

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE ECONOMIA**  
**BACHARELADO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**FÁBIO JOSÉ DOS SANTOS**

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: O CASO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO  
BÁSICA DA SAÚDE NO BAIRRO DE CHÃ DA TÁBUA, MUNICÍPIO DE SÃO  
LOURENÇO DA MATA, ESTADO DE PERNAMBUCO NO ANO DE 2021.**

RECIFE – PE

2021

**FÁBIO JOSÉ DOS SANTOS**

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE 2021: O CASO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO  
BÁSICA DA SAÚDE NO BAIRRO DA CHÃ DA TÁBUA, MUNICÍPIO DE SÃO  
LOURENÇO DA MATA, ESTADO DE PERNAMBUCO NO ANO DE 2021.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo (a) aluno (a) **FÁBIO JOSÉ DOS SANTOS** ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE, como pré-requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas sob a orientação do (a) professor (a) **Prof. Dr. GUERINO EDÉCIO DA SILVA FILHO**

RECIFE – PE

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Sistema Integrado de Bibliotecas  
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S237p

Santos, Fábio José dos

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: O CASO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE NO BAIRRO DE CHÃ DA TÁBUA, MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DA MATA, ESTADO DE PERNAMBUCO NO ANO DE 2021. / Fábio José dos Santos. - 2021.

85 f. : il.

Orientador: Guerino Edecio da Silva Filho.

Inclui referências e apêndice(s).

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, , Recife, 2021.

1. Acessibilidade à saúde. 2. Atenção Básica de Saúde. 3. SUS. 4. Bem-estar social. I. Filho, Guerino Edecio da Silva, orient. II. Título

CDD

---

Monografia apresentada como requisito necessário para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas. Qualquer citação atenderá as normas da ética científica.

**A Política Pública de Saúde 2021:**

**O caso da política de *Atenção básica* da Saúde no bairro da Chã da Tábua, município de São Lourenço da Mata, Estado de Pernambuco no ano de 2021.**

FÁBIO JOSÉ DOS SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado com nota \_\_\_\_\_ apresentado em \_\_\_\_/  
\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Doutor Guerino Edécio da Silva Filho (Orientador)

---

Prof.<sup>a</sup> Doutora Poema Isis Andrade de Souza (1<sup>a</sup> Examinadora)

---

Prof. Doutor Álvaro Furtado Coelho Júnior ((2<sup>o</sup> Examinador))

## RESUMO

A saúde é uma variável constituinte do estoque de capital humano de uma população, e como tal é fundamental como indicador de bem-estar social, também, e como variável econômica essencial influenciadora do processo de crescimento econômico de longo prazo de uma sociedade. Esta monografia teve como objeto de pesquisa os serviços da Atenção básica de Saúde prestados pela Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro da Chã da Tábua, município de São Lourenço da Mata, Estado de Pernambuco. O estudo teve como foco as principais variáveis que afetam a acessibilidade e a satisfação do cidadão com relação aos produtos (bens e serviços) oferecidos pela saúde pública através do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais especificamente, a presente pesquisa se concentrou na análise do perfil de acesso, identificando os principais problemas e entraves de acessibilidade, particularmente, os principais impeditivos de frequência da utilização dos serviços de saúde. Metodologicamente, a pesquisa foi procedida a partir de levantamento de informações primárias obtidas diretamente da população e das unidades ofertantes dos serviços de saúde, por meio de questionários, formulários e entrevistas semiestruturadas, o que possibilitou inferir sobre a natureza dos aspectos quantitativos e qualitativos da oferta dos bens e serviços da saúde básica no bairro estudado. Entre esses, destacou-se os relacionados com o grau de satisfação dos usuários. A pesquisa permitiu levantar informações que podem servir de subsídios para a elaboração de políticas públicas direcionadas à atenção básica de saúde.

Palavras chaves: Acessibilidade à saúde; Atenção Básica de Saúde; SUS; Capital humano; Bem-estar social.

## **ABSTRACT**

Health is a constituent variable of a population's human capital stock, and as such it is fundamental as an indicator of social well-being, as well as an essential economic variable influencing a society's long-term economic growth process. This monograph had as research object the Primary Health Care services provided by the Basic Health Unit (UBS) in the Chã da Tábua neighborhood, municipality of São Lourenço da Mata, State of Pernambuco. The study focused on the main variables that affect accessibility and citizen satisfaction with products (goods and services) offered by public health through the Unified Health System (SUS). More specifically, this research focused on analyzing the profile of access, identifying the main problems and barriers to accessibility, particularly the main impediments to frequent use of health services. Methodologically, the research was carried out from a survey of primary information obtained directly from the population and from the units offering health services, through questionnaires, forms and semi-structured interviews, which made it possible to infer on the nature of the quantitative and qualitative aspects of the offer. of basic health goods and services in the studied district. Among these, those related to the degree of user satisfaction stood out. The research allowed us to gather information that can serve as subsidies for the development of public policies aimed at primary health care.

**Key words:** Accessibility to health; Primary Health Care; SUS; Human capital; Social welfare.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Número de Unidades Básicas de Saúde em São Lourenço da Mata a cada 1000 habitantes (2005-2021).....	24
<b>Figura 2</b> - Número de Unidades Básicas de Saúde, Camaragibe e São Lourenço da Mata a cada 1000 habitantes, (2005-2021).....	26
<b>Figura 3</b> - UBS: Chã da Tábua .....	29
<b>Figura 4</b> - UBS: Chã da Tábua .....	30
<b>Figura 5</b> – Sala de Situação .....	31
<b>Figura 6</b> - Sexo (comunitários).....	42
<b>Figura 7</b> – Idade por faixa etária.....	43
<b>Figura 8</b> – Formação acadêmica da população.....	44
<b>Figura 9</b> - Opinião da população sobre a Taxa de resolução de problemas da Unidade de saúde.....	53
<b>Figura 10</b> - Opinião da população sobre qualidade da estrutura física da Unidade Básica de Saúde.....	54
<b>Figura 11</b> - Avaliação da população sobre a Atenção básica. ....	58
<b>Figura 12</b> - Sexo (funcionários).....	60
<b>Figura 13</b> - Escolaridade dos funcionários da Unidade básica da Chã da Tábua. ....	61
<b>Figura 14</b> - Taxa de resolução de problemas de acordo com os funcionários da UBS Chã da Tábua.....	66
<b>Figura 15</b> - Qualidade da estrutura física da UBS Chã da Tábua de acordo com os seus funcionários. ....	67
<b>Figura 16</b> - Avaliação da Atenção Básica da Saúde pelos funcionários da UBS Chã da Tabua. ....	68

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - População (2010), população estimada (2020), densidade demografia (2011) e Unidade territorial, da Região metropolitana do Recife. ....	13
<b>Tabela 2</b> - Percentuais: população 2010/RMR, população 2020/RMR, diferença entre a população 2010 e 2020, aumento populacional 2010 a 2020, unidade territorial/RMR. ....	15
<b>Tabela 3</b> - Região Metropolitana do Recife: Índices de Desenvolvimento humano (2010), índice de Gini (2010), PIB (2018), PIB/PIB RMR (2018), PIB per capita (2018). ....	17
<b>Tabela 4</b> - Salário médio mínimo, pessoas ocupadas, porcentagem de pessoas ocupada por habitantes, rendimentos mensais até ½ salários-mínimos. ....	21
<b>Tabela 5</b> – Número de atendimentos ambulatoriais da Atenção Básica, Camaragibe e São Lourenço da Mata (2008-2021).....	27
<b>Tabela 6</b> – Opinião da população sobre os níveis sociais por bairro de São Lourenço da Mata. ....	44
<b>Tabela 7</b> - Serviços ofertados segundo a população da.....	46
<b>Tabela 8</b> - Nível de Importância do serviço para a população. ....	47
<b>Tabela 9</b> – Opinião da população sobre o acesso aos profissionais. ....	48
<b>Tabela 10</b> - Opinião da população residente a mais 1 km de distância da unidade de saúde sobre o acesso aos profissionais. ....	49
<b>Tabela 11</b> - Opinião da população sobre a oferta de serviços na Unidade de Saúde.....	49
<b>Tabela 12</b> - Opinião da população sobre a importância dos funcionários.....	50
<b>Tabela 13</b> - Opinião da população sobre a Acessibilidade aos serviços da unidade de saúde. Chã da Tábua. ....	51
<b>Tabela 14</b> - Opinião da população residente a mais de 1 km de distância da unidade de saúde sobre a Acessibilidade aos serviços. ....	52
<b>Tabela 15</b> - Opinião da população sobre o Nível de satisfação. ....	55
<b>Tabela 16</b> - Opinião da população residente a uma distância maior que 1 km da unidade de saúde sobre o Nível de satisfação. ....	56
<b>Tabela 17</b> - Frequência de utilização de serviços de acordo com a população. Chã da Tábua. 07/2021.....	57
<b>Tabela 18</b> - Opinião da população sobre estímulo ou impeditivo de frequência na unidade de saúde.....	58



<b>Tabela 19</b> - Opinião da população residente mais de 1 km de distância sobre estímulo ou impeditivo de frequência na unidade de saúde. ....	59
<b>Tabela 20</b> - Níveis sociais por bairro segundo os funcionários da UBS. ....	61
<b>Tabela 21</b> - Serviços realizados no posto de Saúde segundo os próprios funcionários. ....	62
<b>Tabela 22</b> - Opinião dos funcionários da UBS Chã da tabua sobre a importância dos serviços. Chã da Tábua. ....	63
<b>Tabela 23</b> - Opinião dos Funcionários da UBS Chã da Tábua sobre o nível de acesso aos próprios profissionais. ....	63
<b>Tabela 24</b> - Opinião dos trabalhadores da UBS Chã da Tábua sobre a importância dos próprios profissionais. ....	64
<b>Tabela 25</b> - Opinião dos funcionários sobre o orçamento destinado aos serviços. ....	65
<b>Tabela 26</b> - Opinião dos funcionários sobre o acesso aos serviços. ....	65

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS –Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária à Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

IDH-Índice de Desenvolvimento Humano

PIB - Produto Interno Bruto

RAS- Redes de Atenção à Saúde

RMR - Região Metropolitana do Recife

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUS – Sistema Básico de Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	10
2	SÃO LOURENÇO DA MATA E A REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE. ....	13
2.1	Dados da Atenção Básica em São Lourenço da Mata .....	24
2.2	O Bairro de Chã da Tábua.....	28
3	ARCABOUÇO TEÓRICO.....	32
3.1	Atenção básica: Princípios, Funções e Infraestrutura .....	32
3.2	Princípios e diretrizes da atenção básica .....	33
3.3	Rede de atenção à saúde e sua função .....	34
3.4	Economia de escala, qualidade e acesso das RAS.....	34
3.5	Das Responsabilidades Gerais.....	36
3.6	Do ministério .....	37
3.7	Sobre as secretarias estaduais, secretarias municípios e distrito federal .....	37
3.8	A infraestrutura da Unidade Básica: profissionais, funções e Estratégia de Saúde da família.....	38
3.9	Desigualdade .....	39
4	METODOLOGIA .....	41
5	ANÁLISE DE RESULTADOS.....	42
5.1	Resultados da coleta com os moradores da Chã da Tábua.....	42
5.2	Resultados da coleta com os funcionários da Unidade Básica de saúde da Chã da Tábua 60	
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
	REFERÊNCIAS .....	71
	APÊNDICE A – Questionário / Formulário opinativo sobre a Atenção Básica destinada a trabalhadores da Unidade Básica da Chã da Tábua .....	73
	APÊNDICE B – Questionário / Formulário opinativo sobre a Atenção Básica destinada a habitantes da Unidade Básica da Chã da Tábua.....	78

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde tem na Atenção básica de Saúde um serviço de assistência continuada e universal, sua abrangência se faz presente em todo território Nacional, sendo vital para o acompanhamento e tratamento de diversas enfermidades, mas também são um indicativo de qualidade de vida social.

É importante pontuar que nesse trabalho não haverá a exploração da pandemia do Covid-19, que apesar de ter uma influência nos dados, exigiria uma pesquisa mais extensiva e dedicada ao tema, portanto, as atenções aqui são voltadas para as variáveis de empecilho condicionadas a outros fatores.

Essa pesquisa trata da variável capital humano relativamente à parcela relacionada à saúde das pessoas. Essa é elemento crucial não apenas como indicador de bem-estar social, mas, também, como variável econômica fundamental ligada com a produtividade da economia e, por conseguinte, com a trajetória de crescimento econômico de longo prazo de uma sociedade.

Desse modo, o presente trabalho pretende examinar a oferta de bens e serviços de saúde em localidade específica a partir da exploração do grau de satisfação dos indivíduos (usuários da *Atenção Básica de Saúde*) com relação aos serviços prestados pela Unidade Básica de Saúde, aqui delimitada no perímetro territorial do bairro da Chã da Tábua, localizado na cidade de São Lourenço da Mata, no estado de Pernambuco. Isso será realizado introduzindo-se, primeiramente, os elementos básicos contidos nas principais diretrizes da *Política Nacional de Atenção básica (PNAB)*. Tais elementos vinculam-se ao funcionamento da instituição, o que permitirá proceder a uma averiguação das funções básicas exercidas e da infraestrutura básica requerida. Com esses elementos em mãos, passa-se a examinar o grau de satisfação dos beneficiários da *Atenção Básica* na unidade estudada.

Há também, na revisão, uma conceituação das redes de atenção e da conexão por ela estabelecida com a *Atenção Básica*. Que se soma a uma explanação sobre as responsabilidades de determinadas esferas do governo na atenção primária, além de uma breve discussão de infraestrutura e desigualdade de acesso.

Buscou-se estabelecer um contexto geográfico a fim de exemplificar através de uma análise comparativa a situação de desenvolvimento e qualidade dos serviços. Neste estudo, foram utilizados dados disponíveis pelas plataformas do IBGE para se analisar aspectos como a demografia, PIB, rendimento médio, índice de desenvolvimento humano, entre outros. Esses

dados servem para comparar os dados apresentados pela cidade que sedia o bairro analisado nessa pesquisa, São Lourenço da Mata, com os dados observados em outros municípios da Região Metropolitana do Recife.

A problemática desta monografia tem por enfoque examinar os serviços de saúde ofertados pela atenção primária a partir da verificação do grau de satisfação dos indivíduos, bem como, da análise da extensão e da variedade da oferta de serviços. Primariamente, foi feito levantamento de alguns dados selecionados do município (a partir de fontes secundárias como o IBGE e Datasus) para verificar a disponibilidade de recursos como, por exemplo, o número de unidades básicas existentes através de um espaço de tempo (2005 - 2021). Dessa maneira pode-se verificar a progressão ou retração do número de unidades, e apresentar dados dos atendimentos gerais do município com relação ao número de atendimentos feitos através da *Atenção Básica* durante o período de 2008 - 2021, e, em paralelo comparar com os dados do município vizinho, Camaragibe<sup>1</sup>.

A fim de apresentar os resultados dos indivíduos, fez-se necessária à coleta de dados junto à população da Chã da Tábua, para tanto, foram aplicados questionários e formulários para se determinar o perfil dos habitantes da localidade, assim como, seus principais desafios na obtenção da saúde pública como, por exemplo, as dificuldades de acesso à oferta de serviços. É importante determinar e verificar as diferentes percepções e contrastes entre os usuários e os funcionários da atenção básica acerca, por exemplo, do papel da distância entre a residência do usuário e a unidade prestadora de serviços de saúde básica.

A hipótese central aqui levantada é a de que os serviços realizados pela *Atenção Básica* estão sendo entregues de forma insatisfatória ou moderada e que existem impeditivos que implicam na menor frequência da utilização dos serviços por parte dos cidadãos da Chã da Tábua. Assim, o foco geral deste estudo vincula-se a verificar o bem-estar da população a partir do exame do *princípio da universalidade* da *Atenção Básica*, através da verificação se há conformidade de acesso aos serviços, ou se existem empecilhos, o que ajudará na identificação das variáveis que causam instabilidades ou limitações. Tal levantamento permitirá estabelecer critérios que podem ser usados para elevar o bem-estar da população a partir do incremento dos indicadores de capital humano relacionados à saúde.

Para atingir seus objetivos, a presente monografia está estruturada em cinco partes além desta Introdução (1). Sendo elas: *São Lourenço da mata e a região metropolitana* (2) que

---

<sup>1</sup> Os dados sobre o município de Camaragibe, município vizinho ao de São Lourenço da Mata, foram particularmente úteis por possibilitar certos parâmetros comparativos.

procura dar um contexto geral da Região; o *Referencial Teórico*(3), baseado em pesquisa bibliográfica, no qual, se enfatizam os aspectos relacionados com o entendimento dos *processos da Atenção Básica*; a *Metodologia* (4), que trata dos caminhos metodológicos que conduziram a pesquisa aos objetivos buscados neste trabalho; a *Análise de Resultados*(5), na qual se verificam e se discutem os dados coletados; e, por fim, as *Considerações finais* (6), parte destinada à resolução sobre a hipótese apresentada.



<b>Itapissuma</b>	23.769	26.900	363,67	73,968
<b>Jaboatão dos Guararapes</b>	644.620	706.867	2732,12	258,724
<b>Moreno</b>	56.696	63.294	322,80	196,073
<b>Olinda</b>	377.779	393.115	9518,52	41,300
<b>Paulista</b>	300.466	334.376	3449,59	96,932
<b>Recife</b>	1.537.704	1.653.461	7555,46	218,843
<b>São Lourenço da mata</b>	102.895	114.079	431,80	264,190

**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do IBGE (2020)

A Tabela 1 apresenta dados do IBGE (2020) referentes aos quantitativos populacionais dos quatorze municípios que formam a Região Metropolitana do Recife (RMR). Observa-se, a partir desses dados, que o município de São Lourenço da Mata ocupa a quarta posição em termos de território e é o oitavo em expectativa populacional em 2020. Sobre taxa de crescimento tem-se um percentual de 10% em dez anos, em comparação com a cidade vizinha de Camaragibe, que teve o crescimento de 9,9%. É interessante observar que Camaragibe era distrito de São Lourenço até o início de 1982<sup>4</sup>. Observa-se também que Camaragibe tem uma densidade demográfica alta, mesmo possuindo um território cerca de 5 vezes menor se comparada com o de São Lourenço da Mata, sua cidade irmã, sendo a segunda menor extensão territorial da RMR.

A Tabela 2 representa o valor percentual da população e a unidade territorial. Em termos gerais a população de São Lourenço representa cerca de 2,84% da totalidade da Região Metropolitana, que está em torno de 4.023.725 pessoas, segundo informações disponíveis no IBGE (2020). Somando a porcentagem territorial de cerca de 10% da totalidade dos 2.764,264 km<sup>2</sup> aproximados em valores calculados com base em dados do IBGE (2020), compara-se com Olinda tem-se um fator curioso: o município contribui com cerca de 10% do total de pessoas da RMR, mesmo representando um dos menores percentuais de unidade territorial, o que claramente explica o maior grau de concentração de habitantes na cidade. Em termos percentuais relativamente à população agregada da Região Metropolitana do Recife, observa-se que houve uma variação dos índices entre 2010 e 2020, baseado em dados do IBGE (2020): o Recife teve uma queda, passando de 41,67% para 41,09%; e Olinda de 10,24% para 9,77%,

<sup>4</sup> Disponível em <https://www.saolourencodamata.pe.leg.br/saolourencodamata>



e a maior alta observou-se no município de Ipojuca, que saiu de 2,18% para 2,48%. Tais dados demonstram a representatividade relativa dos municípios mencionados no agregado populacional na Região Metropolitana, mas não o grau de crescimento vivenciado por cada um deles.

Sobre a densidade demográfica (número de habitantes/km<sup>2</sup>), considerou-se o valor estimado da população do IBGE (2020) e o somatório feito dos agregados das unidades territoriais para chegar ao valor arredondado de 2.337,47 hab./km<sup>2</sup>. Esse resultado será o referencial para a quantidade de pessoas a cada quilômetro quadrado da região metropolitana, ou seja, toma-se esse número como uma base. Na Tabela 1 observa-se que alguns municípios apresentam estar além da faixa média de densidade da RMR, estando o Recife e Olinda como exemplos de valores acima da média, Ipojuca e Araçoiaba com valores abaixo da média. São Lourenço da Mata tem cerca de 4 ou 5 vezes menos densidade do que a média da RMR.

*Tabela 2 - Percentuais: população 2010/RMR, população 2020/RMR, diferença entre a população 2010 e 2020, aumento populacional 2010 a 2020, unidade territorial/RMR.*

<b>Município</b>	<b>População Censo 2010/RMR</b>	<b>População estimada 2020/RMR</b>	<b>Diferença</b>	<b>Aumento populacional 2010-2020</b>	<b>Área da unidade Territorial 2020/RMR</b>
<b>Abreu e lima</b>	2,56%	2,49%	-0,07%	6,27%	5%
<b>Araçoiaba</b>	0,49%	0,52%	0,03%	14,19%	3%
<b>Cabo de santo agostinho</b>	5,01%	5,19%	0,18%	12,93%	16%
<b>Camaraçibe</b>	3,91%	3,95%	0,04%	9,99%	2%
<b>Igarassu</b>	2,76%	2,94%	0,18%	16,03%	11%
<b>Ilha de Itamaracá</b>	0,59%	0,66%	0,07%	21,88%	2%
<b>Ipojuca</b>	2,18%	2,43%	0,25%	21,12%	19%
<b>Itapissuma</b>	0,64%	0,67%	0,03%	13,17%	3%

<b>Jaboatão dos Guararapes</b>	17,47%	17,57%	0,10%	9,66%	9%
<b>Moreno</b>	1,54%	1,57%	0,03%	11,64%	7%
<b>Olinda</b>	10,24%	9,77%	-0,47%	4,06%	1%
<b>Paulista</b>	8,14%	8,31%	0,17%	11,29%	4%
<b>Recife</b>	41,67%	41,09%	-0,58%	7,53%	8%
<b>São Lourenço da mata</b>	2,79%	2,84%	0,05%	10,87%	10%
<b>RMR</b>	3.690.547 Pessoas	4.023.725 Pessoas		9,03%	2764,264 km <sup>2</sup>

**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do IBGE (2020)

Como já mencionado, as variáveis geográficas são importantes para estabelecer dados primários do município, porém, não são conclusivas com relação a outros aspectos que devem ser abordados na presente pesquisa. Assim, estabelecer os indicadores socioeconômicos e em paralelo comparar com outros municípios torna-se de vital importância para desbravar em qual categoria a população de São Lourenço da Mata enquadra-se, e através desses pressupostos analisar as condições de desenvolvimento e capacidade de contribuição para produção ao nível da Região Metropolitana do Recife.

Os dados colhidos da Tabela 3 exibem os PIBs dos municípios selecionados como referência ao agregado produtivo por cada município, e nele pode-se vislumbrar o potencial econômico de cada região destacada. De acordo com Braga e Paulani (2012, p.336), o PIB é um bom indicador de desempenho econômico, ele se revela uma informação imprescindível para demonstrativos de capacidade de produção, porém, mostra-se ineficaz com relação à métrica e captação de bem-estar, pode-se dar uma falsa impressão de riqueza de um determinado local ou região. O simples fato de se ter uma produção tão abastada não torna uma nação ou cidade mais igualitária, faz-se necessário a observação de outros pontos como o PIB per capita, que ajuda na ótica de verificar a divisão média entre o agregado e a população, ou seja, existe um impacto na quantidade de pessoas de uma região para com o PIB e vice-versa.

O PIB per capita também é importante, mas esse indicativo não consegue abranger fatores como a distribuição de renda. Para atender a tal tarefa, é apresentado o índice de Gini.

Assim como o indicado por Braga e Paulani (2012, p. 341), o índice de Gini varia de 0 a 1, em uma escala de quanto mais próximo de zero melhor é a distribuição da renda. Por fim, dos elementos apresentados na tabela abaixo resta o *Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)*, que é um medidor de qualitativo da vida, é uma amálgama de diversas condições humanas agregadas no mesmo índice, abrangendo questões de saúde, qualidade educacional e capacidade monetária. Assim como o índice de Gini, o *IDH* também tem uma variação 0 – 1, e quanto mais próximo de um, mais desenvolvido é o local é. Esses indicadores são, enfim, a base para a interpretação da posição dos municípios, em especial o de São Lourenço da Mata.

**Tabela 3 - Região Metropolitana do Recife: Índices de Desenvolvimento humano (2010), índice de Gini (2010), PIB (2018), PIB/PIB RMR (2018), PIB per capita (2018).**

Município	IDH (2010)	Índice de GINI (2010)	PIB (2018) Em milhões	Representação o percentual no PIB agregado 2018	PIB per capita (2018) em R\$
Abreu e lima	0,679	0,4676	R\$ 1.725,53	1,62%	R\$ 17.320,77
Araçoiaba	0,592	0,4599	R\$ 139,70	0,13%	R\$ 6.877,90
Cabo de santo agostinho	0,686	0,5586	R\$ 9.758,23	9,14%	R\$ 47.575,16
Camaragibe	0,692	0,5320	R\$ 1.850,64	1,73%	R\$ 11.807,42
Igarassu	0,665	0,4988	R\$ 2.531,06	2,37%	R\$ 21.887,47
Ilha de Itamaracá	0,653	0,6125	R\$ 249,44	0,23%	R\$ 9.654,89
Ipojuca	0,619	0,5213	R\$ 11.570,54	10,84%	R\$ 122.169,48
Itapissuma	0,633	0,5574	R\$ 1.563,04	1,46%	R\$ 59.212,96
Jaboatão dos Guararapes	0,717	0,5961	R\$ 13.359,67	12,52%	R\$ 19.149,92
Moreno	0,652	0,5259	R\$ 657,88	0,62%	R\$ 10.566,28
Olinda	0,735	0,5678	R\$ 5.533,87	5,19%	R\$ 14.122,98
Paulista	0,732	0,5047	R\$ 4.190,09	3,93%	R\$ 12.731,32
Recife	0,772	0,4924	R\$ 52.401,48	49,11%	R\$ 31.994,38
São Lourenço da mata	0,653	0,5173	R\$ 1.181,13	1,11%	R\$ 10.511,85
			R\$ 106.712,37		

**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do IBGE & DATA-SUS (2020)

Começando pelo fator produtivo, observa-se que o município de São Lourenço da Mata exhibe um dos piores PIBs da região, o que denota a baixa capacidade produtiva do lugar. De fato, pode-se averiguar que a posição do município com relação aos demais encontra-se no 11º lugar com um valor referente ao ano de 2018 de R\$ 1,181 bilhão de acordo com o IBGE (2018). Com relação a essa capacidade de produção, nota-se que três municípios se destacam pelos baixos índices relativos: Araçoiaba, Itamaracá e Moreno. Porém, o curioso é que possuem uma faixa populacional estimada (apresentada na Tabela 1) entre 20mil e 60 mil habitantes, portanto, verifica-se que São Lourenço da Mata apresenta o pior resultado com relação aos municípios de 100 mil pessoas para cima quando se cruzam as informações da Tabela.1 e 3 relacionando os PIB e a Demografia.

Ao abrir um somatório referente aos PIBs apresentados na Tabela.3, tomando-se como base o IBGE (2018), chega-se ao número agregado estimado de R\$ 106,7 Bilhões. Ao se fazer o processo percentual referente à participação de cada município, vê-se que São Lourenço tem contribuído com cerca de 1,1% da totalidade, que é, naturalmente, uma contribuição muito pequena se comparada com a do Recife, que sozinho é responsável por 49% do PIB da região metropolitana do Recife. Isso faz sentido, uma vez que Recife é a capital do estado de Pernambuco e um importante centro industrial e econômico. Algo curioso é a participação dos demais municípios, com poucos passando de uma participação de dois dígitos de PIB. Somente Ipojuca e Jaboatão se destacam com 10,84% e 12,52%, respectivamente, e os demais com uma participação abaixo de 1%, com destaque mais uma vez para Araçoiaba com um índice de 0,13%.

Porém aqui cabem algumas questões: o que faz de São Lourenço da Mata uma cidade tão limitada em termos de sua representatividade produtiva? Em quais setores estão empregadas as forças de trabalho são-lourencense? Como podem ser classificadas? Para tentar responder a essas questões vale examinar as informações disponibilizadas do PIB pelo IBGE (2018), a partir das quais pode-se verificar os setores que mais empregam na cidade. Ao verificar o PIB bruto a preços correntes da cidade tem-se o valor aproximado de R\$ 1,08 bilhão referente ao ano de 2018, sendo disposto da seguinte forma no site do IBGE<sup>5</sup>: agropecuária R\$ 17,21 milhões; indústria R\$ 149,45 milhões; serviços – exclusive administração, defesa, educação e saúde públicas e seguridade social R\$ 468,04 milhões; já a administração, defesa,

---

5 Produto Interno Bruto dos Municípios | IBGE, disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?t=pib-por-municipio&c=2613701>

educação e saúde públicas e seguridade social R\$ 442,44 milhões. Ou seja, em termos representativos com relação ao PIB bruto, a produção pública equivale relativamente a 41,07%, enquanto o lado industrial e o agrícola representam 13,87% e 1,6%, respectivamente. Intuitivamente isso indica um alto grau de dependência da população para com a administração pública, o que pode estar colaborando para um menor grau participativo no montante do agregado dos PIBs da RMR, mesmo que o setor de serviços esteja indicado como o de maior participação com 43,45%. Mas comparativamente à sua coirmã, Camaragibe, referente ao ano de 2018, que tem um PIB bruto de acordo com o IBGE (2018) de R\$ 1,64 bilhão, no qual: o setor industrial responde por R\$ 96,92 milhões; o agrícola por R\$8,86 milhões; serviços - exclusive administração, defesa, educação e saúde públicas e seguridade social representam R\$895,96 milhões; administração, defesa, educação e saúde públicas e seguridade social R\$ 647,910 milhões. Aqui tem-se o setor de agrícola com 0,54% na representatividade do PIB bruto, e o industrial com 5,88%, o setor de serviços com 54,31% representa a maior parcela, e administração pública representa cerca de 39,28%. No geral o PIB bruto de São Lourenço é 34,70% menor que o de Camaragibe, porém, o setor de indústria e agropecuária se saem melhor: a indústria tem 54,20% e a agricultura 94,29%. Já o setor de serviços de São Lourenço da Mata tem -47,76, e a administração pública tem -31,71%, isso em uma comparação percentual direta entre os municípios. Assim, pode-se perceber que São Lourenço tem uma capacidade produtiva mais limitada, e bem calcada no setor público.

Mas para parâmetro, o município mais desenvolvido, o Recife, um ponto referencial por ser a capital, tem na sua divisão do valor bruto do PIB – de valor total igual a R\$ 43,865 bilhões – de acordo com o IBGE (2018): indústria R\$ 5,532 bilhões, sendo 12,61% do total bruto; agropecuária R\$ 46,96 milhões representando 0,11% do total; serviços R\$ 31,234 bilhões sendo 71,20% do total; e, por fim, a administração pública com R\$ 7,05 bilhões equivalente a 16,08% do total. Ao contrastar-se com uma metrópole cosmopolita observa-se a imensidão abismal que separa São Lourenço de uma cidade com alta capacidade. Então, em um embate direto, São Lourenço da Mata tem um valor bruto do PIB significativamente menor -97,54%, o setor agrícola corresponde a -63,34%, o setor industrial -97,30%, Serviços -98,50%, administração pública -93,73%. Ou seja, mesmo o menor setor do Recife que, o agrícola, que corresponde a 0,11% referentes ao montante ainda em valor bruto, produz cerca de 172,77% mais que o mesmo setor em São Lourenço. Em suma, o setor de serviços é de extrema importância para o Recife e a contribuição do setor é profundamente impactante.

Ao retomar os comparativos dos indicadores da Tabela 3, tem-se o PIB per capita como uma forma de mensurar a riqueza local, e nesse ponto São Lourenço da Mata fica com a

posição de décimo segundo lugar, entre os quatorze municípios, estando na frente somente de dois municípios da RMR, Araçoiaba e a Ilha de Itamaracá, e estando tecnicamente empatado com Moreno. Porém, conforme já mencionado, o PIB per capita não é um indicador sólido de desigualdade e desenvolvimento, sendo complementado pelos índices de IDH e Gini. Dentre as cidades, São Lourenço da Mata está entre a nona e décima posição, uma vez que empata com Itamaracá na questão de desenvolvimento, ambos com um índice de 0,653. Percebe-se claramente um bloco de destaques com o Recife liderando, pode-se separar um grupo de destaque que seriam aqueles a atingiram 0,7 ponto ou mais. Nesse bloco o Recife, Olinda, Jaboatão e Paulista, fazendo destes os melhores IDHs da RMR. Ainda há aqueles em que a contagem chega a se aproximar dos líderes: Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Abreu e Lima se destacam com referências entre 0,679 até 0,690. Uma terceira faixa engloba as demais localidades, em torno de 0,6; e, por fim, Araçoiaba, que amarga a última posição da RMR como pior IDH. Ao se verificar a situação de São Lourenço da Mata, observa-se que se trata de uma região nos padrões de desenvolvimento que corresponde a faixa central mediana entre os quatorze municípios. Nessa categoria a cidade de São Lourenço da Mata tem um nível aceitável de desenvolvimento relativo à região.

Com relação à classificação quanto ao IDH, considerando-se a totalidade dos municípios brasileiros, São Lourenço da Mata (no ranking<sup>6</sup> referente aos índices de 2010) ocupa a posição 3055<sup>o</sup> entre os 5.565 municípios. É notável que alguns locais compartilham posições entre si, pois possuem IDH semelhantes. Assim, pode-se afirmar que São Lourenço da Mata é uma cidade mediana em questão de desenvolvimento, porém, bem atrás do seu antigo distrito Camaragibe, que ocupa a posição 2.134<sup>o</sup> no nível nacional. O destaque da RMR é o Recife, que está na 210<sup>o</sup> nacional. Após verificar o posicionamento nacional entre os IDHs, inicia-se o de nível estadual através do ranqueamento<sup>7</sup>, pode-se verificar que o Recife tem o segundo maior IDH do estado, Camaragibe detém a sétima posição. Mesmo São Lourenço da Mata apresentando taxas de desenvolvimento de uma cidade média, obteve uma boa posição no nível estadual, representando o 21<sup>o</sup> maior IDH dentre os mais de 185 municípios que compõe Pernambuco. Assumindo assim um papel de protagonismo dentro da região, não devendo ser descartado de forma alguma, apresentando-se como um lugar de bom potencial.

---

6 Disponível em <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>

7 Disponível em

[http://www.condepefidem.pe.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=18784251&folderId=22058690&name=DLFE-106004.pdf](http://www.condepefidem.pe.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=18784251&folderId=22058690&name=DLFE-106004.pdf)

Para a última variável da Tabela 3, que é o índice de Gini, referente ao ano de 2010, que dá conta do nível de distribuição da riqueza ou a concentração da mesma, São Lourenço da Mata apresenta números médios (0,5173), porém, mais consistentes e confortáveis quando relacionados aos muitos outros lugares da RMR. Ressalte-se que o Recife (0,4924) e Araçoiaba (0,4599) tem os melhores índices, porém é digno de nota que a contribuição de Araçoiaba é ínfima para o PIB da RMR. Já o Recife é um caso em que mesmo com a grande geração de produção representando 49% da RMR tem um índice de Gini abaixo de 0,5. Dessa forma, é seguro admitir que todos os municípios da RMR estão em um patamar de melhor equidade que o agregado geral de todo Estado (0,6366). Nesse quesito, a Ilha de Itamaracá é a que mais se aproxima da média estadual com um índice de 0,6125, é sem sombra de dúvidas a pior marca da RMR.

Antes de prosseguir, vale comentar a progressão do índice de Gini durante os anos de 1991, 2000 e 2010, dados relativos aos censos, que servem para mostrar a evolução no decorrer do indicador nessas décadas. Em 1991, a cidade de São Lourenço da Mata apresentava índices de 0,5162; aumentou para 0,5486 em 2000; e, finalmente, ficou em 0,5173, em 2010. Percebe-se que houve uma flutuação em torno da faixa mediana, mas uma piora no início do século XXI relativamente ao início da última década do século XX, porém, posteriormente, houve uma melhoria em 2010, mas não o suficiente para retornar um patamar anteriormente registrado.

**Tabela 4 - Salário médio mínimo, pessoas ocupadas, porcentagem de pessoas ocupada por habitantes, rendimentos mensais até ½ salários-mínimos.**

Município	Salário médio (mínimo) (2019)	Pessoas ocupadas (2019)	%População ocupada	Rendimento nominal mensal de até ½ do salário-mínimo 2010
Abreu e lima	2,0	12.802	12,8 %	43,3 %
Araçoiaba	1,8	38.286	11,5 %	40,4 %
Cabo de santo agostinho	2,2	41.170	19,9%	43,8 %
Camaragibe	1,8	15.048	9,5 %	41,9 %
Igarassu	2,1	20.101	17,2 %	45 %
Ilha de Itamaracá	1,6	1.625	6,2 %	55,1 %
Ipojuca	3,2	33.816	35,2 %	44 %
Itapissuma	3,0	5.555	20,8%	51,1 %
Jaboatão dos Guararapes	2,0	104.474	14,9 %	41,4 %
Moreno	1,9	6.324	10,1 %	47,9 %

<b>Olinda</b>	1,8	80.354	20,5%	39,7 %
<b>Paulista</b>	1,8	38.286	11,5 %	40,4 %
<b>Recife</b>	3,3	718.741	43,7 %	38,1 %
<b>São Lourenço da Mata</b>	2,0	11.051	9,8 %	46,1 %

**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do IBGE (2019)

A Tabela 4 tem por objetivo um comparativo geral focado nos salários, taxa de ocupação e rendimentos da RMR. São Lourenço da Mata tem uma das piores taxas de ocupação percentual, a estimativa é de que apenas 9,8% de sua população tenha algum tipo de ocupação, o que representa um total de 11.051 pessoas segundo os dados fornecidos pelo IBGE (2019).

Em uma comparação generalizada São Lourenço da Mata fica entre às três piores proporções na taxa de ocupação, seguida por Camaragibe e Itamaracá, nessa ordem. Ao correlacionar rendimento e ocupação, têm-se as cidades mais engajadas na questão da ocupação, mas isso não indica necessariamente que tenham médias salariais altas. Por exemplo, Olinda tem uma taxa de ocupação de 20,5%, mas uma média salarial contabilizada por salários mínimos de 1,8, enquanto o Cabo de Santo Agostinho tem 19,9% de ocupação e 2,2 de salário médio. É interessante ressaltar que ocupação é um termo abrangente, onde empregos formais e informais se aplicam, portanto, tem impacto direto na média salarial geral da cidade, o que pode significar que alguma cidade pode ter uma taxa alta de ocupação, mas amargar um salário médio menor do que outro local com uma ocupação menor. Das especificidades de São Lourenço da Mata registre seu salário médio de 2,0, que por sinal é superior aos 1,8 de Camaragibe. A se examinar a média básica chega-se ao número estimado de 2,17 salários médios na Região metropolitana do Recife, sendo seguro afirmar que boa parte dos municípios operam abaixo do agregado médio em questões salariais, uma vez que transitam em sua maioria entre a faixa de 1,6 a 2,0, aparecendo como o destaque negativo o município de Itamaracá, que, além de ter a menor taxa de ocupação, também detém o menor salário médio: 1,6. Por último, um breve informativo dos rendimentos – que é o quantitativo percentual das pessoas que sobrevivem com uma parcela equivalente a até meio salário mínimo ao mês – que é uma métrica que ajuda a determinar o grau de dificuldades das populações com relação aos ganhos. Nota-se que a maioria dos municípios tem um fluxo que gira entorno de 38,1%, caso do Recife, até 55,1%, caso de Itamaracá; no geral, a média é de cerca de 40% na Região Metropolitana do Recife (RMR).

No que pese ser São Lourenço da Mata uma cidade com diversos entraves e deficiências de ordem econômica e social, pode-se afirmar que é um lugar de padrões

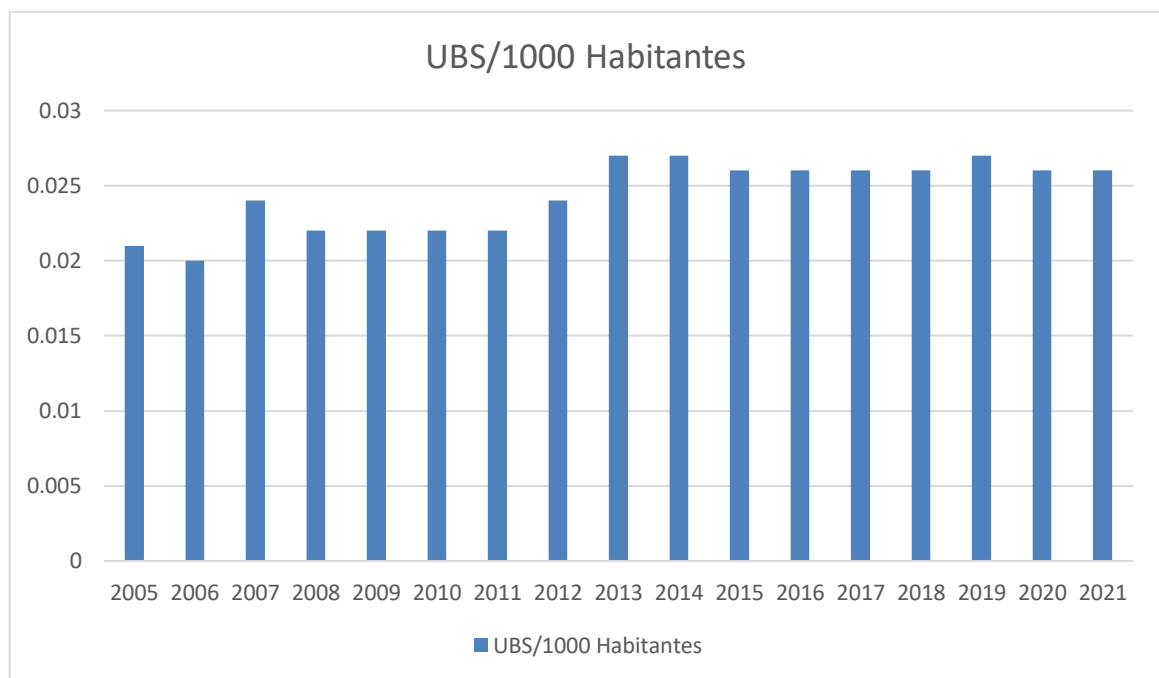


medianos, onde existe um enorme espaço para evolução e desenvolvimento de atividades econômicas, porém, na análise ainda há campos a serem discutidos e abordados com relação mais específica a *Atenção básica* da Saúde e os seus dados.

## 2.1 Dados da Atenção Básica em São Lourenço da Mata

Os comentários seguintes fundamentam-se na observação de aspectos da *Atenção Básica* levantados a partir de dados disponíveis na plataforma do DATASUS. A partir dos quais pretende-se discutir e traçar a situação atual do município de São Lourenço da Mata, o que espera-se seja também úteis como subsídios para a formulação de políticas públicas.

**Figura 1** - Número de Unidades Básicas de Saúde em São Lourenço da Mata a cada 1000 habitantes (2005-2021)



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES 2005-2021 (DATASUS)

Durante a coleta de dados houve a necessidade de se obter as informações acerca da quantidade de *Unidades Básicas de Saúde (UBS)* presentes no município para verificar se existe um quantitativo satisfatório para atender a população de forma confortável. Assim, chegou-se ao número de 0,026 unidades cadastradas por 1000 habitantes segundo o Datasus, referentes a estimativa ao ano de 2021. Para fazer face ao atendimento de um total de pouco mais de 114 mil habitantes (com base no cálculo estimado para o IBGE para o ano de 2020).

Ao analisar a Figura 1 pode-se aplicar uma média entre habitantes e unidades que daria cerca de 4.387,6 hab./unidade, que, segundo o Ministério da Saúde<sup>8</sup>, a capacidade máxima para uma unidade dependente da utilização de *Estratégia Saúde da Família (ESF)*, é da ordem de até 12 mil habitantes, mas as unidades que não utilizam a *Estratégia Saúde da Família (ESF)* devem suportar 18 mil habitantes. Isso faz sentido, uma vez que uma equipe de saúde da família é orientada a ser responsável por no máximo 4000 habitantes, isso porque cada unidade não obrigatoriamente abriga somente uma equipe, podendo haver mais de uma, dependendo da densidade populacional local.

Os dados com relação à quantidade de unidades indicam que São Lourenço da Mata pode estar operando próximo do número ideal de unidades de saúde por habitante. Todavia, os dados não indicam que haja uma distribuição proporcionalmente adequada entre os bairros. Ou seja, a concentração de unidades em determinadas localidades pode estar refletindo a carência noutras partes da cidade, o que, neste caso, implicaria na dificuldade de acesso aos bens e serviços da saúde básica, inclusive às informações. Logo, uma eventual má distribuição das unidades ofertantes de saúde básica entre os bairros da cidade poderia comprometer o atendimento mais simétrico entre os habitantes dos diferentes bairros da cidade.

Com relação à série anual apresentada na Figura 1, sua dinâmica foi composta dos números apresentados pela plataforma do DATASUS, onde foi coletado informações referentes a todos os meses de dezembro de cada ano relatado, com exceção do de 2021, cujo valor fora o mais recente datando de maio de 2021. Deve-se relatar que há uma certa instabilidade no número de unidades, fato um tanto inexplicável. Nota-se que, por exemplo, ao final de 2019 a cidade detinha 0,027 unidades por 1000 habitantes, mas no final do período de um ano esse número baixa para 0,026, e isso não se mostra como um fenômeno isolado, se repetindo em vários períodos de tempo. No processo de busca no site da prefeitura da cidade, a própria informa existirem 25 unidades em um informativo de prestação de serviço<sup>9</sup>, mas no site do legislativo de São Lourenço da Mata há uma listagem de bairros estimados da cidade<sup>10</sup>, onde se registram um total de 26 bairros, o que não significa que exista especificamente a métrica onde haja a divisão de 1 (ou mais postos) por bairros, uma vez que pode haver múltiplas equipes

---

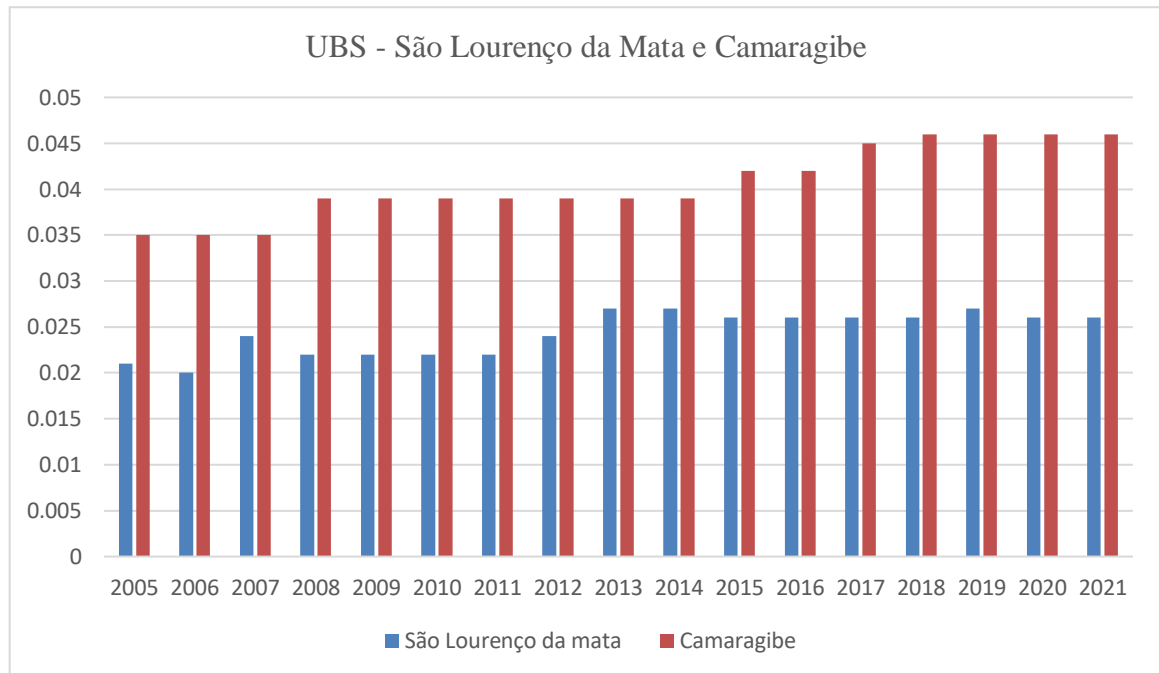
8 Portaria 2488/2011 de outubro de 2011

9 Disponível em <https://slm.pe.gov.br/noticia/as-unidades-basicas-de-saude-ubs-e-unidades-de-saude-da-familia-usf-de-sao-lourenco-da-mata-estao-realizando-o-atendimento-ambulatorial-em-todos-os-bairros-da-cidade>

10 Disponível em <https://www.saolourencodamata.pe.leg.br/saolourencodamata>

que sirvam em bairros distintos e utilizem o mesmo espaço físico em locais de fronteiras de bairros.

**Figura 2** - Número de Unidades Básicas de Saúde, Camaragibe e São Lourenço da Mata a cada 1000 habitantes, (2005-2021)



**Fonte:** Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES 2005-2021(DATASUS)

Em um comparativo entre as cidades irmãs, tem-se Camaragibe em um crescente na implementação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em uma construção mais regular que São Lourenço da Mata, mas isso não significa que não existam oscilações inexplicáveis nos números, que não são observadas na Figura 2 uma vez que a dinâmica é a mesma da Figura 1 – ou seja, referente aos meses de dezembro de cada ano (2005 até 2020) e de março para o ano de 2021. Mas um fato é que Camaragibe tem uma sólida evolução em conformidade com os dados do DATASUS, bem como, com as informações obtidas no IBGE (2020), que indicam que na cidade há cerca de 158.899 habitantes, logo, a média é de 3.454 hab./unidade, enquanto São Lourenço da Mata tem a média de 4.387 hab./unidade, conforme já visto anteriormente. No ano de 2020, durante o recorte de 10 anos (2010-2020), foram adicionadas um total de 4 unidades de saúde em São Lourenço, já em Camaragibe o acréscimo foi 7 unidades, atualmente, no ano de 2021, de acordo com o DATASUS, tem-se a quantidade

de 0,026 unidades por habitantes em São Lourenço da Mata e 0,046 por habitantes em Camaragibe, uma diferença de 0,020 unidades por habitantes entre as cidades. Ressalte-se que para um melhor entendimento desses números outros fatores devem ser levados em consideração como, por exemplo, os dados das consultas ambulatoriais presentes na Tabela 5.

**Tabela 5 – Número de atendimentos ambulatoriais da Atenção Básica, Camaragibe e São Lourenço da Mata (2008-2021)**

<b>ANOS</b>	<b>SÃO LOURENÇO DA MATA</b>	<b>CAMARAGIBE</b>
<b>2008</b>	619.539	3.097.116
<b>2009</b>	424.260	1.071.011
<b>2010</b>	391.684	978.256
<b>2011</b>	3.070.555	1.194.563
<b>2012</b>	486.031	1.012.973
<b>2013</b>	468.076	1.347.100
<b>2014</b>	517.854	3.363.632
<b>2015</b>	743.481	1.365.832
<b>2016</b>	811.410	556.041
<b>2017</b>	505.851	433.117
<b>2018</b>	405.596	316.881
<b>2019</b>	405.154	261.198
<b>2020</b>	192.097	103.747
<b>2021</b>	113.280	48.258

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) 2008-2021. DATASUS (2021)

A Tabela 5 apresenta números absolutos do agregado da produção anual do número de atendimentos ambulatoriais na *Atenção Básica*. Neste vê-se que existe uma flutuação enorme, uma vez que atrelada ao condicionamento de diversos trabalhadores, podendo haver instabilidades, porém, não justifica a produtividade abaixo do esperado. De acordo com a Tabela 5, ambos os municípios apresentaram decréscimos nos números em termos de atendimento ambulatorial. São Lourenço da Mata obteve o seu pico de atendimentos em 2011, e Camaragibe em 2008. Interessante notar que Camaragibe apresentou números inferiores comparativamente. O fato é que nos últimos anos os números só diminuem, mas os números

apresentados em 2020 são compreensíveis, uma vez tratando-se de um ano marcado pela pandemia de covid-19, teoricamente os atendimentos e esforços se voltariam ao combate ao vírus, boa parte dos profissionais realocariam sua força de trabalho para o atendimento emergencial, por tanto esclarecendo baixa taxa de atendimento ambulatorial no ano de 2020.

Enfim, é hora de se aprofundar no questionamento principal: definir o padrão de oferta como satisfatório e como categorizar essa situação. Os dados do DATASUS e afins dão uma visão “macro” do ambiente, mas quando se trata do aspecto mais “micro” são ineficazes para estabelecer um nível de satisfação. Então faz-se necessário a coleta da opinião popular, que na presente pesquisa se deu através da utilização de questionários (que são respondidos na ausência do pesquisador) e formulários (que são questionários aplicados pelo próprio pesquisador) com a função de levantar a visão popular sobre a importância da *Atenção Básica* e seu nível de utilidade a partir de sua percepção quanto aos bens e serviços ofertados.

## 2.2 O Bairro de Chã da Tábua

A escolha do local se deu, pois, lá era onde até uns anos atrás se localizava o lixão da cidade de São Lourenço da Mata (atualmente desativado), como pode ser conferida na reportagem encontrada no site da Folha de Pernambuco<sup>11</sup>. Neste local, alguns habitantes utilizavam-se dos detritos como meio de subsistência, o que findou por caracterizar um ambiente altamente insalubre, fazendo-se necessária a oferta dos produtos da *Atenção Básica* para uma população altamente carente e vulnerável. Particularmente nessas condições a *Atenção Básica* deve ser ativa e eficaz, buscando-se a manutenção ou a melhoria da qualidade de vida das pessoas. De fato, a *Unidade Básica de Saúde* da Chã da Tábua de tão necessária, passou a ser considerada um patrimônio coletivo de muita relevância para a comunidade do bairro e todos os seus beneficiários.

---

11 Disponível em <https://www.folhape.com.br/noticias/mppe-exige-a-interdicao-do-lixao-de-sao-lourenco/63406/><sup>6</sup>

*Figura 3 - UBS: Chã da Tábua*



**Fonte:** acervo pessoal do autor

**Figura 4- UBS: Chã da Tábua**



**Fonte:** acervo pessoal do autor

Foram estabelecidos dois modelos de questionários, cada um voltado a públicos distintos: funcionários e comunitários, com perguntas exclusivas em ambos os modelos. Primeiramente, analisam-se os dados referentes aos cidadãos, e, posteriormente, os dados levantados junto aos funcionários da *Atenção Básica*. Foram aplicados 54 questionários/formulários, sendo 44 pessoas na categoria de comunitários e 10 pessoas na categoria de funcionários.

O posto de Saúde da Chã da Tábua cobre uma população de 4.404 pessoas, constituintes de 1.513 famílias, em conformidade com as informações constantes da *sala de*



situação<sup>12</sup> (Figura 5). Assim, pode-se inferir que a faixa amostral da pesquisa giraria em torno de 1% da população da Chã da Tábua (44 pessoas)<sup>13</sup>.

**Figura 5 – Sala de Situação**

**GOVERNO MUNICIPAL  
SÃO LOURENÇO DA MATA  
PERNAMBUCO - BRASIL  
www.slm.pe.gov.br**

**SALA DE SITUAÇÃO**

UNIDADE DE SAÚDE: CHÃ DA TÁBUA ANO: \_\_\_\_\_

POPULAÇÃO: 4.404

NÚMERO DE FAMÍLIAS CADASTRADAS: 1.613

INDICADORES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
<b>SAÚDE DA CRIANÇA</b>												
<b>Crianças de 0-3 meses e 29 dias</b>												
Aleitamento Materno Exclusivo												
Nascidos Vivos no mês												
<b>Crianças 0-11 meses e 29 dias</b>												
Número de Consultas de Puericultura												
Vacina em dia												
Desnutridas												
Crianças de Risco inscritas												
Óbitos Infantis												
<b>Crianças Menores de 2 anos</b>												
Casos de Diarreia												
Casos de IRA												
Casos de Sarampo e Rubéola												
<b>SAÚDE DA MULHER</b>												
<b>Gestantes Cadastradas</b>												
Gestantes com Pré-Natal iniciado no 1º trimestre												
Gestantes vacina em dia												
Gestantes Pré-Natal em dia												
Óbitos Maternos												
Nº de prevenção Cervico-Uterino												
<b>SAÚDE DO ADULTO</b>												
<b>Hipertensos Cadastrados</b>												
Hipertensos Acompanhados												
<b>Diabéticos Cadastrados</b>												
Diabéticos Acompanhados												
<b>Casos de Tuberculose Cadastrados</b>												
Casos de Tuberculose Acompanhados												
<b>Casos de Hanseníase Cadastrados</b>												
Casos Hanseníase Acompanhados												

Fonte: acervo pessoal

12 Quadro de dados de consulta pública localizada na Unidade Básica de Saúde, detém informações variadas (nº de hipertensos, nº de diabéticos, população coberta etc.)

13 Todavia, ao se verificar a Figura 5 nota-se a falta de dados informativos vitais, como ano, número de hipertensos, diabéticos, gestantes etc.

### 3 ARCABOUÇO TEÓRICO

#### 3.1 Atenção básica: Princípios, Funções e Infraestrutura

O presente capítulo tem por objetivo proceder a uma pesquisa bibliográfica com o intuito de estabelecer contextos e conexões para que fiquem mais claras as engrenagens que compõem a *Atenção Básica* no Brasil. Para tanto, serão estudados textos de autores que abrangem desde o funcionamento do sistema até as distorções sociais intrínsecas ao serviço oferecido. Antes de tudo, é preciso entender a *Atenção Básica* como um todo, compreender as especificidades do seu funcionamento, ver a métrica de sua abrangência, verificar as suas principais estratégias, e observar a sua infraestrutura básica, e, é claro, a sua função social. A *Política Nacional de Atenção básica ou PNAB (2012)* vem para traçar os horizontes no que tange o atendimento básico em saúde, organizando padrões de consulta e modelando estruturas vitais uma vez que é a cartilha básica do ministério da saúde para a organização de toda estratégia em volta da *Atenção Básica*.

Ao falar-se de *Atenção Básica* pode-se concebê-la como ponto primário de acesso aos serviços do *Sistema Único de Saúde (SUS)*, constituindo um serviço descentralizado e universal, que preza por um aspecto comunitário, onde o povo pode ter acesso a uma série de bens e serviços de saúde básicos, porém, próximos e acessíveis. Assim, a *Atenção Básica* exerce uma função de fio condutor, a partir do qual os pacientes são conduzidos para outros setores do *Sistema Único de Saúde (SUS)* a depender do tratamento que necessitarem.

Para fazer o papel de “porta de acesso” têm-se as *Unidades Básicas de Saúde (UBS)* constituídas, em termos gerais, pelos *Postos de Saúde*, esses são geralmente instalados próximos à população a partir de critérios vinculados às quantidades populacionais das localidades, buscando-se, dessa forma, atingir a máxima abrangência territorial possível, mantendo o foco na *acessibilidade, gratuidade e universalidade*.

### 3.2 Princípios e diretrizes da atenção básica

De acordo com a PNAB (2012), a *Atenção Básica* tem como objetivo um conjunto de ações que visa a manutenção, rastreamento, diagnósticos e proliferação da saúde, seja no âmbito individual quanto no coletivo, uma vez que o individual tem impacto na coletividade. Assim, dado um contexto territorial, o trabalho que deve ser realizado em equipe, visa, principalmente, às práticas preventivas dirigidas à sanitização, estabelecendo-se, assim, uma dinâmica entre equipe de saúde e o território de sua atuação. Cada equipe tem como sua responsabilidade a proliferação da saúde no espaço previamente delimitado para a sua ação. Ao se dar com as demandas da população desse espaço, tem-se que observar determinados critérios como risco e vulnerabilidade da população, pois é fundamental que toda carência de saúde ou mazela deva ser tratada e suportada por questões éticas e sociais.

A *Política Nacional de Atenção básica (PNAB, 2012)* propõem cinco diretrizes e fundamentos que julgam como fundamentais na aplicação de sua política. Primeiramente busca estabelecer uma relação com a área de cobertura como o intuito de efetivar uma descentralização dos serviços prestados e, ao mesmo tempo, facilitar a resolução de problemas em uma abrangência maior; o pressuposto dos relacionamentos também serve para um estreitamento de laços entre comunitário e equipe. Outra diretriz diz respeito a universalidade dos serviços prestados, a unidade deve atender de forma irrestrita e total todos os tipos de pessoas existentes, mantendo o princípio da cordialidade e respeito presentes no acolhimento e atendimento.

A PNAB (2012) propõe ainda que as unidades de saúde estabeleçam mecanismos para facilitação de acesso que deve ser de qualidade e sem nenhuma forma de exclusão humana, ou seja, uma saúde ampla de qualidade e inclusiva de forma contínua, de maneira que a maior parte dos problemas e adversidades sejam resolvidos ou amenizados. Nas diretrizes da PNAB (2012) há um estímulo para a formação de uma espécie de vínculo de confiança e responsabilidade construída ao longo do tempo entre as famílias e os profissionais, sendo os usuários vinculados a um profissional ou equipe de referência, permitindo um aprofundamento nos laços ao longo do tempo, estabelecendo-se históricos completos caracterizadores de um importante aspecto da atenção continuada de prevenção e tratamentos. A diretriz da integralidade estabelece que todo ser humano deve ser atendido de forma integral, na qual as diversas ações e promoções da saúde são combinadas com um trabalho multilateral e

coordenado por diversos profissionais a fim de maior amplitude de cuidados e da resolução de enfermidades; pôr fim há a estimulação dos pacientes para uma maior independência na composição de estratégias de cuidado com a saúde. No processo estabelecido pelas diretrizes pode-se ter uma noção das linhas gerais exercidas pelo *Sistema Único de Saúde* para a *Atenção Básica*, constatando-se a importância dada a iniciativa de saúde da família como central para o seu fortalecimento e ampliação.

### 3.3 Rede de atenção à saúde e sua função

Seguindo em frente tem-se o conceito de *Rede de Atenção à Saúde (RAS)*, sendo uma estratégia definida através de uma gama de serviços e ações coordenadas em múltiplas escalas atendendo um variado número de perfis, através de tecnologias diversas para proporcionar uma assistência complementar, fomentando assim uma saúde mais plural. Há funções que devem ser seguidas na *Rede de Atenção à Saúde (RAS)* no âmbito específico da *Atenção Básica* como o fato da manutenção da descentralização e das características de base de acesso, cabendo identificar os problemas e estabelecer resoluções. Ao atuar como ponte entre os setores de rede de atenção, através de procedimentos regulatórios como encaminhamentos ou prescrição de exames para proporcionar atenção continuada e ordenada dos tratamentos demandados, essa coordenação se mostra vital e necessária para o andamento da *atenção básica*. Em suma a RAS serve de catalisador para resolução de problemas complexos e específicos, obedecendo um padrão possivelmente hierárquico onde o paciente pode passar por determinadas esferas desde a atenção primária até algo mais elaborado e específico.

### 3.4 Economia de escala, qualidade e acesso das RAS

Dentre os conceitos indicados em Mendes (2011) um chama a atenção, são os aspectos de *economia de escala* que são empregados no processo da *Rede de Atenção à Saúde (RAS)*, e que juntamente com a qualidade e a disponibilidade de recursos formaram a organização dos seus fundamentos básicos. De acordo com Mankiw (2019, p.210), *economias de escala* estão diretamente relacionadas com a queda do custo médio em função de um aumento da quantidade produzida. Mendes (2011), pondera a lógica sobre a qual as RAS se fundamentam e visualiza a economia de escala como um determinante na concentração ou

dispersão de algum serviço. Esse autor atribui à distância e à escassez um caráter essencial, a partir do qual os recursos são suficientes, e a distância é determinístico para a acessibilidade, então, deve haver uma oferta de forma dispersa. Por outro lado, se há escassez, e a distância não é um limitante ao acesso, nesse ponto a *economia de escala* pode ser uma fonte de benefícios.

Dado que os recursos são escassos aproveita-se dos ganhos de escala a partir da concentração de serviços, Mendes (2011) determina que a contração ou desconcentração de um serviço deva obedecer a uma ordem de escassez de recursos. Assim, quanto maior a escassez de recurso, seja ele humano ou físico, mais concentrado deveria ser, à medida que quanto mais abundante mais descentralizado. O autor exemplifica que médicos clínicos gerais devem ser descentralizados uma vez que são mais numerosos que alguns especialistas de determinada área da medicina, portanto, a oferta de profissionais e recursos estão diretamente conectadas com a sua centralização ou não, quanto maior, mais descentralizada será.

Bunker et al (1982) apud Mendes (2011) atribuíram um vínculo entre economia de escala e qualidade, ou seja, o estabelecimento de uma dinâmica entre qualidade e quantidade, explana que os maiores volumes de serviços ofertados podem empregar melhor qualidade, uma vez que dariam margem para melhores ferramentas e subsídios para que os profissionais obtenham maior capacidade produtiva, tanto em questão de aprendizagem quanto na de eficiência. Donabedian (1973) apud Mendes (2011) estabelece uma relação entre o acesso à saúde e a capacidade do próprio sistema de saúde de suprir a demanda necessária dos cidadãos, e faz uma distinção entre dois tipos de acessibilidade: uma voltada para os custos de distâncias relacionados aos transportes e a distância espacial percorrida, o que caracteriza como acessibilidade geográfica; e outra se relacionando de natureza social e organizacional, na qual são abordados determinados aspectos da oferta do setorial. Já Penchansky e Thomas (1981) apud Mendes (2011), têm uma visão mais abrangente sobre a definição de acesso à saúde, nele identifica as dinâmicas entre pacientes e o sistema de saúde, e nisso são projetadas diversas escalas de acessos. Nessa nova equação ele revela novos panoramas, sendo alguns já apresentados pelos autores anteriores, como o fator da distância geográfica, mas coloca fatores de interação humana e as limitações financeiras em primeiro plano, revelando assim uma atenção ao acolhimento e ao poder de compra do cidadão. Além disso, reforça-se a necessidade de aceitação mútua entre profissionais e pacientes. Por fim, Carr-Hill et al. (1997) apud Mendes (2011) consideram uma combinação de variáveis como fundamentais nos acessos à saúde, atribuindo peso ao *custo de oportunidade*, *severidade*, *efetividade* e *distância*. O *custo de oportunidade* aqui deve ser entendido como aquele incorrido na utilização dos serviços de

saúde; a *severidade* diz respeito às condições inerentes à necessidade da utilização; e a *efetividade* relaciona-se a um parâmetro desejado de um serviço.

Mendes (2011) sintetiza o acesso como ponto de zelo, estabelece que uma configuração ideal para a *RAS* seria uma ligação entre dispersão e centralização de serviços prestados através de organização mista onde se levaria em consideração as especificidades e características ao atribuir um perfil para cada serviço, classificando como disperso ou centralizado. Ele, por fim, atribui o ponto ótimo da *RAS* à sincronia entre as *economias de escala* e os serviços ofertados de boa qualidade e de acesso imediato. Como ponto vital, na visão do autor, posiciona-se o princípio da *acessibilidade*, que deve prevalecer sobre todos as intempéries, pois, a saúde é universal por direito.

### 3.5 Das Responsabilidades Gerais

É importante conhecer acerca das responsabilidades de cada esfera no que tange à *Atenção Básica*, saber quais os limites de cada peça na cadeia hierárquica da Federação, União, estados e municípios, e qual sua parte no todo, com o que contribuem e qual o seu papel no andamento dos serviços empregados. Antes de tudo é preciso entender que a estrutura de responsabilidade é multifacetada, então em alguns pontos as responsabilidades são gerais, como as apresentadas na própria PNAB (2012), onde a gestão básica tem uma função geral de organizar e gerir, sendo um trabalho de todos. Outro aspecto considerado tende a ser a propagação da estratégia da saúde da família como ponto de difusão e de firmamento. Nesse aspecto a qualificação se mostra como um processo a ser alcançado, seja com os espaços físicos de infraestrutura e seus devidos cuidados e manutenção, estabelecendo um local agradável para as práticas de saúde e prevenção, seja como a própria capacitação de trabalhadores da ação básica. Estimular a evolução do funcionário, dando-lhe ferramentas e oportunidades para exercer um trabalho pleno e capacitado com todas as garantias de direitos profissionais do trabalho.

O PNAB (2012) continua com a listagem apontando para outros elementos de responsabilidade geral. Por exemplo, a importância das informações, assim como, a sua divulgação no fluxo informativo, a montagem de estratégias e formas de estabelecimento de dinâmicas de resultados, que são um processo fundamental para o planejamento. Através disso pode-se desenvolver melhoramentos e até propagar uma rede de informação sólida.

O desenvolvimento deve ser buscado através do estímulo ao surgimento de novas tecnologias, que é desejável e incentivado, para o avanço de ideias que busquem maior

efetividade, eficiência e evolução. Mas esses processos não podem transcorrer de forma isolada, devem buscar uma integração através de parcerias com diversos órgãos, desde a iniciativa privada passando por instituições e governos estrangeiros para aumentar o conhecimento e capacidade da RAS. Há uma importância relatada na PNAB (2012) relativamente à interação dos cidadãos para com os processos da saúde, que sendo estimulado acarretaria o fortalecimento na criação de políticas de saúde pública do interesse da população, uma vez que a própria estaria envolvida de forma intrínseca no processo, tal start para o estímulo aos cidadãos deve partir do governo seja lá em que esfera.

### **3.6 Do ministério**

Das disposições que são imbuídas ao Ministério da Saúde, destaque-se na PNAB (2012), a previsão de garantia de repasse de verbas e montantes que constituem parte do financiamento de responsabilidade do governo federal presente na atenção básica, incluindo um papel de apoio tanto na composição qualitativa do sistema quanto na avaliação. É o papel de apoio às demais esferas que dá ênfase também à definição à reestruturação, seja em aspectos educacionais, como o estabelecimento do apoio do Ministério da Educação para o incremento de matrizes curriculares de cursos voltados para a área de saúde e afins, seja na definição ou alteração de diretrizes básicas em concordância com as esferas do governo. É de fundamental importância o vínculo de apoio aos Estados e municípios, tanto na garantia de recursos como na formulação de novas estratégias, que torna vantajoso a propagação de um sistema integrado e coeso. Esse fluxo é o início necessário para se estabelecer uma garantia de solidez sistêmica e, em paralelo, influenciar na construção de novos profissionais capacitados e qualificados para a atenção básica de saúde.

### **3.7 Sobre as secretarias estaduais, secretarias municípios e distrito federal**

No que se relaciona ao papel da secretaria do estado e seu relacionamento com o distrito federal, a PNAB (2012) destaca a importância da manutenção do trabalho coordenado na elaboração de projetos e estratégias em âmbito estadual, através da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O nível estadual é claro tem a responsabilidade em repasses de recursos para o financiamento, e em paralelo também deve observar os fluxos de utilização dos recursos pelos

municípios, e caso haja irregularidades no uso de recursos deve-se encaminhar à CIB para providenciar as medidas cabíveis, visando-se à solução de anomalias de gestões municipais, pode-se haver bloqueio de recursos e repasses uma vez que o ministério da saúde esteja devidamente inteirado. Para que esse processo funcione adequadamente é essencial que haja uma rede com sistema de informação, que por sua vez facilita a validação dos dados enviados pelos municípios e sua veracidade e qualidade; essa dinâmica facilita o planejamento, ao mesmo tempo, em que transmite o *feedback* necessário aos gestores dos municípios. Todo esse fluxo, conseqüentemente, deve ser repassado pelo estado para o Ministério com as devidas análises e observações do agregado de todos os municípios da região. É uma forma simbiótica de coexistência onde as decisões sincronizadas devem partir tanto do estado quanto do município, tanto na qualificação profissional quanto no próprio processo avaliativo da atenção básica. O Estado deve conectar os municípios a fim de uma maior integração, onde será possível o compartilhamento de experiências e conhecimento.

### **3.8 A infraestrutura da Unidade Básica: profissionais, funções e Estratégia de Saúde da família**

De acordo com a PNAB (2012), os postos de Saúde devem possuir um mínimo de estrutura física básica para trabalhar, como consultórios médicos, dentários e de enfermagem, área de recepção, local para armazenagem de medicamentos, uma sala de procedimentos e uma de vacina. Um fator importante é que a unidade de saúde deve ter uma manutenção constante a fim de oferecer a melhor condição possível para os seus pacientes; essa manutenção passa desde o controle de insumos (medicamentos, por exemplo) à infraestrutura. Os postos de saúde devem obedecer a um padrão visual a fim de melhor identificação por parte dos beneficiários efetivos e potenciais. Ao se pensar em acesso existe uma definição: uma unidade básica de saúde deve suportar no máximo 18 mil habitantes e deve estar localizada no próprio território para unidades sem saúde da família; já para locais e com Estratégia Saúde da Família (ESF) o número suportado é de 12 mil.

Na PNAB (2012) recomenda-se que a equipe multiprofissional deve ser composta por médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde, auxiliar ou técnica de enfermagem, além é claro de uma equipe de saúde bucal, contando com cirurgião dentista e auxiliar ou



técnico em saúde bucal, onde a enfermeira, entre outras funções e características de sua especialização, atue no pré-natal e puericultura. Vale observar que a enfermeira também funciona como uma espécie de gerenciadora de insumos para a unidade básica. A técnica de enfermagem tem também nas suas funções a imunização através de aplicações de vacinas, participando também no gerenciamento dos insumos entre outras coisas. Já o médico realiza as consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos, quando necessário, encaminha os pacientes para outros especialistas e também participa do gerenciamento de insumos. O agente comunitário de saúde trabalha com a inclusão de pessoas da área de cobertura da unidade, é responsável pelo cadastramento, pelo acesso informativo dos serviços e do acompanhamento domiciliar de todas as famílias que estão sob sua responsabilidade, estabelecendo um contato permanente e continuado.

O PNAB (2012) atribui a estratégia da família como uma tentativa de expansão, qualificação e fundamentação da própria *Atenção Básica*, com uma proposta de reestruturação no modo de objetivar e convergir melhor com os ideais da daquela, aumentando a produtividade e causando um efeito mais positivo na vida das pessoas. Para tanto, é indicado que a saúde da família tenha uma equipe multiprofissional, com os profissionais acima citados com o diferencial que é uma adição obrigatória para a implementação da estratégia.

Em se tratando especificamente dos profissionais de saúde bucal, continuam opcionais dentro da Estratégia Saúde da Família. Mais recentemente de acordo com Pitombeira e Oliveira (2020) a obrigatoriedade dos agentes de saúde também vira opcional, após uma revisão da PNAB em 2017.

### 3.9 Desigualdade

De acordo com Oliveira (2013) apud Oliveira e Pitombeira (2020) as condições de saúde da população estão intrinsecamente conectadas às questões sociais, e é um espelho das condições de vida da própria sociedade em questão, evidenciando o grau de envolvimento e a própria disposição do Estado para o enfrentamento das questões sociais. Assim, o autor correlaciona os problemas de saúde com os problemas sociais e estabelece que uma vez que a saúde vai mal às condições sociais também são afetadas, deixando o papel do Estado explícito nesse momento, pois, o enfrentamento dos problemas sociais também é de sua responsabilidade.

De acordo com Malta et al apud Oliveira e Pitombeira (2020), que estabeleceram levantamentos acerca da saúde da família, observa-se que houve aumento de cobertura da estratégia passando de 50,9% para 53,4% entre os anos de 2008-2013. Esse crescimento

também é evidenciado em uma cobertura da *Atenção Básica* que chega a 95% dos municípios do território nacional no ano de 2012, mas o questionamento seria acerca da acessibilidade, onde entraram as desigualdades e entraves da atenção primária, que é percebido pelos autores como um crescimento assimétrico da *atenção primária*. Por exemplo, a área rural tem boa parte de pessoas cadastradas 70,9% contra 50,6% áreas urbanas. Aqui os autores pontuam que existe importância em se expandir, porém, não são parâmetros para uma saúde mais satisfatória, necessitando assim objetivar mais a qualidade dos serviços ofertados, entre outros aspectos, a acessibilidade, a qualidade dos insumos etc.

É evidenciado por Oliveira e Pitombeira (2020), a partir de dados do IPEA (2015), que existe um fluxo variante de crescimento de cobertura, que está diretamente relacionado à densidade populacional, mostrando que nos municípios de menor densidade a cobertura da Estratégia de Saúde da Família é mais efetiva. De fato, os municípios de até mil habitantes têm 90,73% de sua área coberta, enquanto nas de maior porte (com mais de 1 milhão de habitantes) a cobertura é de 40,93%. Observa-se que o número de habitantes é determinante na implementação da estratégia da família e isso acarreta uma assimetria de distribuição de serviços e, conseqüentemente, em desigualdade.

Barata (2009) apud Oliveira e Pitombeira (2020) define que para se enfrentar as desigualdades sociais na saúde é de fundamental importância a estratégia de criação de políticas públicas efetivas e com uma capacidade mutante a fim de modificar certos determinantes, onde se objetivasse uma distribuição efetiva dos benefícios, ou minimizar as desigualdades de poder e propriedade na sociedade. Já Paes-Sousa et al apud Oliveira e Pitombeira (2020) estabelecem que em um período de austeridade, efeito da crise econômica, há impacto, tanto em termos de um menor poder de combate à redução da pobreza, quanto ao fato de deixar a saúde da população mais vulnerável, implicando, por exemplo, que as taxas de mortalidade tendem a crescer, principalmente com mais mortes infantis por diarreia e desnutrição. Existe uma preocupação dos autores com relação ao crescente enfraquecimento do sistema de saúde em função da perda de investimento e, conseqüentemente, na *Atenção Básica*, o que afeta diretamente o escopo dos serviços prestados.

#### 4 METODOLOGIA

No presente estudo foi utilizado dados secundários coletados nas agências oficiais de informações à disposição do público nas plataformas: i) Do IBGE, onde são apresentados dados acerca de perfis demográficos, por faixa territorial e densidade populacional, e de desenvolvimento como o próprio IDH; ii) Do DATASUS, que oferece as quantidades de atendimentos da *Atenção Básica* por cidade e quantidade de estabelecimentos existentes. Complementa essa primeira parte do estudo, a pesquisa de campo, parte mais fundamental para o presente trabalho, que foi procedida através de questionários e formulários que foram aplicados no período de 20/06/2021 até 02/07/2021, de forma presencial, com um total de 54 entrevistas realizadas em dois tipos principais de questionários, um exclusivo para funcionários da Unidade de saúde da Chã da Tábua, com 12 perguntas; e outro para o público morador das redondezas, com 15 perguntas, que foram escolhidos por amostragem aleatória. Esses moradores foram classificados em *média distância (maior que 1 km)* e *curta distância (menor que 1 km)* de sua residência para a unidade. Dos 54 participantes entrevistados, 44 são os comunitários do local e 10 foram funcionários; dos comunitários, 20 são de *média distância* para o posto e 24 de *distância curta*. Vale registrar que esses levantamentos se mostram fundamentais para abalizar a análise aqui realizada, notadamente quanto à verificação das características de atendimento da *Atenção Básica*; o grau de satisfação dos habitantes locais, que são os principais beneficiários da *Atenção Básica*; bem como, as eventuais discrepâncias de percepção entre funcionários do setor público vinculados à unidade de atendimento e cidadãos do bairro analisado.

## 5 ANÁLISE DE RESULTADOS

O presente capítulo concentra-se em apresentar e analisar os dados coletados, sobre a qualidade e oferta de serviços prestados pela Unidade Básica de Saúde da Chã da Tábua, foram aplicados 54 questionários/formulários em um campo amostral de 54 entrevistados no bairro da Chã da Tábua, onde foram divididos em dois grupos distintos, de 10 funcionários das unidades de saúde e 44 moradores do próprio bairro, e desses 20 residem a mais 1 km de distância do posto e 24 a menos de 1 km.

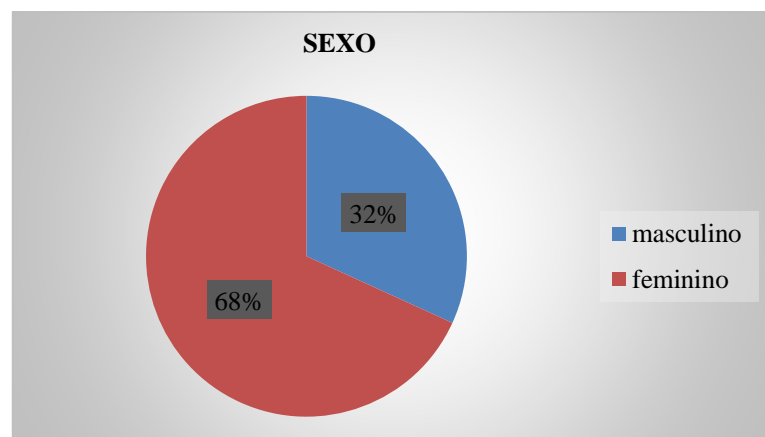
### 5.1 Resultados da coleta com os moradores da Chã da Tábua.

Aqui são apresentados e analisados os resultados da coleta de dados, a partir dos questionários/formulários aplicados na população de moradores do bairro da Chã da Tábua no período de 20/06/2021 até 02/07/2021.

**Figura 6 - Sexo (comunitários).**

*Chã da Tábua.*

*07/2021.*



**Fonte:** Elaboração própria (2021)

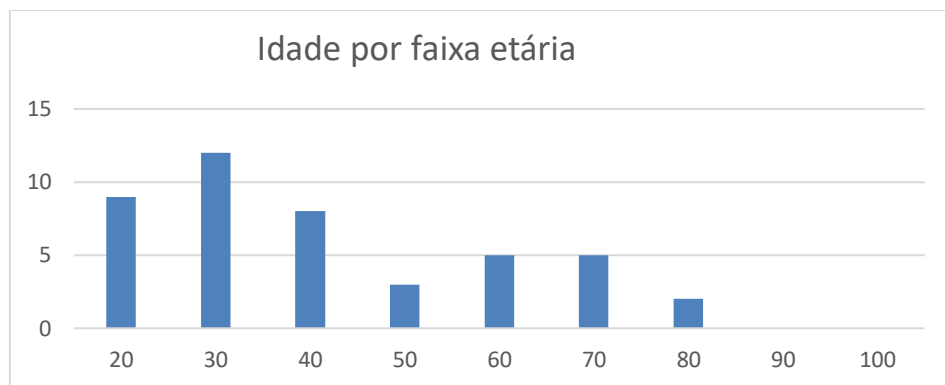
Sobre o questionário respondido da população, tem-se um total de 44 pesquisas realizadas, dentre estas 30 foram respondidas por pessoas que se autodeclararam como do sexo

feminino e 14 se declaram masculino, os valores em percentual foram arredondados, porém, nota-se que a maior parte das entrevistas foram com pessoas do sexo feminino. Isso vale levar a questionamentos e comentários posteriores sobre a utilização dos serviços do posto pela parcela autodeclarada como do sexo masculino.

**Figura 7 – Idade por faixa etária.**

*Chã da Tábua.*

07/2021

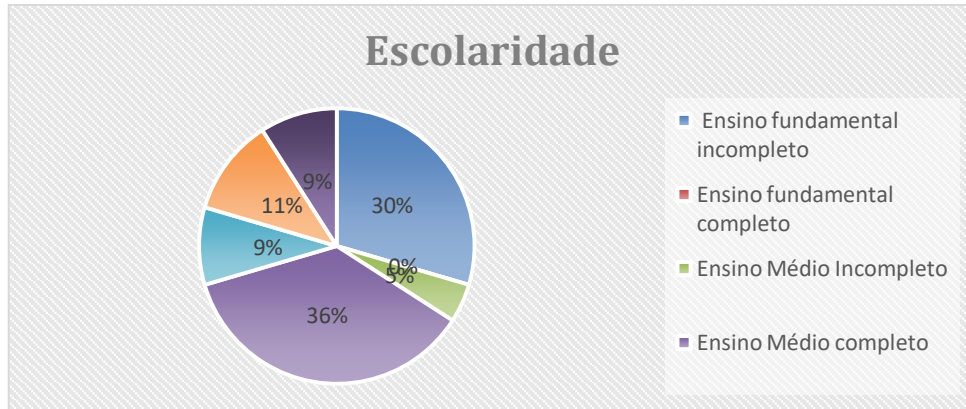


**Fonte:** Elaboração própria (2021)

Dentro da faixa amostral foram consultados indivíduos de idades que variavam entre 21 anos e 83 anos, onde na Figura 7 estão dispostos por faixa etária. A Chã da Tábua nesse recorte mostra-se um ambiente mais jovem do que o esperado inicialmente, a faixa dos 20 aos 40 são bem predominantes, mas existe sim uma representatividade dos idosos na região, porém, não foram encontrados indivíduos acima dos 90 anos, e não foram consultados nenhum abaixo dos 18 anos.

**Figura 8 – Formação acadêmica da população***Chã da Tábua*

07/2021



Fonte: Elaboração própria (2021)

Ao analisar um índice alto de abandono escolar (cerca de 44% das pessoas pararam de estudar e não terminaram o processo escolar), vê-se que desse agregado 30% não terminaram o fundamental, e 9% não possuem nenhum tipo de graduação. Ao mesmo tempo, vê-se que existem 11% de graduados em algum curso do ensino superior, e 9% que estão em alguma fase do processo de graduação, ou desistiram. Por último tem-se a maior parcela, 36% como os indivíduos que concluíram o ensino médio.

**Tabela 6 – Opinião da população sobre os níveis sociais por bairro de São Lourenço da Mata.***Chã da Tábua.*

07/2021

Bairros /Classes	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E
<b>Chã da Tábua</b>	2,27%	4,55%	18,18%	34,09%	40,91%
<b>Parque Capibaribe</b>	11,36%	43,18%	38,64%	6,82%	0%
<b>Prego</b>	0%	4,55%	6,82%	43,18%	45,45%
<b>Pixete</b>	0%	2,27%	11,36%	43,18%	43,18%
<b>Beira Rio</b>	0%	0%	6,82%	47,73%	45,45%

<b>Vila do Reinado</b>	23,26%	44,19%	23,26%	9,30%	0%
------------------------	--------	--------	--------	-------	----

Fonte: Elaboração própria (2021)

Na Tabela 6 há a interpretação dada pela população da Chã da Tábua acerca de uma seleção dos bairros de São Lourenço da Mata, onde o cidadão associaria o local a uma classe social. Ao atribuir a nomenclatura de classes A, B, C, D e E, onde A seriam os ricos, B classe média alta, C a classe média, D a classe pobre, E a classe muito pobre.

Tem-se por objetivo demonstrar a visão popular sobre as condições sociais, e estabelecer um parâmetro comparativo com os bairros vizinhos. Ao pedir para atribuir uma classificação de nível social a todos, tem-se o resultado acima. O bairro da Vila do Reinado é considerado o bairro com melhor índice, chegando a porcentagens de mais de 67% como um local da classe A ou B, tem uma taxa inexistente de nível E, o segundo bairro melhor ranqueado é o Parque Capibaribe, com 43% na classe B, já as demais localidades foram julgadas como tendo um poderio econômico menor que a Chã da Tábua, como no caso do bairro da Beira Rio que foi avaliado como o mais pobre dentre os seis Bairros, onde seus índices chegam a passar dos 90% na soma de classes D e E. Os resultados da Chã da Tábua propõem que o local tenha mais de 70% na soma de D e E, o que denota que a própria população tem um sentimento de local humilde, mesmo que em paralelo considerem outros bairros ainda mais humildes que o seu próprio.

Essa questão serve para analisar e categorizar Chã da Tábua como um lugar carente e verificar uma análise comparativa feita pela própria população, onde observa-se talvez que a chã da tábua seja uma alternativa de moradia melhor ou pior quando se comparado a outro local.

**Tabela 7 - Serviços ofertados segundo a população da  
Chã da Tábua.  
07/2021**

<b>Serviços</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Atendimento ambulatorial médicos</b>	65,91%
<b>Visitas médicas</b>	61,36%
<b>Pré-natal</b>	61,36%
<b>Prevenção do câncer do colo do útero</b>	38,64%
<b>Puericultura</b>	63,64%
<b>Visitas dos Agentes Comunitários de Saúde.</b>	70,45%
<b>Vacinação</b>	63,64%
<b>Serviços de odontologia</b>	0,00%
<b>Atividades externas na microárea</b>	9,09%
<b>Hiperdia<sup>14</sup></b>	50,00%
<b>Palestras e cursos</b>	27,27%
<b>Planejamento familiar</b>	61,36%

Fonte: Elaboração própria (2021)

Através de uma lista predeterminada de serviços, pediu-se para que o comunitário marcasse as alternativas referente aos serviços que o próprio julga que estão ocorrendo na Unidade Básica de Saúde. Dentro da contabilização os números foram transformados em percentuais, por exemplo, 60% ou mais dos entrevistados julgaram que serviços como atendimento médico, pré-natal, vacinação entre outros então sendo realizados, portanto, fazem parte do leque de opções de serviços da unidade. Para se ter uma base comparativa, com os serviços mais difundidos, é seguro dizer que a oferta de atendimentos odontológicos na Unidade Básica da Chã Da Tábua, obteve a taxa mais baixa, de 0% entre os consultados, outros serviços também obtiveram taxas pequenas, como as palestras e cursos (27%), prevenção do colo do útero (38%) e atividades externas (9%).

---

<sup>14</sup> Dia voltado para o combate e controle de hipertensão e diabetes.



Para finalizar quem obteve o melhor número percentual foi o Agente Comunitário de Saúde (65%). O que faz sentido, uma vez que ele é o elo entre a comunidade e o posto, enfim posteriormente essa Tabela será revisitada para fins comparativos com os resultados dos funcionários.

**Tabela 8 - Nível de Importância do serviço para a população<sup>15</sup>.**

*Chã da Tábua.*

07/2021

Serviços	Muito importante	Importante	Importância média	Pouco importante	Nenhuma importância
<b>Atendimento ambulatorial médicos</b>	84,09%	11,36%	2,27%	0,00%	0,00%
<b>Visitas médicas</b>	79,55%	20,45%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Pré-natal</b>	79,55%	15,91%	0,00%	0,00%	2,27%
<b>Citologia</b>	72,73%	22,73%	4,55%	0,00%	0,00%
<b>Puericultura</b>	77,27%	22,73%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Visitas ACS</b>	75,00%	20,45%	4,55%	0,00%	0,00%
<b>Vacinação</b>	81,82%	13,64%	2,27%	0,00%	0,00%
<b>Serviços de odontologia</b>	65,91%	18,18%	11,36%	0,00%	0,00%
<b>Atividades externas na microárea</b>	34,09%	40,91%	6,82%	9,09%	6,82%
<b>Hiperdia<sup>16</sup></b>	52,27%	38,64%	4,55%	0,00%	0,00%
<b>Palestras e cursos</b>	29,55%	45,45%	11,36%	4,55%	2,27%
<b>Planejamento familiar</b>	52,27%	40,91%	2,27%	0,00%	2,27%

Fonte: Elaboração própria (2021)

A Tabela 8 tem como objetivo atribuir a importância dos serviços perante a população. Nota-se que o serviço de clínica médico é o mais prestigiado dentre todos, tendo a maior importância relativa de 84% para a população. Grande parte dos serviços ganharam

<sup>15</sup> Existe uma taxa de abstenção nas respostas obtidas, portanto algumas categorias não somam 100%.

<sup>16</sup> Dia voltado para o combate e controle de hipertensão e diabetes.

classificações de alta importância, um outro destaque é o valor 81% de muita importância que a vacinação tem para a população.

Os serviços do dentista obtiveram uma performance relativamente mediana se comparado com boa parte dos serviços indicados, um agravante seria o fato de que é indicado na Tabela 8 como não figurante dos serviços da UBS-Chã da Tábua, por esse motivo talvez os serviços não sejam tão valorizados como deveriam. Um fato que chama atenção é que as atividades externas, assim como o hiperdia<sup>9</sup>, que são serviços voltados para a informação, não tiveram tanta relevância para a população. Talvez o público da pesquisa, sendo mais jovem tenha influenciado, uma vez que hipertensão e diabetes costumam ser mais frequentes em uma idade mais avançada que a do pico da amostra.

**Tabela 9 – Opinião da população sobre o acesso aos profissionais.**

*Chã da Tábua.*

*07/2021*

<b>Função</b>	<b>Fácil acesso</b>	<b>Acessível</b>	<b>Relativamente acessível</b>	<b>Difícil acesso</b>	<b>Inacessível</b>	<b>Não há esse profissional na unidade</b>
<b>Agente Comunitário de Saúde (ACS)</b>	75,00%	9,09%	0,00%	4,55%	6,82%	0,00%
<b>Médico</b>	20,45%	22,73%	38,64%	15,91%	0,00%	0,00%
<b>Odontólogo</b>	4,55%	4,55%	9,09%	9,09%	2,27%	70,45%
<b>Enfermeira</b>	38,64%	27,27%	22,73%	9,09%	0,00%	0,00%
<b>Tec. de enfermagem</b>	61,36%	22,73%	11,36%	4,55%	0,00%	0,00%

**Fonte:** Elaboração própria (2021)

A Tabela 9 representa percentualmente o quão acessível é o profissional do posto perante a população. Através dos dados nota-se um fácil acesso ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), com um percentual de 75%, em paralelo à técnica de enfermagem, com 61,36%, juntos são considerados os mais acessíveis. De acordo com a população há poucos entraves para se acessar os serviços. O odontólogo figura na categoria de não existente, com 70%, o médico foi eleito como o profissional de maior acesso relativo, com 38,64, o que pode indicar dificuldades de uma parte da população, uma vez que também detém uma taxa de difícil acesso de 15 %, é possível que haja uma influência do fator distância na obtenção desses resultados, portanto, a Tabela 10 irá se propor a esse recorte.

**Tabela 10** - Opinião da população residente a mais 1 km de distância da unidade de saúde sobre o acesso aos profissionais.

*Chã da Tábua*

07/2021

<b>Função</b>	<b>Fácil acesso</b>	<b>Acessível</b>	<b>Relativamente acessível</b>	<b>Difícil acesso</b>	<b>Inacessível</b>	<b>Não há esse profissional na unidade</b>
<b>Agente Comunitário de Saúde</b>	65%	5%	5%	10%	15%	0%
<b>Médico</b>	10%	10%	40%	40%	0%	0%
<b>Odontólogo</b>	10%	5%	10%	5%	0%	70%
<b>Enfermeira</b>	30%	20%	35%	15%	0%	0%
<b>Tec. de enfermagem</b>	50%	25%	15%	10%	0%	0%

**Fonte:** Elaboração própria (2021)

A Tabela 10 tem por objetivo fazer um recorte com relação à variável distância e o acesso aos profissionais, os índices de média distância aqui aplicados correspondem a cerca de mais de 1 km de distância para o posto. Percebe-se que a distância tem um impacto no processo de acessibilidade, o acesso ao médico se torna mais difícil, se comparados com a Tabela 9. Mesmo os profissionais que trabalham nas ruas como o Agente Comunitário de Saúde têm índices prejudicados pela distância. Através dos números pode-se inferir que a distância é uma variável importante no processo de acessibilidade aos profissionais, mas não pode ser considerada a única, uma vez que é preciso verificar a oferta disponível tanto dos serviços e do capital humano.

**Tabela 11**- Opinião da população sobre a oferta de serviços na Unidade de Saúde.

*Chã da Tábua.*

07/2021

<b>Serviços:</b>	<b>Extremamente insuficiente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Mais que suficiente</b>	<b>Excede a oferta</b>
<b>Fichas médicas</b>	45,45%	36,36%	15,91%	2,27%	0,00%

<b>Vacinas</b>	4,55%	18,18%	70,45%	4,55%	0,00%
<b>Medicamentos</b>	22,73%	52,27%	20,45%	4,55%	0,00%
<b>Visitas de ACS</b>	13,64%	25,00%	29,55%	27,27%	4,55%
<b>Fichas odontólogo</b>	72,73%	6,82%	2,27%	2,27%	0,00%
<b>Pré-natal</b>	4,55%	11,36%	65,91%	11,36%	0,00%
<b>Prevenção</b>	54,55%	20,45%	22,73%	2,27%	0,00%

**Fonte:** Elaboração própria (2021)

A Tabela 11 analisa a oferta de diversos serviços com relação à opinião popular, onde se estabelece seu nível de suficiência, dentre as variáveis as fichas médicas foram classificadas como escassas, onde 45%, acham extremamente insuficiente, e 36%, insuficiente. Os medicamentos são categorizados como um artigo insuficiente (52%), mas a odontologia é a que se apresenta como destaque negativo, uma vez que alcança 70%, extremamente insuficiente.

Em linhas gerais, um desequilíbrio entre a oferta e a demanda, a escassez de oferta de um serviço pode significar que diversas pessoas corram riscos de vida, enquanto a abundância de oferta significa gastos desnecessários com serviços pouco acionados.

**Tabela 12 - Opinião da população sobre a importância dos funcionários.**

*Chã da Tábua.*

*07/2021*

<b>Ranking</b>	<b>1°</b>	<b>2°</b>	<b>3°</b>	<b>4°</b>	<b>5°</b>
<b>Agente de saúde</b>	30,95%	30,95%	11,90%	2,38%	23,81%
<b>Médico</b>	69,05%	21,43%	7,14%	0,00%	2,38%
<b>Odontólogo</b>	0,00%	16,67%	26,19%	19,05%	38,10%
<b>Enfermeira</b>	0,00%	19,05%	40,48%	26,19%	14,29%
<b>Técnica de enfermagem</b>	0,00%	11,90%	14,29%	52,38%	21,43%

**Fonte:** Elaboração própria (2021)

Na Tabela 12 é um ranqueamento dos profissionais por nível de importância de acordo com os cidadãos da Chã da Tábua, os habitantes numeraram de 1° a 5° comparativamente do mais relevante 1° para o menos relevante 5°. Observa-se que os dois funcionários que obtiveram os melhores índices foram: o Médico (69%) e o Agente Comunitário de Saúde, com pouco mais de 30% de indicações de segundas posições. Um fato

interessante é o fato de que nenhuma das outras profissões figuraram nas primeiras posições relativas. A Enfermeira-chefe tem a terceira melhor avaliação, obtendo 19%, das segundas posições, e 40% das terceiras posições. Por último, estão a técnica de enfermagem e o odontólogo, a técnica com um ranking de 52%, de 4º posição, já o odontólogo, detém 39%, de 5º posições.

**Tabela 13 - Opinião da população sobre a Acessibilidade aos serviços da unidade de saúde. Chã da Tábua.**

07/2021

	<b>Fácil acesso</b>	<b>Acessível</b>	<b>Relativamente Acessível</b>	<b>Difícil acesso</b>	<b>Inacessível</b>
<b>Exames</b>	4,55%	9,09%	4,55%	72,73%	4,55%
<b>Encaminhamentos</b>	9,09%	20,45%	20,45%	45,45%	4,55%
<b>Consultas clínicas</b>	15,91%	13,64%	40,91%	27,27%	0,00%
<b>Receitas</b>	36,36%	27,27%	20,45%	15,91%	0,00%
<b>Consultas odontológicas</b>	4,55%	4,55%	6,82%	20,45%	56,82%
<b>Medicamentos</b>	20,45%	13,64%	29,55%	31,82%	2,27%
<b>Vacinas</b>	61,36%	31,82%	6,82%	4,55%	0,00%
<b>Pré-natal</b>	47,73%	31,82%	11,36%	9,09%	0,00%

**Fonte:** Elaboração própria (2021)

Na Tabela 13 tem-se o nível percentual de acordo com a acessibilidade que os entrevistados têm perante as variáveis de serviços dispostas. Um dos serviços mais difíceis de se obter acesso seriam os exames, onde 72% da amostra relava ter problemas de acesso, o que pode contribuir com um problema de obtenção de diagnósticos. Os medicamentos têm uma taxa bem variante de acesso, figurando em diversos níveis de acessibilidade, isso pode estar vinculado a variabilidade das receitas, onde quanto maior a complexidade mais difícil é conseguir, uma vez que certos tipos de medicações e receitas exigem algum tipo de controle específico.

Os encaminhamentos têm números de cerca de 45% de dificuldades de acesso, isso implica em menor número de tratamentos por especialista, uma vez que os encaminhamentos são fundamentais para garantir o acompanhamento por serviços não ofertados pela Unidade Básica de Saúde.

Dentre todos os serviços indicados na Tabela 13 o mais acessível é a vacinação sendo, 63%, fácil acesso, e 31%, acessível. Por fim, 56% dos entrevistados classificaram as consultas odontológicas como inacessíveis.

**Tabela 14 - Opinião da população residente a mais de 1 km de distância da unidade de saúde sobre a Acessibilidade aos serviços.**

*Chã da Tábua.*

*07/2021*

	<b>Fácil acesso</b>	<b>Acessível</b>	<b>Relativamente Acessível</b>	<b>Difícil acesso</b>	<b>Inacessível</b>
<b>Exames</b>	0,00%	5,00%	10,00%	80,00%	5,00%
<b>Encaminhamentos</b>	0,00%	5,00%	25,00%	65,00%	5,00%
<b>Consultas clínicas</b>	0,00%	25,00%	35,00%	40,00%	0,00%
<b>Receitas</b>	15,00%	40,00%	30,00%	15,00%	0,00%
<b>Consultas odontológicas</b>	0,00%	5,00%	15,00%	30,00%	50,00%
<b>Medicamentos</b>	5,00%	30,00%	30,00%	35,00%	0,00%
<b>Vacinas</b>	40,00%	50,00%	5,00%	5,00%	0,00%
<b>Pré-natal</b>	30,00%	45,00%	15,00%	10,00%	0,00%

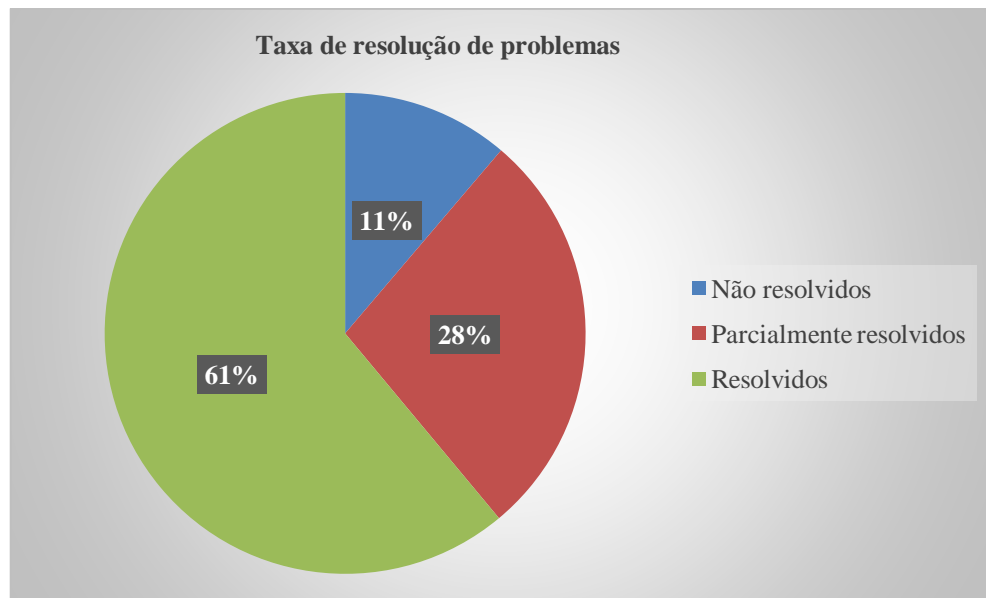
**Fonte:** Elaboração própria (2021)

A Tabela 14 representa as opiniões sobre acessibilidade dos serviços prestados. Neste recorte os entrevistados residem além de 1 km de distância do posto de saúde, nota-se que aqui existe uma relação entre dificuldade de acesso e distância. Infere-se que quanto mais próximo do posto de saúde mais o cidadão tem vantagem de acesso aos serviços, entende-se que há uma piora em praticamente todos os indicadores com relação à Tabela 13.

**Figura 9** - Opinião da população sobre a Taxa de resolução de problemas da Unidade de saúde.

Chã da Tábua.

07/2021



Fonte: Elaboração própria (2021)

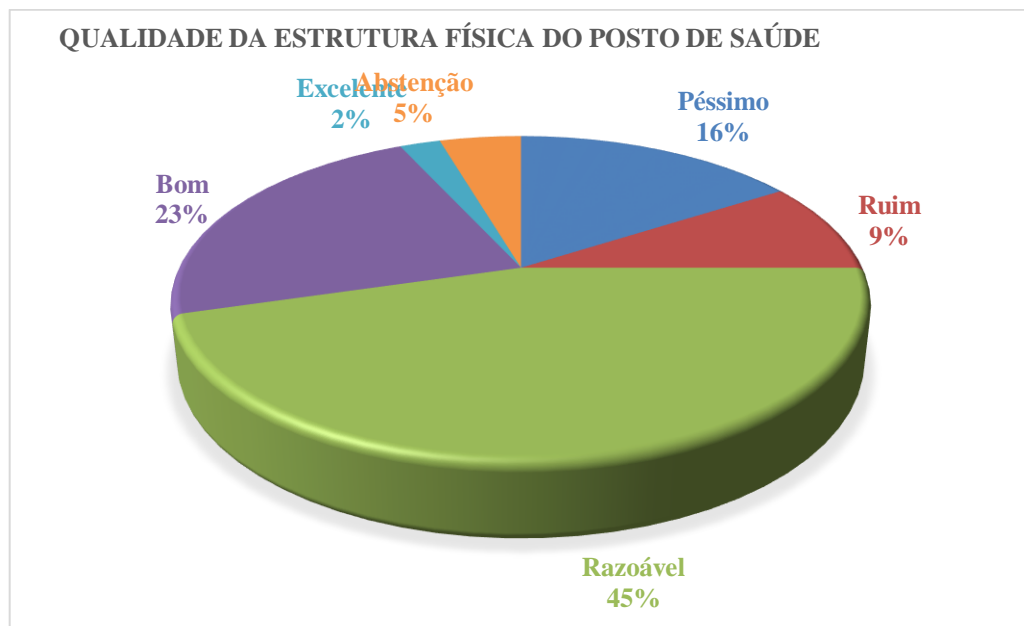
A Figura 9 representa uma taxa de resolução de problemas de acordo com os entrevistados. Elaborada através da experiência obtida pelo usuário com os serviços prestados, pediu-se para estabelecer o grau de resolução, baseando-se na qualitativa de resolvido, parcialmente resolvido e não resolvido.

Sobre os resultados, 61% dos casos são classificados como resolvido, 28% são indicados como parcialmente resolvidos, e 11% como não resolvidos. Ou seja, a cada 100 pessoas que buscam solucionar os problemas no posto, 61 pessoas conseguem resolver efetivamente, 28 só conseguem resolver partes do problema, 11 não conseguem resolver. Esses índices apresentam uma boa perspectiva da ideia de que 89% dos problemas obtêm alguma forma de resolução.

**Figura 10** - Opinião da população sobre qualidade da estrutura física da Unidade Básica de Saúde.

Chã da Tábua.

07/2021



Fonte: Elaboração própria (2021)

A Figura 10 sintetiza as opiniões acerca da qualidade da estrutura física geral do posto de saúde da Chã da Tábua. Entende-se estrutura geral como o somatório da qualidade dos ambientes do posto (sala do médico, sala de vacina, sala de espera etc.) A classificação obtida acerca da qualidade estrutural foi a seguinte: 2% como excelente, 23% bom, 45% razoável, 9% ruim, 16% péssimo e 5% não opinaram. Em suma, a maior parte dos entrevistados qualificam o posto de saúde como uma estrutura razoável.



*Tabela 15 - Opinião da população sobre o Nível de satisfação.**Chã da Tábua.**07/2021*

	<b>Insatisfeit o</b>	<b>Relativament e Insatisfeito</b>	<b>Relativament e satisfeito</b>	<b>Satisfeit o</b>	<b>Extreman te satisfeito</b>
<b>Distância para UBS</b>	27,27%	6,82%	2,27%	29,55%	34,09%
<b>Acolhimento(atendimento)</b>	2,27%	6,82%	43,18%	40,91%	4,55%
<b>Espaço físico</b>	25,00%	15,91%	29,55%	22,73%	4,55%
<b>Qualidade dos serviços</b>	9,09%	22,73%	29,55%	34,09%	2,27%
<b>Variedade dos serviços</b>	27,27%	40,91%	20,45%	4,55%	4,55%
<b>Acesso à informação</b>	18,18%	27,27%	25,00%	22,73%	4,55%
<b>Área de Cobertura</b>	22,73%	11,36%	34,09%	27,27%	2,27%

**Fonte:** Elaboração própria (2021)

A tabela 15 verifica o nível de satisfação dos indivíduos, com relação a determinados aspectos (distância, informação e variedade de serviços), busca-se analisar a utilidade dos comunitários as variáveis expostas. Existe uma dicotomia com relação aos índices de satisfação de distância, onde observa-se o contraponto entre 27% de insatisfação, e 29% de satisfação, mas deve-se lembrar que 54,54% dos questionários foram aplicados com residentes de maior proximidade (menos de 1 km) do posto, enquanto 45,45% foram dispostos a residentes de distância média (mais de 1 km) do posto, o que tem influência nos resultados obtidos.

O destaque negativo aqui fica para variedade de serviços, onde mais de 40% detêm um grau relativo de insatisfação, mesmo que a qualidade dos serviços prestados detenha uma satisfação majoritariamente satisfatória (29%).

**Tabela 16** - Opinião da população residente a uma distância maior que 1 km da unidade de saúde sobre o Nível de satisfação.

	<b>Insatisfeit o</b>	<b>Relativament e Insatisfeito</b>	<b>Relativament e satisfeito</b>	<b>Satisfeit o</b>	<b>Extreman te satisfeito</b>
<b>Distância para UBS</b>	50%	20%	5%	25%	0%
<b>Acolhimento(atendimento)</b>	0%	15%	45%	40%	0%
<b>Espaço físico</b>	40%	20%	20%	20%	0%
<b>Qualidade dos serviços</b>	10%	30%	50%	10%	0%
<b>Variedade dos serviços</b>	35%	40%	20%	5%	0%
<b>Acesso à informação</b>	30%	35%	25%	10%	0%
<b>Área de Cobertura</b>	25%	25%	40%	10%	0%

Fonte: Elaboração própria (2021)

A Tabela 16 verifica o nível de satisfação dos indivíduos, que residem a uma média distância (mais de 1 km) para a Unidade Básica de Saúde (UBS), com relação a determinados aspectos (distância, informação e variedade de serviços), busca-se analisar a utilidade dos comunitários as variáveis expostas. A questão da distância como impeditivo fica mais evidente, pois, existe uma utilidade menor por parte do indivíduo que mora mais afastado. Têm-se também as críticas de insatisfação com relação ao espaço físico, somada a crítica relacionada a insatisfação ao acesso às informações.

Ao correlacionar a relação entre distância e acesso às informações do posto, pode-se chegar intuitivamente à ideia, onde quanto maior a distância, com menor frequência as informações da unidade chegam aos indivíduos.

*Tabela 17 - Frequência de utilização de serviços<sup>17</sup> de acordo com a população. Chã da Tabua. 07/2021*

	<b>Não faz uso</b>	<b>Raramente</b>	<b>Medianamente</b>	<b>Frequente</b>	<b>Inacessível</b>
<b>Exames</b>	27,27%	43,18%	20,45%	2,27%	2,27%
<b>Encaminhamentos</b>	27,27%	36,36%	20,45%	6,82%	4,55%
<b>Consultas clínicas</b>	20,45%	27,27%	36,36%	11,36%	4,55%
<b>Receitas</b>	29,55%	22,73%	6,82%	27,27%	6,82%
<b>Consultas odontológicas</b>	31,82%	4,55%	0,00%	0,00%	50,00%
<b>Medicamentos</b>	25,00%	31,82%	13,64%	20,45%	2,27%
<b>Vacinas</b>	2,27%	59,09%	20,45%	11,36%	2,27%
<b>Pré-natal</b>	90,91%	0,00%	0,00%	0,00%	2,27%

Fonte: Elaboração própria. (2021)

Ao se analisar a Tabela 17, nota-se que a consulta clínica é o serviço utilizado com maior frequência. As vacinas foram classificadas como raramente utilizadas (59%), mas deve-se perceber, que as vacinas obedecem a um cronograma vinculado a um calendário ou campanha de vacinação.

Os serviços odontológicos atingem níveis altos de inacessibilidade 50%, e de não utilização 31%. A utilização dos serviços de pré-natal atinge 90% dos que não fazem uso, porém, é explicado uma vez que se trata de uma condicionalidade específica.

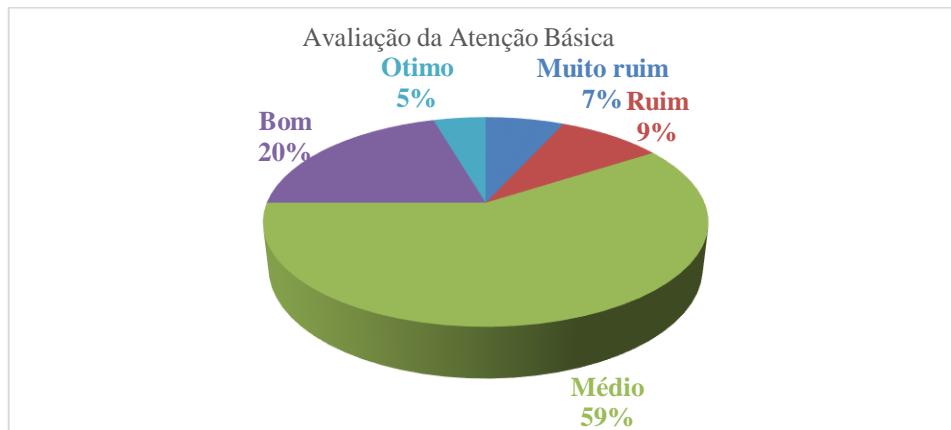
---

17 Os valores presentes no Tabela 17 não fecham 100% pois existiu abstenções na classificação dos serviços por parte de alguns cidadãos.

**Figura 11 - Avaliação da população sobre a Atenção básica.**

*Chã da Tábua.*

07/2021



**Fonte:** Elaboração própria. (2021)

Em uma avaliação geral, foi pedido que o cidadão classificasse a *Atenção Básica* da saúde em uma das cinco categorias (ótimo, bom, médio, ruim, péssimo), onde se levaria em conta as suas experiências e vivências atribuindo uma abordagem qualitativa geral. Dentro desse contexto a *Atenção Básica* foi categorizada por 59% dos entrevistados como um serviço de qualidade mediana, onde a avaliação neutra faz sentido, uma vez que existem diversos serviços a melhorar, enquanto outros são relativamente competentes.

**Tabela 18 - Opinião da população sobre estímulo ou impeditivo de frequência<sup>18</sup> na unidade de saúde.**

*Chã da Tábua.*

07/2021

	Impede A frequência	Menor frequência	Não afeta A frequência	Ajuda a ter maior frequência
<b>Distância para a unidade</b>	25,00%	4,55%	38,64%	29,55%
<b>Acolhimento(atendimento)</b>	4,55%	15,91%	54,55%	20,45%
<b>Qualificação da equipe</b>	2,27%	18,18%	45,45%	29,55%
<b>Qualidade dos serviços</b>	4,55%	18,18%	50,00%	22,73%

<sup>18</sup> Algumas taxas em seu somatório não atingem 100% pois houve abstenções em variáveis pontuais.

<b>Taxa de resolução de problemas</b>	2,27%	29,55%	43,18%	25,00%
<b>Acesso à informação</b>	11,36%	22,73%	34,09%	29,55%
<b>Área de Cobertura</b>	9,09%	13,64%	59,09%	15,91%

Fonte: Elaboração própria (2021)

Na Tabela 18 verifica-se as variáveis que afetam a frequência dos indivíduos a Unidade Básica de Saúde (UBS), a fim de classificar como impeditivo ou estimulante de frequência. A distância é o maior impeditivo de frequência, onde 25% sentenciam como empecilho para se obter mais constância na Unidade Básica de Saúde. Outra variável seria a taxa de resolução de problemas, onde 29% apontam que há uma relação com a menor frequência.

**Tabela 19 - Opinião da população residente mais de 1 km de distância sobre estímulo ou impeditivo de frequência na unidade de saúde.**

*Chã da Tábua.*

*07/2021*

	<b>Impede a frequência</b>	<b>Menor frequência</b>	<b>Não afeta a frequência</b>	<b>Ajuda a ter maior frequência</b>
<b>Distância para a unidade</b>	55,00%	10,00%	25,00%	10,00%
<b>Acolhimento(atendimento)</b>	5,00%	20,00%	65,00%	10,00%
<b>Qualificação da equipe</b>	0,00%	25,00%	45,00%	30,00%
<b>Qualidade dos serviços</b>	5,00%	30,00%	45,00%	20,00%
<b>Taxa de resolução de problemas</b>	0,00%	40,00%	40,00%	20,00%
<b>Acesso à informação</b>	25,00%	40,00%	30,00%	5,00%
<b>Área de Cobertura</b>	20,00%	15,00%	55,00%	10,00%

Fonte: Elaboração própria (2021)

A Tabela 19 foca-se nos indivíduos que moram a média distância (mais de 1 km) do posto de saúde. Vê-se dois entraves na obtenção de maior frequência, um seria o fator da distância onde percebe-se que 55% da amostra tem dificuldades perante a distância percorrida até o posto, e outro seria o acesso à informação, dificultado por um fluxo informativo deficitário que impede a chegada de elementos primordiais para garantir o acesso.

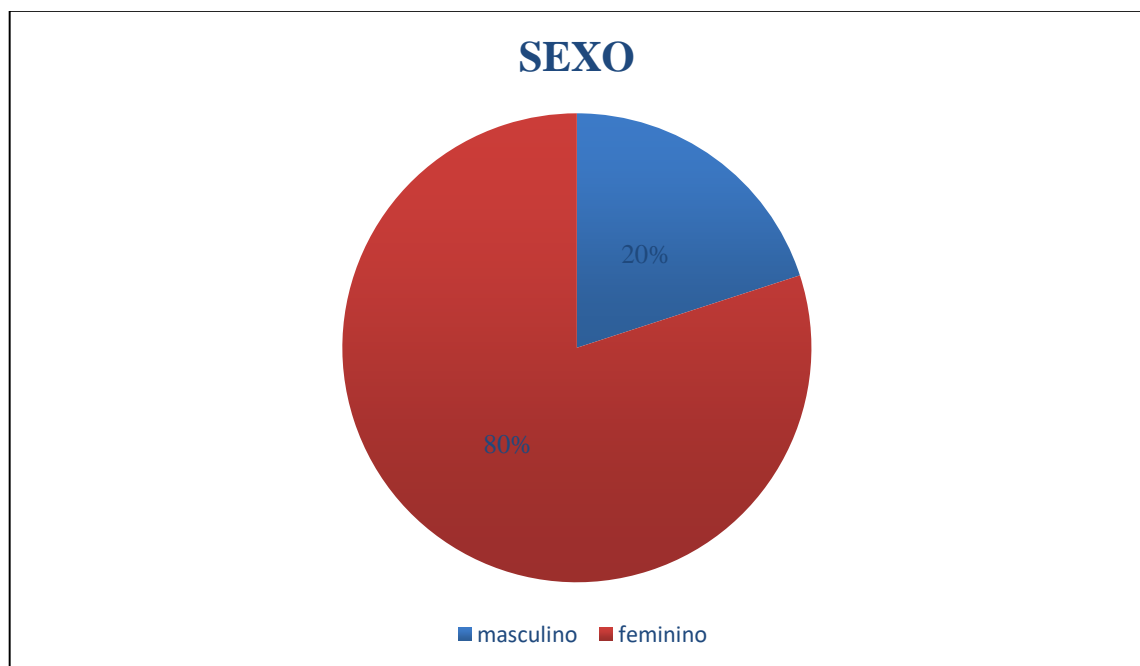
## 5.2 Resultados da coleta com os funcionários da Unidade Básica de saúde da Chã da Tábua

Aqui são apresentados e analisados os resultados da coleta de dados, a partir dos questionários/formulários aplicados nos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde do bairro da Chã da Tábua no período de 20/06/2021 até 02/07/2021.

**Figura 12** - Sexo (funcionários).

Chã da Tábua.

07/2021



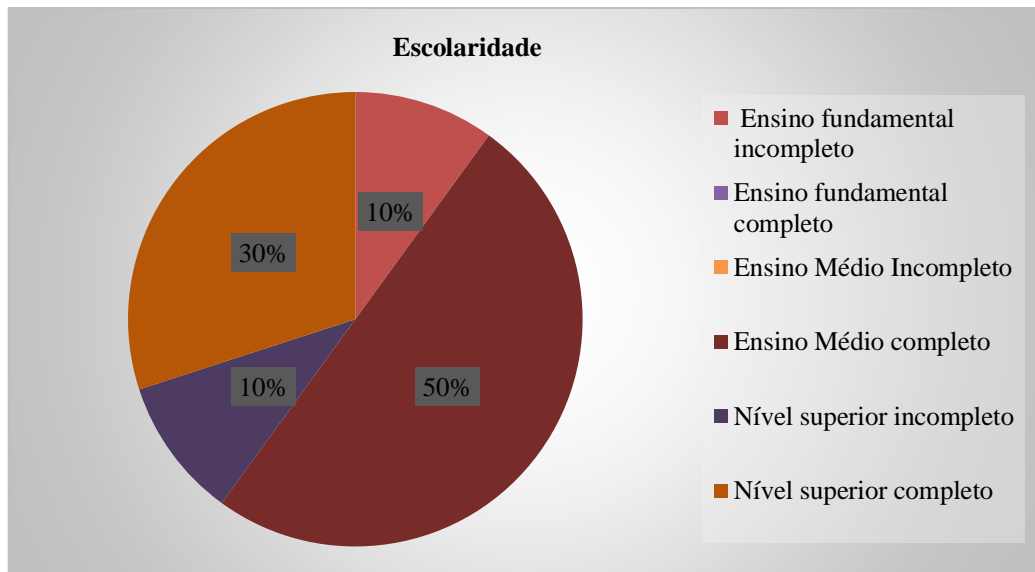
Fonte: Elaboração própria (2021)

De acordo com a pesquisa realizada, o posto de saúde da Chã da Tábua tem em sua maioria, pessoas que se autodeclararam como do sexo feminino.

**Figura 13 - Escolaridade dos funcionários da Unidade básica da Chã da Tábua.**

*Chã da Tábua.*

*07/2021*



**Fonte:** Elaboração própria (2021)

O grau de formação dos profissionais do posto de saúde é composto por metade de concluintes do ensino médio, com destaque para os 30% de concluintes do ensino superior.

**Tabela 20 - Níveis sociais por bairro segundo os funcionários da UBS.**

*Chã da Tábua.*

*07/2021*

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E
<b>Chã da Tábua</b>	0%	0%	0%	50%	50%
<b>Parque Capibaribe</b>	10%	30%	30%	30%	0%
<b>Prego</b>	0%	10%	10%	30%	50%
<b>Pixete</b>	0%	0%	20%	20%	60%
<b>Beira Rio</b>	0%	0%	10%	40%	50,00%
<b>Vila do Reinado</b>	20%	50%	10%	20%	0%

**Fonte:** Elaboração própria (2021)

Segundo os funcionários da Unidade Básica de Saúde, a Chã da Tábua é um bairro fortemente classificado como da classe C e D. Ao verificar a Tabela 9 como um todo, percebe-se que Chã da Tábua em comparação com os outros bairros foram considerados mais carentes dentre essa seleção. Por exemplo, na Tabela 6 os habitantes também classificaram com níveis C e D em sua maioria, porém, a Chã da Tábua via-se mais bem classificada na ótica dos próprios habitantes.

**Tabela 21** - Serviços realizados no posto de Saúde segundo os próprios funcionários.

*Chã da Tábua.*

*07/2021*

<b>Serviços</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Atendimento ambulatorial médicos</b>	100%
<b>Visitas médicas</b>	100%
<b>Pré-natal</b>	100%
<b>Prevenção do câncer do colo útero</b>	
<b>Puericultura</b>	100%
<b>Visitas ACS</b>	90%
<b>Vacinação</b>	90%
<b>Serviços de odontologia</b>	0%
<b>Atividades externas na microárea</b>	0%
<b>Hiperdia</b>	10%
<b>Palestras e cursos</b>	50%
<b>Planejamento familiar</b>	90%

**Fonte:** Elaboração própria (2021)

A Tabela 21 tem por função descobrir de acordo com os funcionários quais serviços estão em funcionamento, alguns serviços obtiveram 100% de afirmação de realização. Em comparação com a Tabela 7, pode-se tirar a conclusão de que parte das informações sobre os serviços prestados pelo posto acabam se dissipando, e não chegando em todos, explicam-se assim os números díspares de algumas categorias entre a Tabela 21 e Tabela 7, onde serviços afirmados por comunitários não se fazem presentes no dos funcionários.



**Tabela 22 - Opinião dos funcionários da UBS Chã da tabua sobre a importância dos serviços. Chã da Tábua.**

07/2021

Serviços	Muito importante	Importante	Importância média	Pouco importante	Nenhuma importância
<b>Atendimento ambulatorial médicos</b>	90%	10%	0%	0%	0%
<b>Visitas médicas</b>	80%	20%	0%	0%	0%
<b>Pré-natal</b>	90%	10%	0%	0%	0%
<b>Citologia</b>	70%	30%	0%	0%	0%
<b>Puericultura</b>	50%	50%	0%	0%	0%
<b>Visitas ACS</b>	60%	40%	0%	0%	0%
<b>Vacinação</b>	90%	10%	0%	0%	0%
<b>Serviços de odontologia</b>	70%	20%	10%	0%	0%
<b>Atividades externas na microárea</b>	10%	30%	60%	0%	0%
<b>Hiperdia</b>	30%	40%	30%	0%	0%
<b>Palestras e cursos</b>	20%	50%	20%	10%	0%
<b>Planejamento familiar</b>	30%	60%	10%	0%	0%

Fonte: Elaboração própria (2021)

Para os funcionários da UBS o atendimento médico, a vacinação e o pré-natal são os serviços mais importantes realizados, seguida das visitas da médica.

**Tabela 23 - Opinião dos Funcionários da UBS Chã da Tábua sobre o nível de acesso aos próprios profissionais.**

Chã da Tabua.

07/2021

Função	Fácil acesso	Acessível	Relativamente e acessível	Difícil acesso	Inacessível	Não há esse profissional na unidade
--------	--------------	-----------	---------------------------	----------------	-------------	-------------------------------------

<b>ACS</b>	90%	0%	0%	10%	0%	0%
<b>Médico</b>	40%	10%	30%	20%	0%	0%
<b>Odontólogo</b>	0%	0%	0%	30%	0%	70%
<b>Enfermeira</b>	40%	20%	20%	20%	0%	0%
<b>Tec. de enfermagem</b>	80%	20%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Elaboração própria (2021)

A Tabela 23 estabelece a visão dos funcionários do posto com relação ao nível de acesso aos demais profissionais, tem-se uma sinergia com a Tabela 9, uma vez que o Agente Comunitário de Saúde foi o que foi mais se destacou no quesito acessibilidade, ambas as propostas tanto da Tabela 9 e 23 são bem próximas, podem não ter os mesmos valores, mas estabelecem a mesma hierarquia de acessibilidade.

**Tabela 24 - Opinião dos trabalhadores da UBS Chã da Tábua sobre a importância dos próprios profissionais.**

*Chã da Tábua*

07/2021

Ranking	1°	2°	3°	4°	5°
Agente de saúde	40%	50%			10%
Médico	50%	50%			
Odontólogo			30%	10%	60%
Enfermeira	10%		50%	20%	20%
Técnica de enfermagem			20%	70%	10%

Fonte: Elaboração própria (2021)

Em um comparativo entre as Tabelas 24 e 12, os médicos continuam sendo os profissionais com maior importância relativa, porém, seus números agora não são mais tão expressivos. Onde na Tabela 12 detinham mais de 69% das 1° posições, agora detém 50% de 1° posições, uma vez que o segundo colocado os agentes comunitários, vindo logo atrás, detêm 40% de 1° posições e 50% de 2° posições (Tabela 24) Enfim o posicionamento final não se modificou em comparação com a tabela 12.

*Tabela 25 - Opinião dos funcionários sobre o orçamento destinado aos serviços.**Chã da Tábua.**07/2021*

	<b>Extremamente insuficiente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Razoável</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Extremamente suficiente</b>
<b>Exames</b>	30%	60%			10%
<b>Vacinas</b>	20%	10%	20%	50%	
<b>Medicamentos</b>	10%	50%	20%	20%	
<b>Tratamentos odontológicos</b>	60%	20%			20%
<b>Infraestrutura</b>	30%	20%	30%	10%	10%
<b>Equipamentos</b>	40%	20%	20%	10%	10%

Fonte: Elaboração própria (2021)

A Tabela 25 é resultado de um questionamento sobre a percepção dos funcionários acerca do orçamento destinado aos serviços de saúde. Logo nota-se que de acordo com os profissionais existe, uma escassez de recursos. O orçamento odontológico é considerado 60% extremamente insuficiente, os exames têm uma taxa de insuficiência de 60%, os medicamentos 50%, mas a vacinação é a que tem melhores índices com 50% de suficiência. Ao estabelecer um paralelo com a Tabela 13, vê-se que a taxa de acessibilidade da vacinação foi 60% de fácil acesso. Intuitivamente acessibilidade e orçamento podem ter uma conexão, que também pode-se ser verificada nos serviços de odontologia que tem taxas baixas de acessibilidade e orçamento.

Dentre as demais variáveis, têm-se que a infraestrutura flutua entre um nível considerado moderado uma vez que transita em diversas categorias, e os insumos aqui simbolizados pelos equipamentos de trabalho que simbolizam 40% de extrema insuficiência.

*Tabela 26 - Opinião dos funcionários sobre o acesso aos serviços.**Chã da Tábua**07/2021*

	<b>Fácil acesso</b>	<b>Acessível</b>	<b>Relativamente Acessível</b>	<b>Difícil acesso</b>	<b>Inacessível</b>
<b>Exames</b>	10%	0%	10%	80%	0%
<b>Encaminhamentos</b>	30%	30%	40%	0%	0%
<b>Consultas clínicas</b>	30%	10%	60%	0%	0%
<b>Receitas</b>	50%	40%	10%	0%	0%
<b>Consultas odontológicas</b>	10%	0%	0%	70%	20%
<b>Medicamentos</b>	30%	10%	40%	20%	0%
<b>Vacinas</b>	50%	40%	10%	0%	0%

<b>Pré-natal</b>	50%	50%	0%	0%	0%
------------------	-----	-----	----	----	----

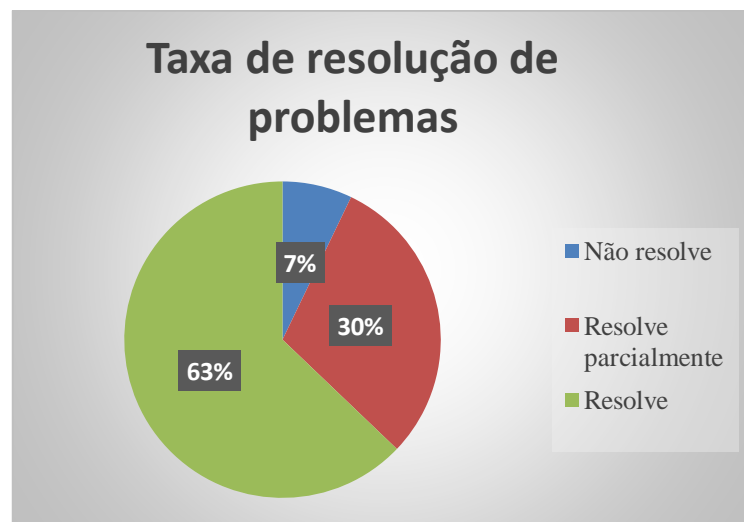
**Fonte:** Elaboração própria (2021)

Na tabela 26, os funcionários emularam os comunitários a fim de determinar o nível de acessibilidade dos serviços empregados, ao se estabelecer um comparativo com a Tabela 13, no comparativo em primeiro momento há uma sintonia sobre dificuldade de acesso aos exames, as consultas odontológicas figuram em difícil acesso ou inacessível, porém, nota-se que a visão dos trabalhadores com relação aos serviços é bem mais otimista que se comparado com a visão dos habitantes.

**Figura 14-** Taxa de resolução de problemas de acordo com os funcionários da UBS Chã da Tabua.

*Chã da Tabua.*

07/2021



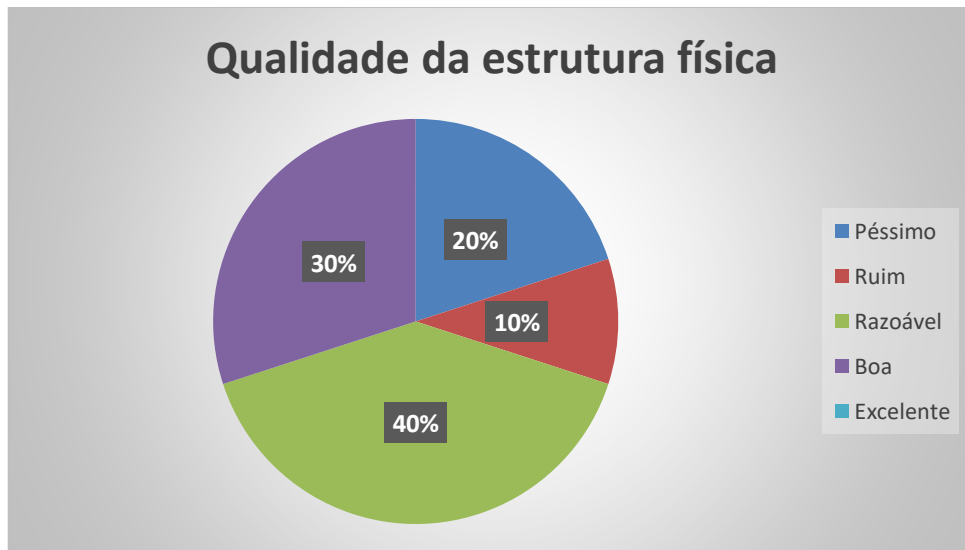
Fonte: Elaboração própria (2021)

A figura 14 e a Figura 9, mostram que os funcionários e os pacientes enxergam a taxa de resolução de maneira similar. Onde mais 60% dos problemas são considerados como resolvidos, a diferença é que na Figura 14 os índices (resolve e parcialmente resolve) são levemente maiores.

**Figura 15 - Qualidade da estrutura física da UBS Chã da Tábua de acordo com os seus funcionários.**

*Chã da Tábua.*

*07/2021*



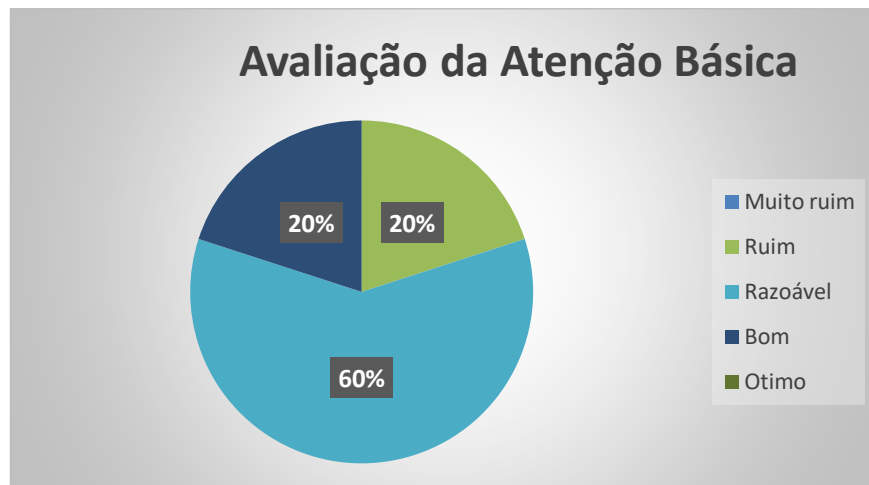
Fonte: Elaboração própria (2021)

Na Figura 15 e Figura 10 tem índices qualitativos similares, onde a maioria determina que a Unidade Básica de Saúde (UBS) tem uma estrutura física considerada regular.

**Figura 16** - Avaliação da Atenção Básica da Saúde pelos funcionários da UBS Chã da Tabua.

Chã da Tábua.

07/2021



Fonte: Elaboração própria (2021)

A classificação agregada da *Atenção Básica* fica em torno de 60% razoável, 20% ruim e 20% ótimo, enfim é uma classificação satisfatória, uma vez que mediano dá uma margem para melhoramentos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primordialmente existe a prerrogativa de que a Chã da Tábua é bairro carente, e isso é observado através dos resultados deste estudo onde os demonstrativos indicam uma população pertencente a classe C e D, mas que se estabelece como melhor relativamente a outros bairros de São Lourenço da Mata. Com isso estabelecido, parte-se do pressuposto de que se trata de uma área carente e que necessita de políticas públicas para promoção do bem-estar.

Ao indicar uma listagem de serviços tanto para a população, quanto para os funcionários propõem-se que no ato comparativo, verifique-se o acesso às informações sobre os serviços disponíveis. Uma vez que se toma como base as respostas dos funcionários do posto da Chã da Tábua como serviços existentes, tem-se que ainda as informações cheguem aos comunitários, há um déficit informativo, onde quanto mais próximo do posto melhor é a propagação de informações.

Sobre a acessibilidade é importante distinguir dois tipos de indivíduos, os que detêm uma certa proximidade ao posto de saúde e, os que moram mais distantes da unidade. Um dos paradigmas construídos aqui é de que a distância é sim um fator determinante para a maior ou menor acesso, mas que existe um papel importante relacionado a oferta também.

Os números de acesso aos profissionais da unidade de saúde obedecem a uma dinâmica de distância associada à oferta dos serviços. Ao analisar os dados nota-se a piora nos índices à medida que se dispõem os resultados dos que vivem relativamente mais distantes. Ainda sobre acessibilidade aos profissionais, observa-se que o único profissional que trabalha quase que integralmente fora do posto, é o agente comunitário, uma vez que está vinculado a uma área fixa no território, de cobertura da unidade, portanto é o profissional que está diretamente ligado ao cotidiano do cidadão, e que teoricamente não deveria ser afetado pelo fator distância, uma vez que existam um para cada área do território.

Para determinar o alcance dos recursos com relação aos serviços tem-se que a maior parte foram classificados com algum nível de escassez entre *extremamente insuficiente* e *insuficiente*, indicando uma oferta limitada dos serviços e, conseqüentemente, a não abrangência desse recorte da população. Serviços como o atendimento médico, que tem o status de serviço mais importante na amostra, evidenciam a insuficiência de oferta, já que as fichas médicas têm índices insatisfatórios. Há presença de uma relativa acessibilidade, mas atrelada a variável distância.

Aqui é importante destacar a vacinação como um serviço exemplar pois obtém bons números com relação a acesso e a oferta. Em contraparte o serviço de odontologia é praticamente nulo, isso implica que a população está privada de acesso de um determinado serviço que poderia ser ofertado pelo posto de saúde.

Os funcionários da unidade de saúde, denotam que existe uma escassez de recursos, pois ao determinar se orçamento empregado a um determinado serviço, na maior parte das vezes, foi classificado como insuficiente ou extremamente insuficiente, salvo a vacina que teve perspectivas positivas.

Em suma, a *Atenção Básica* presente aqui na figura do posto de saúde apresenta um nível de escassez que se intensifica à medida que à distância para a unidade aumenta. Isso é um dos pontos de assimetria encontrados, afetando a frequência do indivíduo e estabelecendo um limitante de oferta, que apesar de ter uma taxa alta de resolução de problemas, e estrutura física razoável, a variedade de serviços é limitada.

Na classificação geral da *Atenção Básica* obteve-se uma classificação majoritariamente média, pela faixa amostral, porém existe uma parcela da população cujo bem-estar é afetado negativamente. De fato, o conceito de utilidade privilegia a curta distância, existindo margem para uma evolução da unidade básica, que seria onde as políticas públicas agiriam para o aumento da oferta de serviços atrelada ao atendimento ainda mais descentralizado, com ações de saúde visando a expansão do bem-estar coletivo.



## REFERÊNCIAS

- Araújo, Mirela. **MPPE exige a interdição do lixão de São Lourenço**, 2018. Disponível em <<https://www.folhape.com.br/noticias/mppe-exige-a-interdicao-do-lixao-de-sao-lourenco/63406>> Acesso em 14 Jul 2021
- Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco. COMDEPE FINDEM, S.D, **Ranking de IDH Estado de Pernambuco**. Disponível em <[http://www.portais.pe.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=18784251&folderId=22058690&name=DLFE-106004.pdf](http://www.portais.pe.gov.br/c/document_library/get_file?p_l_id=18784251&folderId=22058690&name=DLFE-106004.pdf)> Acesso em 16 Jul 2021
- Brasil. Ministério da saúde. Gabinete do ministro, **PORTARIA Nº 2.488**, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Disponível em 13 Jul 2021 <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em 14 Jul 2021
- Brasil. Ministério da Saúde. tabnetdatasus, 2021, **Número de unidades básicas por cidade**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabPE.def>> Acesso em 14 Jul 2021
- Brasil. Ministério da Saúde. tabnetdatasus, 2021, **Produção ambulatorial**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qaPE.def>> Acesso em 10 Jul 2021
- Brasil. Ministério da Saúde. tabnetdatasus, 2021, **Índice de Gini**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginipe.def>> Acesso em 10 Jul 2021
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. **Política Nacional de Atenção Básica** Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 09 Jul 2021
- Câmara Municipal de São Lourenço da mata. saoulourencodamata.pe.leg.br, 2017, **história e geografia de São Lourenço da mata**. Disponível em <<https://www.saoulourencodamata.pe.leg.br/saoulourencodamata>> Acesso em 14 Jul 2021
- Governo do Brasil. Gov, 2019, **Redes de atenção à saúde**. Disponível em <<https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude>> Acesso em 09 Jul 2021
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, cidades. IBGE, C2017, **Dados referentes a território, economia , população e afins das cidades brasileiras**. Disponível <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em 08 Jul 2021
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, Contas nacionais, 2018, **Dados referentes ao PIB dos municípios brasileiros**. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?t=pib-por-municipio&c=2610707>> Acesso em 06 Jul 2021
- Mankiw, N. G. **Introdução à economia – Tradução da 8ª edição norte-americana**. Cengage Learning Brasil, 2019. 9788522127924. Disponível em <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522127924/>> Acesso em: 12 Jul 2021

Mendes, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)> Acesso em: 09 Jul 2021

Oliveira, Lucia; Pitombeira Delane. **Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária,** Scielo,2020 Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/hxkLHrVqkZ5Hy6ZVK9pZmtb/?lang=pt>> Acesso em 06 Jul 2021

Paulani, L. M. **A nova contabilidade social: uma introdução à macroeconomia - 4ª edição.** Editora Saraiva, 2013. 978850193840. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978850193840/>. Acesso em: 09 Jul 2021

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. PNUD, S.D, **ranking IDH Brasil.** Disponível em < <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>> Acesso em 16 Jul 2021

Rede globo. G1. **IBGE reintegra município de goiana a zona da mata de Pernambuco,**2020. Disponível em: < <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/11/17/ibge-reintegra-municipio-de-goiana-a-zona-da-mata-de-pernambuco.ghtml>> Acesso em 25/07/2021

Unidades Básicas da Família (UBF) estão realizando o atendimento ambulatorial em todos os bairros da cidade. **Prefeitura de são Lourenço da mata,** 2021. Disponível em < <https://slm.pe.gov.br/noticia/as-unidades-basicas-de-saude-ubs-e-unidades-de-saude-da-familia-usf-de-sao-lourenco-da-mata-estao-realizando-o-atendimento-ambulatorial-em-todos-os-bairros-da-cidade/>> Acesso em 09 Jul 2021

**APÊNDICE A – Questionário / Formulário opinativo sobre a Atenção Básica destinada  
a trabalhadores da Unidade Básica da Chã da Tábua**

ESTE QUESTIONÁRIO FOI APLICADO EM TRABALHADORES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA  
CHÃ DA TÁBUA EM TRABALHO DE MONOGRAFIA ORIENTADA NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2021  
NA UFRPE

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

1. Identificação da unidade

1.1. Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

1.2. Cidade: \_\_\_\_\_

1.3. Bairro: \_\_\_\_\_

## 1. Formação acadêmica?

Tempo	Assinalar com X
1.1 Ensino fundamental incompleto	
1.2 Ensino fundamental completo	
1.3 Ensino Médio Incompleto	
1.4 Ensino Médio completo	
1.5 Nível superior incompleto CURSO:	
1.6 Nível superior completo CURSO:	
1.7 Especialização CURSO:	
1.8 Mestrado CURSO:	
1.9 Doutorado CURSO:	

## 2. Como considera os níveis socioeconômicos dos seguintes bairros?

Variáveis estratégicas	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classes E
2.1. Chã da Tábua	5	4	3	2	1
2.2. Parque Capibaribe	5	4	3	2	1
2.3. Prego	5	4	3	2	1
2.4. Pixete	5	4	3	2	1
2.5. Beira rio	5	4	3	2	1
2.6 Vila do reinado	5	4	3	2	1

## 3. Dentre os diversos serviços quais estão sendo realizados na UBS?

Serviços	Assinalar com X
3.1 Atendimento ambulatorial médico	
3.2 Visitas médicas	
3.3 Pré natal	
3.4 Prevenção do câncer	
3.5 Puericultura	
3.6 Visitas ACS	
3.7 Vacinação	
3.8 Serviços de odontologia	
3.9 Atividades externas na microárea	
3.10 Hiper-dia	
3.11 Palestras e cursos	
3.12 Planejamento familiar	

## 4. Com relação a importância dos serviços

Variáveis estratégicas	Muito Importante	Importante	Importância Média	Pouco Importante	Nenhuma Importância
4.1 Atendimento ambulatorial médico					
4.2 Visitas médicas					
4.3 Pré natal					
4.4 Citologia					
4.5 Puericultura					
4.6 Visitas ACS					
4.7 Vacinação					
4.8 Serviços de odontologia					
4.9 Atividades externas na microárea					
4.10 Hiperdia					
4.11 Palestras e cursos					
4.12 Planejamento familiar					

## 5. Acesso aos profissionais?

função	Fácil acesso	Acessível	Relativamente acessível	Difícil Acesso	Inacessível	Não há esse profissional na unidade
5.1 ACS						
5.2 Médico						
5.3 Odontólogo						
5.4 Enfermeira						
5.5 Tec. de enfermagem						

## 6. Sobre a importância dos profissionais

função	Ranking	Muito Importante	Importante	Importância Média	Pouco Importante	Nenhuma Importância
6.1 ACS						
6.2 Médico						
6.3 Odontólogo						
6.4 Enfermeira						
6.5 Tec. de enfermagem						

## 7. sobre o orçamento destinado aos para serviços

Variáveis estratégicas	Extremamente insuficiente	Insuficiente	Razoável	Suficiente	Extremamente suficiente
7.1 Exames					
7.2 Vacinas					
7.3 Medicamentos					
7.4 Tratamentos odontológicos					
7.5 Infraestrutura					
7.6 Equipamentos					

## 8. Sobre os níveis dificuldade de acesso?

	Fácil acesso	Acessível	Relativamente acessível	Difícil Acesso	Inacessível
8.1 Exames					
8.2 Encaminhamentos					
8.3 Consultas clínicas					
8.4 Receitas					
8.5 Consultas odontológicas					
8.6 Medicamentos					
8.7 vacinas					
8.8 Pré natal					

## 9. Das disposições para resolver os problemas

Problemas envolvendo	Não resolvido	Parcialmente resolvido	Resolvido
9.1 Hipertensão			
9.2 Diabetes			
9.3 Curativos			
9.4 Vacinas			
9.5 Encaminhamentos			
9.7 Problemas na Gestação			
9.8 Medicamentos			

## 10. Sobre a qualidade da estrutura física da UBS

Espaço	Péssimo	Ruim	Razoável	Boa	Excelente
10.1 Sala de espera					
10.2 Sala da enfermeira					
10.3 Sala de vacina					
10.4 Sala de dentista					
10.5 Sala da médica					
10.6 Banheiros					
10.7 Estrutura em geral					

11. Em qual categoria abaixo classifica a *atenção básica*?

	Assinalar com X
11.1. Muito ruim	
11.2. Ruim	
11.3. Médio	
11.4. Bom	
11.5. Ótimo	

## 12. Argumentações e observações finais:

---



---



---



---



---



---



---

**APÊNDICE B – Questionário / Formulário opinativo sobre a Atenção Básica destinada  
a habitantes da Unidade Básica da Chã da Tábua**

ESTE QUESTIONÁRIO FOI APLICADO NA COMUNIDADE DA CHÃ DA TÁBUA EM TRABALHO DE MONOGRAFIA ORIENTADA NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2021 NA UFRPE

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

1. Identificação

1.1. Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

1.2. Cidade: \_\_\_\_\_

1.3. Bairro: \_\_\_\_\_

Distância para UBS: (Curta) / (Média)

1. Formação acadêmica?

Tempo	Assinalar com X
1.1 Ensino fundamental incompleto	
1.2 Ensino fundamental completo	
1.3 Ensino Médio Incompleto	
1.4 Ensino Médio completo	
1.5 Nível superior incompleto CURSO:	
1.6 Nível superior completo CURSO:	
1.7 Especialização CURSO:	
1.8 Mestrado CURSO:	
1.9 Doutorado CURSO:	
1.10 NDA	



2. Como considera os níveis socioeconômicos dos seguintes bairros?

Variáveis estratégicas	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classes E
2.1. Chã da Tábua	5	4	3	2	1
2.2. Parque Capibaribe	5	4	3	2	1
2.3. Prego	5	4	3	2	1
2.4. Pixete	5	4	3	2	1
2.5. Beira rio	5	4	3	2	1
2.6 Vila do reinado	5	4	3	2	1

3. Dentre os diversos serviços quais estão sendo realizados na UBS?

Serviços	Assinalar com X
3.1 Atendimento ambulatorial médico	
3.2 Visitas médicas	
3.3 Pré natal	
3.4 Prevenção do câncer	
3.5 Puericultura	
3.6 Visitas ACS	
3.7 Vacinação	
3.8 Serviços de odontologia	
3.9 Atividades externas na microárea	
3.10 Hiper-dia	
3.11 Palestras e cursos	
3.12 Planejamento familiar	

## 4. Com relação a importância dos serviços

Variáveis estratégicas	Muito Importante	Importante	Importância Média	Pouco Importante	Nenhuma Importância
4.1 Atendimento ambulatorial médico					
4.2 Visitas médicas					
4.3 Pré natal					
4.4 Citologia					
4.5 Puericultura					
4.6 Visitas ACS					
4.7 Vacinação					
4.8 Serviços de odontologia					
4.9 Atividades externas na microárea					
4.10 Hiperdia					
4.11 Palestras e cursos					
4.12 Planejamento familiar					

## 5. Acesso aos profissionais?

função	Fácil acesso	Acessível	Relativamente acessível	Difícil Acesso	Inacessível	Não há esse profissional na unidade
5.1 ACS						
5.2 Médico						
5.3 Odontólogo						
5.4 Enfermeira						
5.5 Tec. de enfermagem						

## 6.Sobre a oferta de serviços

Variáveis estratégicas	Extremamente insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Mais que suficiente	Excedente de oferta
6.1Fichas médicas					
6.2Vacinas					
6.3Medicamentos					
6.4Visitas de ACS					
6.5Fichas odontólogo					
6.6Pré natal					
6.7Prevenção					

## 7.sobre a importância

Função	Ranking	Muito Importante	Importante	Importância Média	Pouco Importante	Nenhuma Importância
7.1ACS						
7.2Medico						
7.3Odontólogo						
7.4Enfermeira						
7.5Tec. de enfermagem						

## 8.Sobre os níveis de dificuldade de acesso?

	Fácil acesso	Acessível	Relativamente acessível	Difícil Acesso	Inacessível
8.1Exames					
8.2Encaminhamentos					
8.3Consultas clínicas					
8.4Receitas					
8.5Consultas odontológicas					
8.6Medicamentos					
8.7vacinas					
8.8Pré natal					

## 9. Das disposições para resolver os problemas

Problemas envolvendo	Não resolvido	Parcialmente resolvido	Resolvido
9.1 Hipertensão			
9.2 Diabetes			
9.3 Curativos			
9.4 Vacinas			
9.5 Encaminhamentos			
9.7 Gestação			
9.8 Medicamentos			

## 10. Sobre a qualidade da estrutura física da UBS

Espaço	Péssimo	Ruim	Razoável	Boa	Excelente
10.1 Sala de espera					
10.2 Sala da enfermeira					
10.3 Sala de vacina					
10.4 Sala de dentista					
10.5 Sala da médica					
10.6 Banheiros					
10.7 Estrutura em geral					

## 11 Sobre a satisfação

	Insatisfeito	Relativamente Insatisfeito	Relativamente satisfeito	Satisfeito	Extremamente satisfeito
11.1 Distância para UBS					
11.2 Acolhimento(atendimento)					
11.3 Espaço físico					
11.4 Qualidade dos serviços					
11.5 Variedade dos serviços					
11.6 Acesso à informação					
11.7 Área de Cobertura					

## 12. Frequência de uso de serviços ofertados?

	Não faz uso	Raramente	Medianamente	Frequente	Inacessível
12.1 Exames					
12.2 Encaminhamentos					
12.3 Consultas clínicas					

12.4Receitas					
12.5Consultas odontológicas					
12.6Medicamentos					
12.7Vacinas					
12.8Pré natal					

13. Em qual categoria abaixo classifica a *atenção básica*?

	Assinalar com X
13.1 Muito ruim	
13.2 Ruim	
13.3 Médio	
13.4 Bom	
13.5 Ótimo	

14 sobre a frequência na UBS

	Impede A frequência	Menor frequência	Não afeta A frequência	Ajuda a ter maior frequência
14.1 Distância para a unidade				
14.2 Acolhimento(atendimento)				
14.3 Qualificação da equipe				
14.4 Qualidade dos serviços				
14.5Taxa de resolução de problemas				
14.6 Acesso à informação				
14.7Área de Cobertura				

15. Argumentações e observações finais:

---

---

---

---

---

---