usuários da atenção básica, além da necessidade de reformulação e criação de novos programas, principalmente aqueles voltados para os mais jovens e para os homens, visto esses serem classificados como usuários críticos do sistema.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Quase 90% dos brasileiros consideram saúde péssima, ruim ou regular.** Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-06/para-89-dos-brasileiros-saude-e-considerada-pessima-ruim-ou-regular>> Acesso em 28/10/2018.

AZEVEDO, L. de. **Manual para acessibilidade aos prédios residenciais da cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://143.107.240.111/publicacoes/Geosp/Geosp15/Artigo2.pdf>> Acesso em: 26 de novembro de 2018.

AMAZONAS. **Governo do Amazonas contesta informações sobre “caos” no sistema de saúde pública,** 2015.

<<http://www.amazonas.am.gov.br/2015/12/governo-do-amazonas-contesta-informacoes-sobre-caos-no-sistema-de-saude-publica>>.

ARAGÃO, José Wellington Marinho de. **Metodologia Científica**. [recurso eletrônico] / José Wellington Marinho de Aragão, Maria Adelina Hayne Mendes Neta. - Salvador: UFBA, Faculdade de Educação, Superintendência de Educação a Distância, 2017. 51 p.: il.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no brasil**. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008.

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

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. –Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82p.

(CENTRO DE CONHECIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA E DESASTRES – FIOCRUZ), disponível em <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/funcoes-do-setor-saude>>. Acesso em: 09/05/2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

EMTEMPO- disponível em <<http://d.emtempo.com.br/dia-a-dia/26046/nova-unidade-basica-de-saude-e-inaugurada-no-bairro-novo-israel>>. Acesso em 28/10/2018.

FIOCRUZ, **SUS** - disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em :09/05/2018.

GAZETA DO POVO, disponível em <<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/por-que-a-saude-e-a-ultima-preocupacao-do-homem-27qv43odb3oqlc3841zxoo9qm/>> Acesso em 04/11/2018.

GUIA DA FARMÁCIA – disponível em <https://guiadafarmacia.com.br/materia/mulheres-focadas-na-prevencao>. Acesso em 24/10/2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º ed. São Paulo: Atlas; Edição: 6ª (21 de julho de 2017).

G1 GLOBO REPÓRTER - disponível em: <http://g1.globo.com/globo-reporter/noticia/2018/04/mulheres-cuidam-mais-da-saude-do-que-homens-diz-levantamento>. Acesso em: 24/10/2018.

IBGE. Disponível em <https://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 24/10/2018.

LIMA, Carlos Vital Tavares Corrêa. **As dificuldades do SUS**. Revista Medicina/ Conselho Federal. Edição 277. Brasil, p.2. 2018.

LUIZ A. de Castro Santos. **Conservadora na Bahia durante a Primeira República**. Dados vol. 41 n. 3 Rio de Janeiro 1998.

LUNA, Maria Rute de Souza; OLIVEIRA, Simone Eneida Braçal de. **O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise**. Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 91-106, jan.-jun./2010.

MACHADO, Rosani Ramos. **Políticas de saúde no brasil: um pouco da história**. Revista Saúde Pública, Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 95-104, dez. 2012.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados**. 8a. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>, acesso em 04/11/2018.

MERELES, Carla. **A história da saúde pública no brasil e a evolução do direito à saúde**. <<http://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>>, Acesso em: 09/05/2018.

PAC, disponível em <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>, acesso em 02/11/2018.

PORTAL AMAZÔNIA, disponível em <http://www.portalamazonia.com.br/amazoniadeaz/interna.php?id=513>, acesso em 02/11/2018.

PAIM, J. S. **Políticas de saúde no Brasil**. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.

POLITIZE. Disponível em <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil>. Acesso em 04/11/2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SPC BRASIL. Disponível em
<<https://www.spcbrasil.org.br/pesquisas/pesquisa/4210>>. Acesso em
28/10/2018.

SEMSA. Disponível em semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/.../UNIDADES-DE-SAÚDE-ATUALIZADA.xls. Acesso em 07/11/2018.

SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**/Edna Lúcia da Silva, Estera Muszkat Menezes. – 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.

VIANA, A. LIMA. D. **As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010**. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.

Recebido: 26 de dezembro de 2018. **Aceito:** 01 de abril de 2019

Correspondência: Andreza Marques da Costa. **E-mail:**
marquesandreza@hotmail.com

Conflito de Interesses: os autores declararam não haver conflito de interesses.

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited