



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - ICH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER

JENNIFER LORRANE RIBEIRO DA SILVA SANTOS

**Precarização dos serviços de saúde pública no Itapoã/DF**

BRASÍLIA

2024



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - ICH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER  
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

Jennifer Lorrane Ribeiro da Silva Santos

Matrícula: 20/0020331

Trabalho de Conclusão de Curso:

**Precarização dos serviços de saúde pública no Itapoã/DF**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social pela Universidade de Brasília

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Camila Potyara Pereira

Brasília, agosto de 2024

JENNIFER LORRANE RIBEIRO DA SILVA SANTOS

**Precarização dos serviços de saúde pública no Itapoã/DF**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social pela Universidade de Brasília

Data da aprovação: 29 de agosto de 2024

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Camila Potyara Pereira**  
Universidade de Brasília (UnB)  
Orientadora

---

**Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Dyana Helena de Souza**  
Membro Externo

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liliam dos Reis Souza Santos**  
Membro Interno – UnB

*Sim, grandes coisas fez o Senhor por  
nós, e por isso estamos alegres.*

**Salmos 126:3**

## **Agradecimentos**

A universidade pública nunca foi um sonho. Primeiro porque eu nunca tinha ouvido falar e olha que eu estudei em escola pública durante toda a minha vida. Os meus professores do primário nunca mencionaram a universidade, imagino porque quando eu era criança sempre foi impossível para estudantes da rede pública ingressar na universidade de Brasília. No ensino médio tive professores que falaram da universidade e foi como uma epifania no meu cérebro, pois sempre pensei que teria que trabalhar muito para entrar na faculdade para pagar a mensalidade, não imaginava que poderíamos ter o ensino gratuitamente.

Foi nesse momento que eu comecei a sonhar com a universidade, nenhuma pessoa da minha família tinha estudado em universidade pública, em realidade pouquíssimos possuem ensino superior. Imagino que foi o Senhor quem plantou esse desejo pela universidade no meu coração, porque sem ele eu não teria chegado até aqui. Hoje, finalizando esse curso o meu maior sentimento é de gratidão à Deus por tudo que ele fez na minha vida e por tudo que ainda irá fazer.

Quero agradecer a minha família, por sempre acreditar em mim e na minha capacidade, por todo o suporte que eu recebi durante todos esses anos, não teria chegado até aqui sem eles. Um obrigado aos meus professores e colegas de turma pelos bons momentos e até pelos momentos de desespero, vou sempre manter essas memórias com carinho. A minha orientadora que também foi escolhida pelo senhor para me orientar, saiba professora que eu orei para ter uma orientadora como a senhora, sou eternamente grata. E por fim, obrigada ao meu noivo, por sempre me apoiar e repetir o quão orgulhoso ele é pela minha inteligência e capacidade.

Até aqui nos ajudou o Senhor!

## **1 Sumário**

1 - Resumo.....	7
<b>1.2 - Abstract</b> .....	7
<b>1.3 - Lista de siglas</b> .....	8
2 - Introdução e problematização do objeto de pesquisa .....	9
<b>2.1 - Objetivos</b> .....	12
<b>2.2.1 - Objetivo Geral</b> .....	12
<b>2.2.2 - Objetivos específicos</b> .....	12
<b>2.3 - Justificativa</b> .....	12
<b>2.4 - Metodologia</b> .....	13
<b>2.5 - Tabela – relação e quantidade de entrevistados</b> .....	14
3 - Capítulo I – Desenvolvimento da pobreza no Brasil .....	16
<b>3.1 - Mapa das Regiões Administrativas</b> .....	21
4 - Capítulo II – Histórico da saúde no Brasil .....	22
5 - Capítulo III – Resposta da população .....	30
6 - Considerações finais .....	36
7 - Referências Bibliográficas .....	38
8 - Apêndice.....	41

## **1 - Resumo**

O objetivo desse estudo é realizar um diagnóstico da situação atual da política de saúde na região administrativa do Itapoã/DF. Para isso, foi feita uma análise bibliográfica estudando acerca sobre o desenvolvimento da pobreza no Brasil, o histórico de saúde da população brasileira, a fim de compreender a situação da região em relação ao país como um todo e entender as causas da situação atual de saúde da região. A questão de investigação indaga se diante do crescimento exponencial da região administrativa Itapoã/DF, observado desde o seu início em 2002, os cuidados com a saúde da população também se desenvolveram? Para responder a pergunta, foi realizado uma pesquisa em campo do tipo qualitativa, utilizando para coleta de dados entrevistas estruturadas, com quatro questões norteadoras para trinta usuários e servidores da Unidade de Saúde Básica do Itapoã/DF. A análise de dados foi feita através do método materialismo histórico-dialético, de natureza ontológica, com o intuito de entender o objeto de pesquisa na sua real essência. Assim, os dados da pesquisa mostraram o quanto o descaso com a população e os servidores públicos tem se agravado ao longo dos anos, impactando negativamente na qualidade e quantidade de serviços prestados.

**1.1 - Palavras chaves:** Itapoã/DF, Saúde, Pobreza.

## **1.2 - Abstract**

The objective of this study is to carry out a diagnosis of the current situation of health policy in the administrative region of Itapoã/DF. For this, a bibliographical analysis was carried out studying the development of poverty in Brazil, the health history of the Brazilian population, in order to understand the situation of the region in relation to the country as a whole and understand the causes of the current health situation. of the region. The research question asks whether, given the exponential growth of the Itapoã/DF administrative region, observed since its beginning in 2002, the health care of the population has also developed? To answer the question, qualitative field research was carried out, using structured interviews for data collection, with four guiding questions for thirty users and employees of the Basic Health Unit of Itapoã/DF. Data analysis was carried out using the historical-dialectical materialism method, of an ontological nature, with the aim of understanding the research object in its real essence. Thus, the survey data showed how much the disregard for the population and public servants has worsened over the years, negatively impacting the quality and quantity of services provided.

### **1.3 - Lista de siglas**

CNH – Carteira Nacional de Habilitação

CODEPLAN – Órgão de planejamento, pesquisas e estudos socioeconômicos

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

DF – Distrito Federal

ESF – Equipes de Saúde da Família

HIV – Vírus de imunodeficiência humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGESDF – Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

IHBDF – Instituto Hospital de Base

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Questionando, Intersexuais, Curioso, Assexuais, Aliados, Pansexuais, Polisssexuais, Familiares, 2-espíritos e Kink

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDAD – Pesquisa Domiciliar por Amostra de Domicílio nas Áreas Rurais

RA – Região Administrativa

SAMU – Serviço de Atenção Móvel de Urgência

SSA – Serviço Social Autônomo

SUS – Sistema Universal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPAS – Unidade de Pronto Atendimento

UPT – Unidades de Planejamento Territorial

## 2 - Introdução e problematização do objeto de pesquisa

Este texto trata-se de Trabalho de Conclusão de Curso, que tem como **objeto** de pesquisa a política de saúde em Itapoã - Região Administrativa (RA) do Distrito Federal – frente ao crescimento populacional vertiginoso observado desde a inauguração desta RA, resultando, hoje, em um contingente de cerca de 65 mil habitantes.

O território do Distrito Federal é dividido em 7 Unidades de Planejamento Territorial – UPT, sendo elas as UPTs Norte, Sul, Leste, Oeste, Central, Central Adjacente I e Central Adjacente II. O Itapoã/DF, está inserido na UPT Leste, formada pelas RAs Itapoã, Jardim Botânico, Paranoá e São Sebastião. De acordo com o relatório publicado pela Codeplan, a densidade demográfica do Itapoã é de 5.271,13 habitantes/km<sup>2</sup> e a UPT Leste é limitada geograficamente pelo estado do Goiás, com as cidades de Cristalina e Cidade Ocidental ao sul e Formosa à leste.

A cidade de Itapoã iniciou-se por ocupação em 1990, pelos habitantes que moravam nos fundos de lote do Paranoá. Entretanto, apenas foi legalizada em 07 de julho de 2005. O Itapoã, possui uma população de um pouco mais de sessenta e cinco mil habitantes, de acordo com o PDAD 2021. A região se formou com uma ocupação irregular, recebendo migrantes de todo o Brasil e sendo legalizada em 2005.

O conjunto habitacional Itapoã Parque está em construção no Itapoã, com um total de 12.112 unidades, resultando em mais de 12 mil famílias sendo beneficiadas. Estão previstas três escolas classes para a região do Itapoã Parque, uma escola de ensino infantil e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). Contudo, não há nenhuma menção sobre construção de UBSs ou UPAs.

A população do Itapoã/DF é composta por 50,4% de pessoas do sexo feminino e 49,6% de pessoas do sexo masculino. A idade média da população é de 29 anos, dos quais 45,4% se auto declaram de cor parda. Cerca de 50,4% da população acima de 14 anos se declara solteira e, apenas 4,6% da população acima de 18 anos se consideram LGBTQIA+. Ainda, 47% da população acima de 18 anos possuem carteira nacional de habilitação (CNH). Além disso, 53,2% da população tem origem no próprio DF, 25,2% se originou da Bahia, 15,5% do Maranhão, 14,8% do Piauí, 14% de Minas Gerais, 7,4% do Goiás e 6,9% do Ceará. (PDAD, 2021, p. 21)

Em dados divulgados pela Codeplan em 2021, 94,7% da população acima de seis anos declara que saber ler e escrever e 64,4% entre 4 e 24 anos declararam frequentar escola pública. Em relação ao trabalho, 67,3% de pessoas acima de 14 anos declararam

estar trabalhando, 15,7% desocupadas, na mesma faixa etária, e de pessoas entre 18 e 29 anos, 30,2% se encontram desempregados.

Quanto à saúde populacional, 94% declararam não ter dificuldade para enxergar, 98,8% declararam não ter dificuldade para ouvir, 97,8% informaram não ter dificuldade na locomoção, seja caminhar ou subir degraus, 98,8% reportaram não possuir dificuldade derivadas de limitações nas funções cerebrais e 98,8 também declarou não possuir dificuldade para pegar pequenos objetos.

Em relação ao atendimento de saúde, 63,1% dos moradores informaram utilizar a unidade básica de saúde (UBS) em ocasião de necessidade e o principal motivo para o atendimento na unidade foi a vacinação (41,6%) e o tratamento de doenças (36,4%), como febre, dor, diarreia, entre outros. Apenas 5,1% das pessoas recorrem à UBS por acidente, lesão ou fratura, 4,6% por continuação de tratamento de doença, 3,3% por acompanhamento com psicólogo, nutricionista ou outro profissional de saúde, 2,9% de prevenção, 1,7% por exame complementado de diagnóstico, tais como sangue, urina, imagem e outros, e somente 1,4% por problema odontológico. Esses dados contribuem para o levantamento da seguinte questão: A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada para o SUS. Ela tem como objetivos, prevenir, tratar e promover a saúde, então porque os serviços mais procurados pela população são vacinação e tratamento de doenças?

No Itapoã funcionam três UBSs, contando com 14 equipes de Saúde da Família (ESF). As equipes são compostas por no mínimo um profissional médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Dessa forma, entre 50 e 60 mil pessoas são acompanhadas por esses profissionais. Além dessas 60 mil pessoas para 14 ESF, os novos moradores do Itapoã parque, com capacidade de abrigar cerca de 50 mil moradores, esperam ser atendidos pelas UBSs do Itapoã (Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2020). Logo, temos como questões de partida: catorze equipes de Saúde da Família conseguem prestar um atendimento de qualidade para mais de 65 mil moradores do Itapoã? E agora com a expectativa de receber mais 50 mil pessoas moradoras do Itapoã Parque/DF porque não há projetos para a política de saúde do Itapoã? Ou seja, diante do crescimento exponencial da região administrativa Itapoã/DF, observado desde o seu início em 2002, os cuidados com a saúde da população também se desenvolveram?

O Serviço realizado nas UBSs do Itapoã/DF sofre diversas dificuldades, tais como a falta de espaço, falta de recursos e alta da demanda. Ao longo dos anos a alta demanda tem piorado com o maior povoamento da região e entorno dificultando ainda

mais o fornecimento de um serviço não só de qualidade como também que supra todas as demandas existentes, como por exemplo o acompanhamento de pacientes que sofrem com obesidade, diabetes e doenças derivadas do uso de álcool.

Ao longo dos anos, de acordo com os dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, vêm crescendo significativamente as taxas de obesidade e excesso de peso desde 2002 até 2019: “o percentual de pessoas obesas em idade adulta no Brasil mais do que dobrou em 17 anos, indo de 12,2%, entre 2002 e 2003, para 26,8%, em 2019” (Agência de Notícias do IBGE, 2023). Além disso, a taxa de adultos que consomem bebida alcoólica de forma abusiva passou de 16,1% no ano de 2006 para 20,9% no ano de 2020 (Secretaria de estado de saúde do Distrito Federal, 2022, p. 5). Ademais, do ano de 2008 até o ano de 2018 estimava-se que a taxa de pessoas com obesidade cresceu em 61,8. (Pimentel, Portal Fiocruz, 2018).

A população do Itapoã é considerada jovem, em sua maioria entre 20 e 59 anos. Assim, a maior causa de mortalidade na região é por causas externas, tais como homicídio e acidente em transporte, e por abuso no consumo de bebida alcoólica. A taxa de abuso de ingestão de bebidas alcoólicas e morbidade pelo consumo abusivo é preocupante na região, mas as UBSs de saúde não estão fornecendo serviços ou acompanhamentos para tais pessoas. Apesar das taxas de obesidade, usuários com sobrepeso também não utilizam dos serviços com frequência. A saúde fornecida para a população do Itapoã tem sido focada em prevenção de doenças (PDAD, 2021, p. 28) que podem ser evitadas por meio de vacinação e por tratamento de doença, mas ainda assim os postos de saúde local sofrem com alta demanda e superlotação.

Os serviços de saúde oferecidos voltados para atenção primária no Itapoã/DF são as Unidades Básicas de Saúde, elas são a porta de entrada do usuário ao Sistema único de Saúde, e devem dar assistência à saúde da população, prevenindo e promovendo ao acesso a saúde de qualidade. Logo, têm-se como **hipótese** de trabalho que os serviços de saúde no Itapoã estão sobrecarregados e não conseguem suprir a alta demanda. Com o passar dos anos, apesar do seu grande desenvolvimento administrativo na região e entorno, não há projetos de saúde em andamento que atendam a antiga ou a nova população do local.

## **2.1 - Objetivos**

### **2.2.1 - Objetivo Geral**

Realizar um diagnóstico da situação atual da política de saúde na região administrativa do Itapoã/DF.

### **2.2.2 - Objetivos específicos**

- a) Denunciar a insuficiência das práticas de implementação da política de saúde na região.
- b) Fornecer elementos teóricos e práticos para que lideranças governamentais possam implementar projetos e financiamento voltados para o aprimoramento da política de saúde na região administrativa Itapoã/DF

## **2.3 - Justificativa**

Sou moradora do Itapoã/DF e fiz estágio curricular na UBS 01 do Itapoã/DF. Dessa forma, pude presenciar em primeira mão como a política de saúde funciona, não somente como usuária, mas também como servidora. Logo, como usuária dos serviços de saúde sei a demora para ter atendimento, e o quão difícil é o acesso à informação, seja sobre quais são os dias que estão marcando exames, ou se há algum médico da equipe de férias e quem o irá substituir nos atendimentos.

Como servidora, pude ver a alta demanda para tão poucos profissionais, e a dificuldade com a falta de recursos. O Serviço Social na UBS, atende toda a população do Itapoã, só há uma assistente social na região para a alta demanda. Em muitos casos, os serviços solicitados na UBS são prestados no CRAS, como os do âmbito da assistência social. No entanto os usuários vão até a UBS para solicitar esses serviços por não conseguirem acesso ao CRAS do local, também devido à alta demanda. Por tanto, muitos usuários com demandas para o CRAS, são atendidos na UBS, deixando pouco espaço para o acompanhamento dos outros usuários que de fato precisam de saúde.

É importante ressaltar que no ano de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde, conquistada pelo Movimento Sanitarista, e ao final do evento um esboço para a criação do Sistema Nacional de Saúde – SUS, já estava pronto. A Constituição de 1988 trouxe a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, no qual a principal conquista desse movimento é o sistema de saúde pública ter o dever de ser gratuito, de qualidade e acessível a todos os brasileiros e moradores do Brasil.

As unidades básicas de saúde - UBS foram implementadas a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, no qual os agentes ao estarem em um contato mais próximo com a população, notaram a necessidade de implementação de unidades de saúde próximas ao cidadão. As UBSs, anteriormente conhecidas como Postos de Saúde, Clínicas da Família ou Centros de Saúde, são locais os quais a população

poderá receber atendimentos gratuitos, já que são direitos sociais universais, essenciais em saúde da família, tais quais a saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso. As Unidades Básicas também contam com a odontologia, o requerimento de exames por equipes multiprofissionais e o acesso a medicamentos. É um dever do Estado fornecer uma política de saúde de qualidade para a população e de fato atender a todas as demandas da região.

Além disso, o Distrito Federal acumula a maior renda *per capita* nacional (a maior renda per capita do Brasil se encontra na RA do Lago Sul, com renda mensal maior que R\$10,979). Em contra partida a capital está em quarto lugar no *ranking* de Estados com maior desigualdade social, tendo a RA Estrutural com rendimento de R\$ 695,00. Em dados publicados no site Metrôpoles, em 2021, o Itapoã/DF está 8º lugar, entre as regiões de extrema pobreza no DF.

A população do Itapoã, assim como muitas outras regiões do Distrito Federal veio para a capital em busca de um sonho, uma nova casa, um novo emprego, com melhora na qualidade de vida. Os residentes das regiões como Itapoã, Paranoá e Ceilândia, construíram o Distrito Federal e tomaram a cidade como seus lares. Entretanto, ao final da construção precisaram lutar para permanecerem no local que construíram.

#### **2.4 - Metodologia**

O presente trabalho, utilizou do método qualitativo de pesquisa do qual conduz procedimentos de pesquisa sobre objetos de estudo que demandam descrições e análises não numéricas de um determinado episódio.

A pesquisa qualitativa é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais. Portanto, a pesquisa qualitativa está em condições de traçar caminhos para a psicologia e as ciências sociais concretizarem as tendências mencionadas por Toulmin, de transformá-las em programas de pesquisa e de manter a flexibilidade necessária em relação a seus objetos e tarefas. (FLICK, 2004, p. 28).

A princípio, o desenvolvimento da pesquisa tem sua gênese com uma revisão bibliográfica, à procura de publicações acerca da saúde da população do Itapoã/DF, afinal Minayo dizia que “a definição teórica e conceitual é um momento crucial da investigação científica. É sua base de sustentação.” (Minayo,2004, p.40). Portanto, materiais e pesquisas publicados acerca da saúde da população do Itapoã nos últimos dez anos será o foco principal.

A pesquisa foi delimitada as Unidades Básicas de Saúde do Itapoã. Em seguida, após a análise bibliográfica e documental, foram realizadas entrevistas com aproximadamente vinte usuários e servidores da unidade de saúde.

A ideia de entrevistar os servidores partiu do pressuposto de que, a política de saúde negligenciada do Itapoã/DF está diretamente ligada com a forma de implementação dos serviços de saúde por parte governamental e não com a qualidade de serviço dos servidores, pois ambos são dependentes um do outro. Portanto, se a política de saúde no Itapoã/DF possui déficits, conseqüentemente terá reflexos na população e nos profissionais de saúde da região. Essa etapa da pesquisa foi iniciada em janeiro de 2024 e se prolongou até março do mesmo ano.

As entrevistas foram estruturadas conduzidas por quatro questões elaborada previamente. Os participantes da pesquisa foram homens e mulheres a partir de doze anos. Para os servidores entrevistados, não houve critério de cargos, apenas precisavam ser servidores, e para os usuários preferencialmente moradores do Itapoã, tendo em vista que o público-alvo pode fornecer dados sobre as duas visões do serviço, o serviço de quem o está recebendo e o serviço de quem o está fornecendo.

## 2.5 - Tabela – relação e quantidade de entrevistados

OCUPAÇÃO	TOTAL DE ENTREVISTADOS
Usuário	25
Servidor	5

Foi solicitado aos usuários a possibilidade de gravação das entrevistas, para uma consulta qualificada para o pesquisador na análise dos dados. A pesquisa foi anônima, apenas sendo informado se o entrevistado é usuário ou servidor dos serviços de saúde.

Baseado nisso, a análise e conclusão dos dados está fundada no materialismo histórico-dialético, que possui um caráter de natureza ontológica, que analisa as contradições e as mudanças na sociedade, com o intuito de estudar as relações sociais da sociedade burguesa. (Netto, 2011). Desta forma, o pesquisador que escolhe o

materialismo histórico-dialético como um meio para análise de dados, visa a compreensão do objeto de pesquisa na sua real essencial.

Ademais, o próprio pesquisador também faz parte dos seus estudos, de modo que não há espaço para a neutralidade, o pesquisador deve ser ativo na pesquisa, ser crítico e possuir criatividade. Além disso, uma pesquisa jamais é imutável, devido ao fato de existir diversas contradições societárias, portanto, flexibiliza à diversas mudanças, objeções e hipóteses ao longo da pesquisa. “Entretanto, essa característica não exclui a objetividade do conhecimento teórico: a teoria tem uma instância de verificação de sua verdade, instância que é a prática social e histórica.” (Netto, 2011, p. 23).

Por isso, o materialismo histórico-dialético em uma pesquisa é enriquecedor pois ele traz a relação entre o senso crítico do homem, a relação da consciência do homem, mas também as contradições da sociedade burguesa capitalista e a relação da abstração do conhecimento teórico. Dessa maneira, o método dialético promove uma reflexão crítica dos dados levantados, possibilitando ao pesquisador alcançar a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa. (Netto, 2011, p. 21).

### 3 - Capítulo I – Desenvolvimento da pobreza no Brasil

Quando pensamos na palavra pobreza automaticamente associamos a diversos estereótipos pregados pelo mundo inteiro, seja em filmes, séries, jornais, livros, entre outros. Mas o que significa a pobreza? De acordo com o dicionário online de português, existem dois significados para a palavra pobreza, a primeira é o estado da pessoa pobre, de quem tem carência do necessário à sobrevivência e a segunda é a falta do necessário à sobrevivência. Os sinônimos de pobreza são penúria, necessidade, mendicidade e miséria, os antônimos por sua vez, são a opulência e a riqueza. (Dicio, 2024)

Para o economista Mauricio Eliseu Costa Romão a conceituação de pobreza é extremamente complexa, possuindo quatro perspectivas, a pobreza como juízo de valor, a pobreza relativa, a pobreza absoluta e a pobreza relativa/absoluta. O juízo de valor é a ideia subjetiva ou relativa do indivíduo, no qual a pobreza é definida pelo grau de satisfação das necessidades básicas de cada um, relacionada ao nível de privação comumente suportável. Onde:

Os proponentes da noção de que a pobreza é um juízo de valor sustentam que o conceito é basicamente normativo: trata-se de uma elucubração subjetiva do indivíduo a respeito do que deveria ser um grau suficiente de satisfação de necessidades, ou do que deveria ser um nível de privação normalmente suportável. Os que têm e os que não têm são, desse modo, divididos de acordo com um juízo de valor dos que expressam sentimentos, suas receitas do que deveriam ser os padrões contemporâneos da sociedade quanto à pobreza. (Romão, 1982, p. 357)

O autor, por sua vez, rejeita completamente essa ideia, pois a pobreza é uma situação social concreta, facilmente identificável pela falta de recursos de cada indivíduo. Assim:

A pobreza não pode ser tão abstrata que venha a depender inteiramente dos sentimentos que desperte. Essa posição infeliz "rouba ao conceito muito de seu sentido generalizado, empobrecendo-o imensamente. Em sua forma mais crua, a pobreza é universalmente reconhecida; todos podem vê-la, ouvi-la e cheirá-la" (Sen, 1978, p. 13). Este enfoque também pode ser criticado tendo em vista que - de modo particular entre os necessitados - o sentimento de pobreza varia segundo a própria situação, assim como o que se sabe a respeito da renda e do consumo de outros grupos numa população. Em outras palavras, não é provável que sejam estáveis quaisquer resultados obtidos através desse enfoque. (Romão, 1982, p. 357)

A pobreza relativa está intimamente ligada com a desigualdade na distribuição de renda. Dessa maneira, a população interpreta a pobreza com base no padrão social

vigente, como por exemplo a pobreza em países como a Suíça ser diferente da pobreza de países como a Venezuela. De modo que:

[...]o conceito de pobreza tem alguma relação com a noção geral de "privação relativa", para utilizar os termos popularizados na bibliografia sociológica (veja Townsend, 1970, e Wedderburn, 1974). Diremos que Fulano sofre de privação relativa em comparação com alguém, digamos, Sicrano, se o primeiro deseja ter algo que não possui, mas que Sicrano possui. Ou, em termos mais gerais, a privação relativa é um conceito objetivo usado "para descrever situações em que as pessoas têm menos de algum atributo desejado, seja renda, condições favoráveis de emprego ou poder, do que outros" (Wedderburn, 1974, p. 4). (Romão, 1982, p. 358)

Maurício Romão acredita que essa pode ser uma forma correta para classificar a pobreza, entretanto ela não compreende a natureza específica do conceito pobreza. Por sua vez, a pobreza absoluta tem sua conceituação baseada em uma padronagem fixa do nível mínimo ou suficiente de necessidades, no qual há uma linha ou limite da pobreza, que determina a população que está abaixo desse nível dentro da pobreza. Assim:

o conceito de pobreza absoluta se propõe quando são fixados padrões para o nível "mínimo" ou "suficiente" de necessidade - também conhecido como a linha ou limite da pobreza - e se computa a percentagem da população que se encontra abaixo desse nível. O padrão de vida mínimo (em termos de requisitos nutricionais, moradia, vestuário, etc.) em geral é avaliado segundo preços relevantes, e a renda necessária para custeá-los é calculada. Como se pode ver por essa definição, a pobreza absoluta expressa uma opinião coletiva derivada da convicção de que cada pessoa tem o direito de viver em condições decentes e condizentes com a dignidade humana. (Romão, 1982, p. 360)

A pobreza relativa/absoluta trás diferentes perspectivas unidas em um mesmo propósito, no qual:

O enfoque da pobreza relativa/absoluta leva em conta que a abordagem relativa não estabelece uma linha acima da qual a pobreza deixaria de existir. Busca-se sanar este problema agregando a esta abordagem uma outra, de cunho absoluto. Por exemplo: ao calcular a renda per capita de parcelas da população (abordagem relativa), fixa-se a linha de pobreza na metade da renda per capita média do país (abordagem absoluta). De toda forma, a arbitrariedade continua presente nesse procedimento, posto que não existe uma razão a priori na qual uma determinada proporção estatística sumária possa ser considerada como linha da pobreza. (Crespo; Gurovitz, 2002. p. 4)

Portanto, a pobreza pode ser classificada e determinada a partir de várias perspectivas, sejam individuais ou sociais. Há um padrão para cada país e para o mundo inteiro. Entretanto, apesar do tema pobreza estar em questão por diversos autores e ao longo dos anos da humanidade, ainda é um tema sem um consenso acerca da sua definição ou como combatê-la. A autora Camila Potyara Pereira disserta sobre a pobreza que:

Na literatura disponível percebe-se a ausência de consenso acerca de sua definição assim como de medidas para combatê-la. Em outras palavras, não há um conceito e uma ação únicos e corretos, mas uma variedade de tentativas de aproximação ao tema e ao problema, que são constantemente revistas e reinterpretadas. Tais dissensos produzem divergências metodológicas que, por sua vez, influenciam o tipo e conteúdo de políticas sociais criadas para o seu equacionamento. (Pereira, 2006, p. 230)

Mas de fato o que causa a pobreza? Assim como a definição de pobreza, o causador dela também há diversas perspectivas. Pereira traz a pobreza como um fenômeno mundial que surgiu com as primeiras sociedades, contudo foi apenas no período pré-capitalista, que a pobreza assumiu uma conjuntura de escassez e de precário desenvolvimento das forças produtivas. A autora também disserta sobre mais três perspectivas. Na qual:

[...]A primeira relaciona a pobreza a causas patológicas, ou seja, a fraquezas, vícios e problemas psicológicos dos pobres. Esta corrente oferece explicações centradas no indivíduo e, conseqüentemente, requer políticas que corrijam o seu comportamento “desviante”. (Pereira, 2006, p 237)

A segunda perspectiva debate sobre a forma como a sociedade está estruturada causa a pobreza da população. Onde ela defende:

[...] causas estruturais e encara a pobreza como sendo fruto da dinâmica de forças sociais. Nesta perspectiva, se a pobreza persiste mesmo com a existência de políticas para combatê-la, a falha está ou nos agentes formuladores de política, na política em si, ou no sistema econômico que regula a sociedade – e não nas vítimas da pobreza. As políticas referidas podem ser influenciadas por perspectivas ideológicas como o neoliberalismo, o conservadorismo, a social democracia e o socialismo revolucionário. (Pereira, 2006, p. 237)

A terceira e última retrata a pobreza como algo que surgiu com a forma de sociedade capitalista e que ela apenas poderá ser superada com a erradicação desse sistema, no qual:

[...] afirma que é a lógica do mercado de trabalho assalariado a grande causa da pobreza extrema. No entanto, a corrente que inspira este trabalho é aquela que atribui ao capitalismo não a causa da pobreza, mas a intensificação e a reconfiguração desta, tal como entendem Karl Marx, Pete Alcock, José Paulo Neto, entre outros. (Pereira, 2006, p. 238)

Logo, a pobreza está diretamente ligada com a escassez de recurso, ou pela má distribuição dos recursos presentes. Assim, “estes recursos não se limitam apenas à renda, mas englobam, igualmente, a oferta de bens e serviços públicos como saúde, educação, habitação, previdência, saneamento, alimentação, entre outros.” (Pereira, 2006, p. 242)

A pobreza pode se manifestar de diversas formas. No Brasil não é diferente. De acordo com o site mundo educação, a pobreza resulta em grandes consequências para a população, principalmente causando danos ao desenvolvimento humano e à qualidade de vida. Ela se dá na falta de alimentação adequada, na dificuldade de utilização dos serviços de saúde, bem como no crescimento da violência e da vulnerabilidade social, na inadequação de moradias, manifestação de doenças causada pela escassez nutricional, falta de saneamento básico, o preconceito e a exclusão social para com as pessoas em situação de pobreza, além de impactar no desenvolvimento econômico e social do país. (Campos, Mundo Educação, 202-?)

Vimos anteriormente que a pobreza pode ser causada pela falta de recursos ou pela desigualdade na distribuição deles, porém, no Brasil qual é a causa? De acordo com o site da agência gov, em dados de junho de 2024, o Brasil está prestes a entrar em oitavo lugar, ultrapassando a Itália, no ranking global dos países com a maior economia do mundo. Logo, falta de recursos não é o problema da pobreza no Brasil, e sim a desigualdade na distribuição de renda.

O Brasil é um dos países com uma das maiores cargas tributárias do mundo e um dos piores em índices mundiais de retorno dos impostos pagos para o bem-estar da população. Em um estudo realizado pelo Índice de Retorno de Bem-Estar à Sociedade (2022), o Brasil está entre os trinta países com uma das maiores taxas de tributação do mundo, com uma taxa de 33,71% do Produto interno Bruto-PIB, porém fica em último lugar, de trinta países, de maior carga tributária e menor retorno ao bem estar populacional.

A pobreza no Brasil é um marco histórico, ela vem se ampliando significativamente ao longo dos anos. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) a taxa anual de pobreza brasileira de 2012 era de 12,9% e no ano de 2021 saltou para 15,7%. A questão brasileira não está na falta de recursos, e sim, como já dito, em uma péssima gestão dos recursos públicos, marcada por corrupções e priorizações de pagamentos ao capital e não ao trabalho e ao bem-estar populacional.

Antes do Brasil se tornar um país independente éramos colônia de Portugal, fomos forçados a trabalhar ao máximo para enriquecer um país estrangeiro, que usurpou nossas riquezas e escravizou a população originária deste país e de outras nações africanas. Entretanto, embora independente e oficialmente sem escravizados, o Brasil não rompe com a lógica colonial e com a exploração da classe trabalhadora, que trabalha incansavelmente o mês inteiro por um salário que mal garante viver além da linha de

sobrevivência, para no final o dinheiro ir embora em taxas de tributação, receber alimentos inflacionados, saúde de baixa qualidade, vias estruturais em péssimas condições, entre outros.

No Distrito Federal não é diferente, de acordo com o portal da Câmara Legislativa do Distrito Federal (2023), há 43.476 famílias em situação de pobreza e 75.721 famílias de baixa renda. Em 2021 havia 200 mil famílias inscritas em programas sociais para sobreviver, e de acordo com o subsecretário de assistência social, em 2023, passaram a ser 352 mil famílias. Logo, a situação de Brasília, assim como do Brasil, a pobreza também está aumentando ao longo dos anos, assim como a desigualdade social da região.

A capital do país lidera a cidade com maior renda per capita do país (Ribbeiro, CNN, 2023), a RA Lago Sul, bem como lidera o maior percentual de pessoas em situação de rua no Brasil, no qual a cada mil pessoas tem três pessoas em situação de rua. Ela fica em quarto lugar no ranking de cidades com mais moradores em situação de rua, perdendo para São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. (Abreu; Martins, Metrôpoles, 2023).

Com base nos dados acima é possível notar o quanto a desigualdade social é agravante, e como ela reflete a situação da Brasil, a cidade com maior renda per capita do país, o Brasil no ranking como um dos países com maior economia do mundo, e a cidade com o maior percentual de pessoas em situação de rua do país, o Brasil em último lugar dentre os países de maior carga tributária e menor retorno ao bem estar populacional.

### 3.1 - Mapa das Regiões Administrativas



Mapa do Distrito Federal, Salin Siddartha, 2020.

#### **4 - Capítulo II – Histórico da saúde no Brasil**

O Ministério da saúde no Brasil foi criado em 1953, quando foram iniciadas as primeiras conferências de saúde pública no país, nas quais surgiu a ideia de um sistema de saúde único que atendesse toda população (Magalhães, Toda a Matéria, 201-?). Antes disso, no período colonial, o acesso à saúde era determinado pela classe social a qual o indivíduo estava inserido. Dessa forma a população pobre ficavam à mercê da filantropia, caridade e crenças religiosas. Após a independência do Brasil em 1822, Dom Pedro II determinou a criação de órgãos para inspecionar a saúde pública, com o intuito de evitar pandemias e melhorar a qualidade de vida populacional e, a partir daí, medidas voltadas para o saneamento básico foram adotadas, assim como campanhas de vacinação contra a varíola. (Magalhães, Toda a Matéria, 201-?)

Com a ditadura civil-militar, em 1964, a saúde pública sofreu cortes orçamentários, sendo apenas 1% do orçamento da União destinado à saúde, resultando em muitas doenças voltando a se manifestar (Magalhães, Toda a Matéria, 201-?). Nesse mesmo período surgia o Movimento Sanitarista, que tinha como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, implicando uma radical mudança cultural, política e institucional que viabilizasse a saúde como um bem público, composto por profissionais da saúde, intelectuais e partidos políticos (Souto; Oliveira, Scielo, 2016). Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde, conquistada pelo Movimento Sanitarista, e ao final do evento um esboço para a criação do Sistema Nacional de Saúde – SUS, já estava pronto. A Constituição de 1988 trouxe a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, no qual a principal conquista desse movimento é o sistema de saúde pública ter o dever de ser gratuito, de qualidade e acessível a todos os brasileiros e moradores do Brasil. (Brasil, 1988)

Mas afinal, o que é saúde? De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde conceitua-se como “um estado do completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946). Dessa forma, a saúde está interligada a não somente o estado físico do indivíduo, como também a situação econômica e social ao qual está inserido.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário

às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988). Então, sim a saúde é não só para todos como também é um dever do Estado, como também

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.” (Brasil, Art. 197, 2002).

Ou seja, o Estado deve fornecer serviços de saúde de qualidade à população, como também fiscalizar os serviços prestados. Logo, saúde para a Constituição Federal de 1988 deve ser formulada, fornecida, financiada e fiscalizada pelo Governo Brasileiro.

Segundo a Lei Nº 8.080, criada em 19 de setembro de 1990, no Art. 2º “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”. Os determinantes da saúde, são:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Brasil, Art. 3º, Lei Nº 8.080, 1995).

Ou seja, a saúde populacional é um reflexo da situação social e econômica do País, no qual a saúde será determinada pelas condições de vida familiar, pela renda *per capita*, pelos índices de educação, pelos meios de transportes, pelo tempo de qualidade e pelo acesso aos serviços essenciais de vida.

O Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com o site gov.br é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, que abrange atendimentos simples até o transplante de órgãos, além de garantir o acesso integral, universal e gratuito para a toda população do País (Gov.br, 202-?). De acordo com o autor Marcos Vinicius Polignano (2001), o SUS é configurado como o conjunto de ações e serviços de saúde, fornecidos por órgãos e instituições públicas estaduais, federais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Estado. Além disso, o autor destaca que a iniciativa privada também poderá participar do SUS, desde que tenha um caráter complementar.

Os objetivos e as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) são:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Brasil, Art. 5º, Lei 8.080, 1995)

Portanto, ela prevê o diagnóstico e a exposição dos determinantes da saúde, bem como a elaboração da política de saúde com um intuito de proporcionar articulação entre os campos econômico e social. Além disso, fornecer assistência à população por meio de ações de promoção, proteção e recuperação à saúde, com ações assistenciais integralizadas às atividades preventivas.

Sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, são considerados:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Brasil, Art. 7º, Lei 8.080, 1995)

Logo, faz parte dos princípios do Sistema Único de Saúde a política de saúde ter caráter universal, a integralidade, isto é a percepção do sujeito na visão totalitária, sendo ela uma visão do contexto histórico, social, político, familiar em ambiental ao qual o indivíduo está inserido. Outros princípios do SUS são: preservar a individualidade de cada ser humano, a uniformidade no serviço prestado, no qual todos devem receber o mesmo tratamento independente do contexto ao qual está inserido, o direito à informação, a promoção dos serviços de saúde (Brasil, 1995). O Sistema também tem como princípio, a agregação das ações de saúde, com o meio ambiente e o saneamento básico.

Desse modo o texto sobre Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como um direito de todos (Sousa, 2014), é um artigo da qual relata que a universalidade do SUS rompeu a linha divisória que existiu ao longo de toda a história de saúde no Brasil, na qual o direito a saúde era apenas para os trabalhadores inseridos em emprego formal e que contribuía diretamente com a previdência social. O cidadão que não estava inserido nessa realidade, era tratado como indigente e dependia exclusivamente de ações filantrópicas e submetido a práticas clientelistas. Após a reforma sanitária, a política de saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Poder Público, como está previsto na Constituição de 1988.

A Sousa também relata dois tipos de vertentes que pode ter a universalidade, a social democrática, que é a perspectiva de saúde como um direito social inerente a todos, e a vertente liberal, compreendida de forma que o acesso à saúde deve ser viabilizado por meio do mercado. A primeira vertente, a perspectiva de saúde como um direito inerente à todos foi firmada pela reforma sanitária, preservando a política de saúde em seu caráter público/estatal, bem como a garantia de financiamento a partir dos recursos públicos resultados de contribuições sociais, impostos, taxas e outras fontes de arrecadação governamental (Sousa, 2014, p. 228). Já a vertente liberal, a segunda perspectiva, ocorre:

A segunda é a que tem sido imposta, desde a década de 1990, pelos organismos financeiros internacionais, compreendendo que a universalização de forma restrita, considera que cobertura da saúde pelo sistema público não comporta a totalidade da população, pois onera, sobrecarrega financeiramente o Estado. Portanto, este deve se responsabilizar pelos mais pobres, e os demais devem ter o acesso proporcionado pelo mercado. Neste sentido, o Estado só deve intervir residualmente, de forma focalizada, dualizando o acesso: o público para os que não podem pagar e o privado para os que têm condições de comprar. (Sousa, 2014, p. 228).

Por meio disso, é possível ver as duas dimensões adquiridas pela universalidade após a reforma sanitária e a aprovação da Constituição Federal de 1988. A primeira é uma dimensão ampla, amparada por lei, que garante a saúde para todas as pessoas sem

distinção, e a segunda é uma dimensão restrita, que é a realidade da política de saúde da população brasileira, refletida na negação de direitos, seja por falta de oportunidade de atendimento devido à alta e crescente demanda, como também a falta de estrutura, recursos ou de profissionais qualificados que recorrem ao mercado, o que contribui na ampliação do setor privado.

É inegável a tamanha desigualdade social no Brasil, e Brasília é um reflexo dela. Como já dito, a renda *per capita* da RA Lago Sul é dez mil novecentos e setenta e nove reais, já a RA Sol nascente, considerada a maior favela do Brasil, a renda mensal é de novecentos e quinze reais (G1, 2023) ou seja, é mais de dez mil de diferença entre uma região a poucos quilômetros da outra. Dito isso, a população brasileira em sua maioria depende da política de saúde não só própria sobrevivência como também para um desenvolvimento social, pois uma população detentora de um bom sistema de saúde é reflexo de uma sociedade saudável e em constante desenvolvimento.

A universalidade é um princípio do Sistema Único de Saúde e, portanto, um dever do Estado, por isso o Poder Público deve procurar meios para fornecer à população serviços e ações de saúde de qualidade e que atendam a toda a população brasileira. Dessa forma, os serviços de saúde devem atender a população independentemente da situação social e econômica a qual está inserida, iniciando a supervisão de o porquê os médicos funcionários públicos em sua maioria recorrerem ao sistema privado, além de entender o porquê de eles favorecerem os usuários de rede privada em detrimento da rede pública. É preciso compreender o porquê da rede privada de saúde crescer cada dia mais no Brasil. Um exemplo disso, é o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal, que :

é um serviço social autônomo (SSA) criado pela Lei nº 6.270/19 para ampliar o modelo do Instituto Hospital de Base (IHBDF). Atualmente, o IGESDF faz a gestão do Hospital de Base e do Hospital Regional de Santa Maria, além das unidades de pronto atendimento (UPAs) de Brazlândia, de Ceilândia, de Ceilândia II, do Gama, do Núcleo Bandeirante, do Paranoá, de Planaltina, do Recanto das Emas, do Riacho Fundo II, de Samambaia, de São Sebastião, de Sobradinho e de Vicente Pires. (Sobre o IGESDF, IGESDF, 201-?)

Além disso, O IGES DF “por se tratar de um SSA, o instituto tem natureza de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública.” (Sobre o IGESDF, IGESDF, 201-?). Uma empresa privada como o IGES está sendo responsável por toda a mão de obra fornecida para hospitais importantíssimos no DF ao invés do Estado.

Os princípios do SUS, indicam a democratização nas ações e serviços de saúde, que passam de ser restritos aos trabalhadores formais e evoluem para integrar a todos, por meio da universalidade. É através do SUS que a população brasileira tem se desenvolvido social, econômica e ambiental, pois a saúde está ligada diretamente aos determinantes sociais e econômicos de um país. Porém se a saúde está cada dia mais sendo ameaçada pelo sistema privado, cada dia mais esse desenvolvimento também tem sido ameaçado. Logo, o Sistema único de Saúde pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais da população brasileira, além de ser um patrimônio.

“Defenda o SUS: 12 motivos para o sistema único de saúde ser indispensável” (Zveiter, Quindim, 2022), é uma matéria na qual a Jornalista, redatora e produtora de conteúdo Fabiana Zveiter retratou em dez exemplos o porquê do Sistema Único de Saúde ser indispensável para o País. De acordo com ela, o primeiro motivo é, porque o SUS é líder e referência mundial em vacinação, pois 98% do mercado de vacinas é responsabilidade deste Sistema, que protege a população contra doenças graves e potencialmente fatais, além de prevenir novas epidemias e retorno em massa de enfermidades que já infestaram o mundo. O segundo motivo é o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), as ambulâncias que transportam pacientes e vítimas que precisam de atendimento urgente. O terceiro é que o SUS é responsável por 90% dos transplantes de órgãos no Brasil, fornece assistência durante o processo de diagnóstico e tratamento, bem como realiza os procedimentos e acompanha o paciente e seus familiares na pré e pós cirurgia.

O quarto motivo que Zveiter apresenta na matéria é a prevenção, tratamento e controle de doenças crônicas, como câncer, tuberculose, HIV e Hanseníase, enfermidades que exigem medicação frequente e são tratadas pelo SUS gratuitamente. No quinto motivo a autora traz a vigilância sanitária que é a fiscalização de estabelecimentos diversos, tais como restaurantes, lanchonetes, bares, supermercados, lojas de cosméticos e farmácias, bem como estabelecimentos de segmentos diferentes como rodoviárias e aeroportos. Além disso, a Vigilância Sanitária também é responsável por garantir a qualidade da água potável que chega nas casas de todos os brasileiros. O sexto motivo é a Vigilância Sanitária de Zoonoses, responsável por procedimentos como imunização e castração de animais, no controle de pragas e doenças em animais no campo e na cidade, preservando assim a saúde populacional.

Fabiana Zveiter discorre no sétimo motivo sobre a Vigilância Epidemiológica e campanhas de vacinação. A importância da Vigilância Epidemiológica no combate a

doenças analisadas em âmbito coletivo “Doenças como sarampo, rubéola, difteria, poliomielite, coqueluche e meningite são transmitidas facilmente, podendo atingir muitas pessoas em pouco tempo” (Brasil, FUNASA, 2001, p. 41) que podem ser transmitidas em larga escala. As Campanhas de Vacinação, por sua vez, são essenciais para conscientizar, vacinar e registrar os índices de contaminação de doenças infectocontagiosas, o que é de extrema importância para o trato e combate de surtos, epidemias e pandemias. O Oitavo Motivo são os medicamentos gratuitos, pelos quais doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, são controladas. O nono motivo é o atendimento à população do campo e regiões de rios e florestas, população que também tem o direito de acesso a saúde, tais como consultas preventivas, tratamento de doenças, bem como participação nas campanhas de vacinação.

No décimo motivo Zveiter relata a importância dos procedimentos realizados pelo SUS todos os anos, pois a quantidade de consultas, exames, cirurgias e internações, chegou a quase 2 bilhões em 2018. Além disso, as equipes de Saúde da Família, responsáveis pela atenção básica aos usuários, são capazes de resolver 80% das demandas relativas à saúde da população. No décimo primeiro motivo ela pontua que sem o Sistema Único de Saúde não há acesso à saúde pois, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 65% da população não possui acesso a um plano de saúde particular. A população brasileira, de acordo com Censo dos Estados Unidos, retirado do Banco Mundial, em 2021 formava o total de 214,3 milhões de cidadãos. Logo, 65% da população são 139.295.000 habitantes do Brasil que não possuem plano de saúde particular.

No décimo segundo e último motivo, a autora aponta o SUS como um direito garantido a toda a população pela Constituição Federal. Finalizando com:

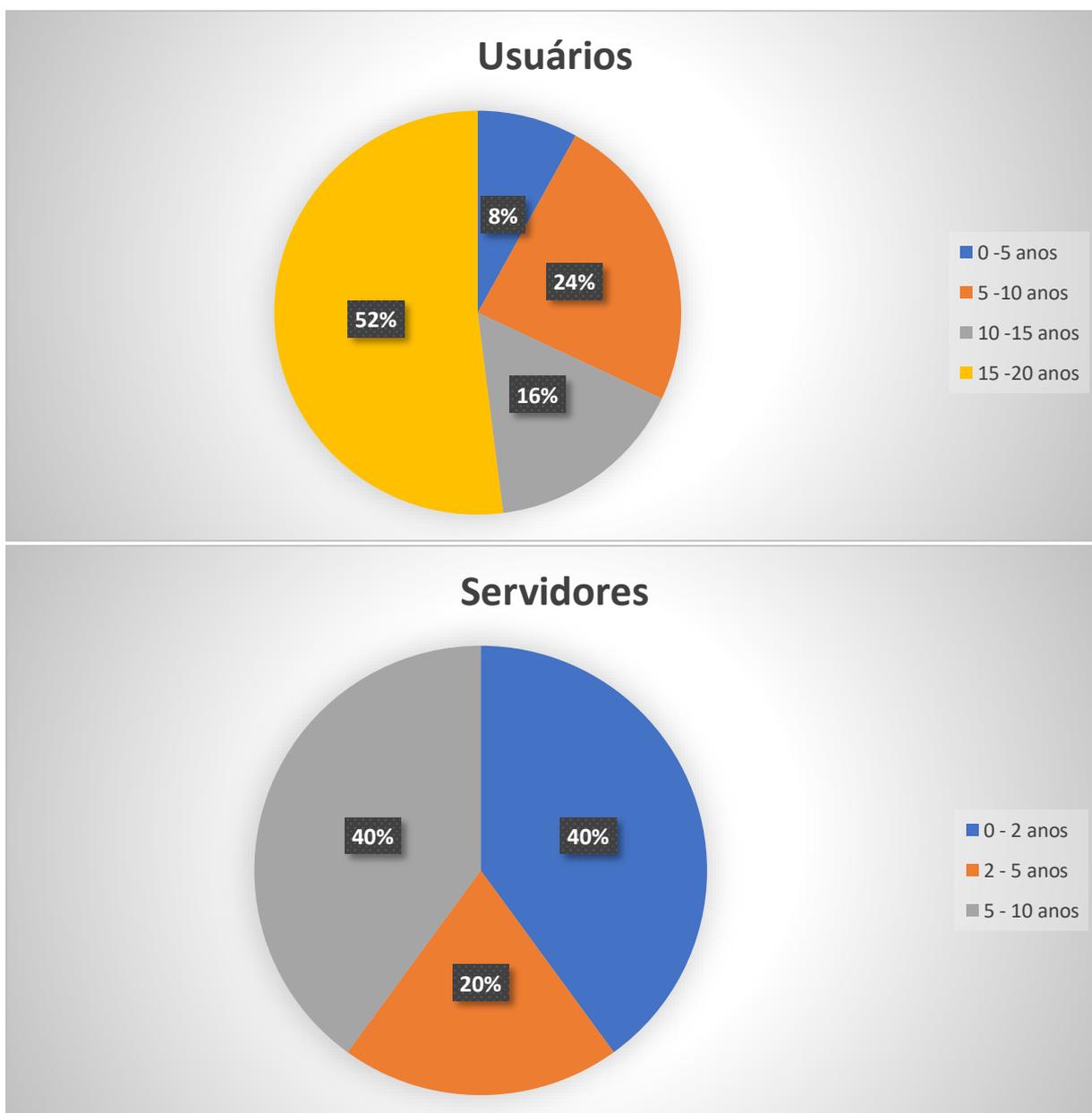
- **Universalidade:** todos devem ser atendidos sem qualquer tipo de restrição ou distinção.
- **Integralidade:** o atendimento deve ser integral, com prioridade para atividades de prevenção de doenças.
- **Equidade:** os recursos e serviços devem servir a todos, dedicando maior atenção aos que mais necessitam.
- **Participação social:** a sociedade tem o direito e o dever de participar da gestão do SUS, direito esse que deve ser assegurado pelo Poder Público.
- **Descentralização:** as responsabilidades e os recursos são compartilhados pela União, pelos Estados e pelos Municípios. (Zveiter, Quindim, 2022)

Portanto, o SUS e a universalidade como um princípio da política de saúde é de extrema importância para a população, bem como para o desenvolvimento, social, político e econômica para o país. Além de proporcionar qualidade de vida a diversos

brasileiros que sem as políticas de saúde possuíam baixíssima expectativa de vida e um futuro melhor.

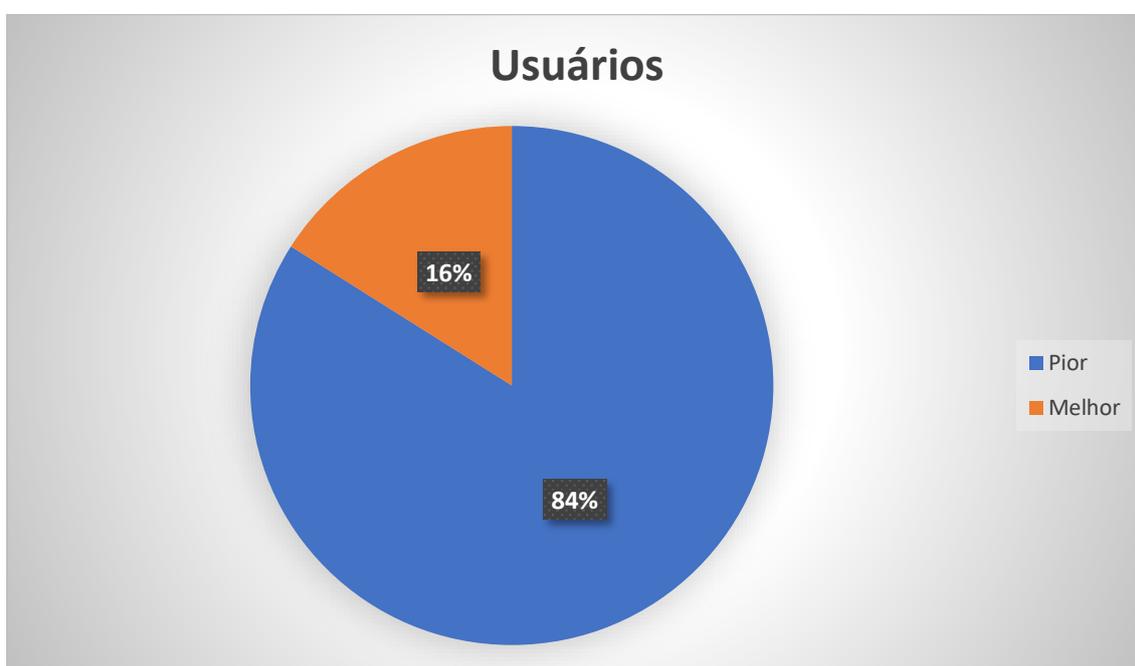
## 5 - Capítulo III – Resposta da população

A pesquisa foi realizada com usuários e servidores das Unidades Básicas de Saúde do Itapoã, no mês de maio de 2024, no qual ao iniciar a entrevista todos os usuários foram informados de que era uma pesquisa de opinião anônima, e todos consentiram em participar da pesquisa. Dessa forma, foram realizadas quatro perguntas a 25 usuários da unidade e 5 servidores. A primeira pergunta era: Há quanto tempo você utiliza os serviços de saúde no Itapoã/DF?



Nos gráficos acima, é possível notar que a maioria dos usuários das UBSs utilizam dos serviços de saúde desde de sua inauguração da região administrativa. Logo, podemos concluir que 52% dos usuários questionados puderam responder as perguntas da perspectiva exata a qual essa pesquisa foi pensada. Um levantamento geral de como os serviços de saúde atendiam a população em sua inauguração e como ela se encontra nos dias atuais. Já sob a perspectivas dos servidores, teremos a análise tanto dos servidores que deram a início a sua prestação de serviço nessa região no período de dois anos, como também teremos servidores que estão servindo entre cinco e dez anos.

A segunda questão dizia: Você percebeu alguma mudança nos serviços de saúde no Itapoã/DF (para pior ou para melhor) ao longo do tempo?

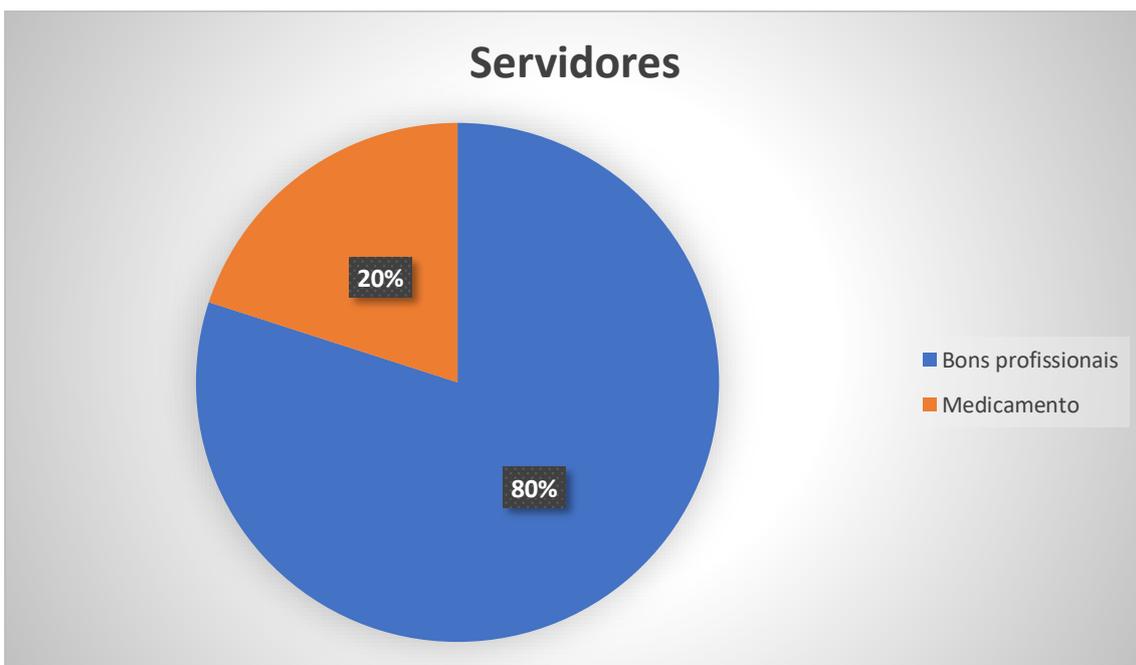
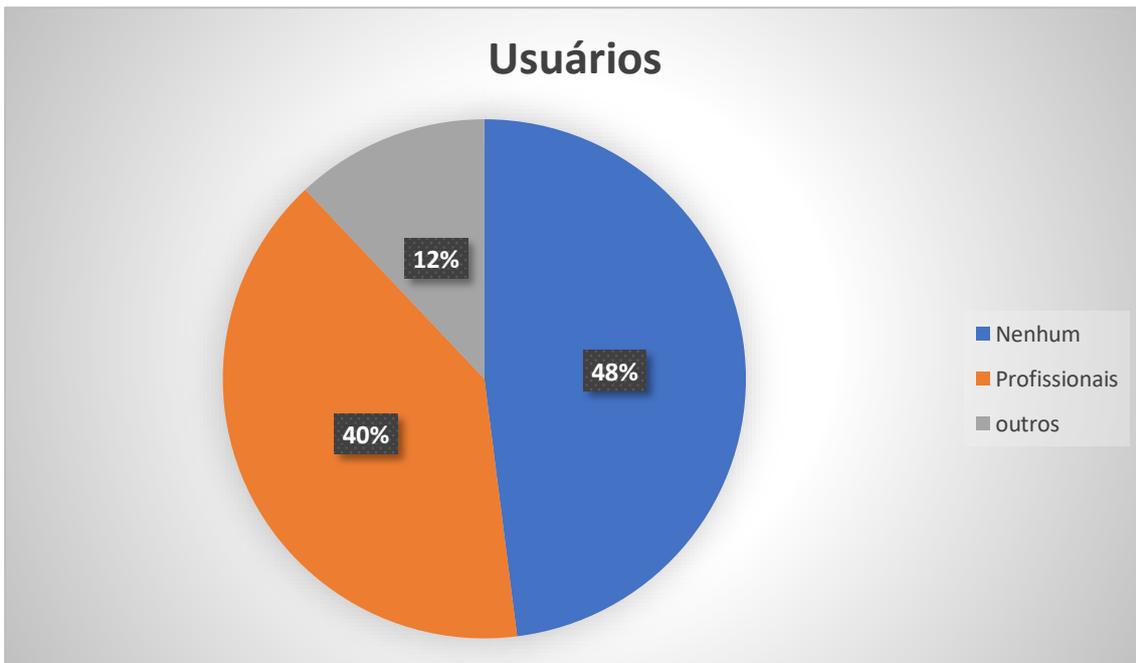




A terceira pergunta foi: Quais os principais problemas que você enfrenta quando precisa utilizar os serviços de saúde nessa região?

Nessa questão, as reclamações se tornaram uníssonas, todos os usuários e servidores reclamaram da mesma coisa. Dentre elas, a dificuldade de atendimento devido à superlotação da unidade de saúde. Além da superlotação, ressaltaram a pouca quantidade de profissionais, principalmente a falta de médicos, onde os poucos que tem estão sobrecarregados. E por fim a falta de insumos, por parte dos usuários o item mais ressaltado foi os medicamentos normalmente em falta e os servidores ressaltaram a dificuldade estrutural. Ademais, alguns usuários alegaram que tudo na unidade é ruim, desde a triagem até o pós atendimento do médico, pois não tem acompanhamento após a consulta, mesmo em caso de necessidade, os medicamentos são escassos, além de uma enorme dificuldade para conseguir qualquer tipo de atendimento.

A quarta e última questão: Em sua opinião, quais as principais qualidades ou benefícios dos serviços de saúde prestados no Itapoã/DF?



Sobre as qualidades e benefícios da UBS o principal benefício é a qualidade nos profissionais, todos são muitos bons. Os usuários entram em concordância que qualquer mal atendimento que eles possam receber dos mesmos é exclusivamente devido à alta demanda da unidade, pois todos são comprometidos com o serviço, porém estão extremamente desgastados com o trabalho excessivo devido à muitas pessoas para pouquíssimos trabalhadores. Os servidores públicos também afirmaram o mesmo, os profissionais são muito bons e qualificados, porém a demanda é muito alta para o fornecimento de um atendimento de qualidade.

Ao longo da pesquisa, pude notar que as pessoas demandaram e pontuaram praticamente a mesma coisa. A saúde no Itapoã/DF está extremamente precarizada, e com o passar do tempo a situação piora. A maior dificuldade que a população encontra com o serviço fornecido é a estrutura e falta de financiamento.

Com base nos dados fornecidos acima, é possível perceber o quanto a saúde da população tem sido negligenciada ao longo dos anos e que a tendência é só piorar. Após anos em crescimento e desenvolvimento, a RA ainda não possui projetos ou ementas voltadas para a área da saúde no local, seja na expansão das unidades existentes ou até mesmo a criação de novas unidades de atendimento.

A equipe profissional do local também sofre com o espaço da unidade, pouco espaço para uma equipe grande. Dessa forma, é preciso o revezamento de horários para a utilização das salas. Onde num mesmo lugar é feito atendimentos por profissionais da nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia e do serviço social. Então além de corredores superlotados, as salas não são próprias para cada profissional.

Os profissionais da região estão extremamente sobrecarregados com a alta demanda, resultando em uma queda na qualidade do serviço, além de trazer a insatisfação aos usuários pelo atendimento superficial. Até quando os profissionais da unidade conseguirão continuar em serviço sem consequências à própria saúde, não há como saber, e nem por quanto tempo continuarão na região até não suportar mais o peso e solicitar transferência.

Usuários que necessitam um acompanhamento constante, como os portadores de doenças autoimunes, passam meses e até mesmo anos sem ir à uma consulta médica devido à dificuldade de acesso ao serviço. A população do Itapoã é relativamente jovem, em sua maioria não necessitam de um acompanhamento nas unidades, mas e quando essa população envelhecer, como estará a situação da saúde até então se ainda não há projetos que atendam as demandas atuais.

A população tem sofrido com a baixa qualidade nos serviços de saúde e o aumento das regiões do entorno está piorando cada dia mais os serviços. Dessa forma, é questionável o que será preciso para o Estado tomar providências e fazer alguma coisa a respeito. Será que serão necessários pessoas morrerem com a falta de atendimento, ou manifestações em praça pública? Até quando a população será negligenciada de tal forma? O que será preciso para agirem sobre isso?

O Brasil como um dos países mais ricos do mundo, contendo uma constituição federal que defende a saúde pública como um direito de todos e um dever do Estado, estar

em condições demasiada precária nos faz questionar qual outro bem público, como o SUS, tem sido negligenciado pelo governo brasileiro.

A saúde é um dever do Estado, exigir profissionais e estruturas de qualidade é um direito do cidadão. Ir a hospitais públicos, unidades de pronto atendimento e unidades básicas de saúde e receber atendimento prontamente, não é um luxo reivindicada pela população, é um bem conquistado pelo povo com muito suor e luta durante muitos anos.

A renda per capita do Lago Sul em detrimento da renda da Estrutural é um espelho da desigualdade na distribuição e gerenciamento do patrimônio brasileiro. Toda a arrecadação que o país faz através da tributação é um investimento que a população faz em troca de uma vida econômica e social de qualidade, deve ser revertida não somente na saúde pública, como na educação, segurança, rodovias, entre outros. Entretanto, a população está recebendo o bem estar social a cada dia negligenciado e precarizado.

## **6 - Considerações finais**

Esse trabalho pretendeu entender a precarização dos serviços de saúde do Itapoã/DF para os servidores e a população da região, dos quais sofrem com a alta demanda e poucos recursos, e os usuários vítimas da falta de profissionais e dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Além disso, desde o ano de 1988, o sistema de saúde pública deve ser gratuito, de qualidade e acessível a todos os cidadãos residentes do país. Portanto, a saúde é um direito e um dever do Estado. A partir do método qualitativo de pesquisa do qual conduz procedimentos de pesquisa sobre objetos de estudo que demandam descrições e análises não numéricas de um determinado episódio com a análise fundada no materialismo histórico-dialético, detentor de caráter de natureza ontológica, no qual analisa as contradições e as mudanças na sociedade, com o intuito de estudar as relações sociais da sociedade burguesa. (Netto, 2011).

Para se atingir uma compreensão do diagnóstico da situação atual da política de saúde na região administrativa do Itapoã/DF, definiu-se dois objetivos específicos. O primeiro é denunciar a insuficiência das práticas de implementação da política de saúde na região. Verificou-se que de fato a população de região é vítima do difícil acesso aos serviços de saúde devido a alta demanda da região, além da limitação dos serviços fornecidos. Depois, fornecer elementos teóricos e práticos para que lideranças governamentais possam implementar projetos e financiamento voltados para o aprimoramento da política de saúde na região administrativa Itapoã/DF. A análise permitiu concluir que a saúde na região está extremamente precarizada, piorando ao longo dos anos, os profissionais da região estão extremamente sobrecarregados com a alta demanda, resultando em uma queda na qualidade do serviço.

Com isso, a hipótese do trabalho de que os serviços de saúde no Itapoã estão sobrecarregados e não conseguem suprir a alta demanda, e que com o passar dos anos, apesar do seu grande desenvolvimento administrativo na região e entorno, não há projetos de saúde em andamento que atendam a antiga ou a nova população do local se confirmou, pelos relatos da população e dos servidores que a alta demanda e o difícil acesso precariza a os serviços de saúde da região.

Sendo assim, apesar do crescimento exponencial da região administrativa Itapoã/DF, os cuidados com a saúde da população não somente não se desenvolveram,

como foram totalmente precarizados ao longo dos anos, resultando em profissionais sobrecarregados e uma população desacreditada na saúde pública da região.

Os instrumentos de coleta dos danos permitiram entender de fato a forma como a população e os servidores se sentem em relação ao sistema, além de proporcionar um meio de entender até que ponto a população está em comum acordo sobre determinado pensamento, bem como entender quando há diversos pontos de vista sobre a mesma questão. Entretanto, devido ao questionário ser feito para diversas pessoas e totalmente manual, ocorreu de o entrevistado responder as quatro perguntas em uma vez só, ou então várias respostas para uma mesma pergunta deixando para o pesquisador registrar qual a resposta de maior ênfase do entrevistado.

Em pesquisas futuras, pode-se utilizar de questionários online para uma maior precisão, e horários e dias diferentes para a realização da pesquisa, pois usuários que estão em uma segunda-feira pela manhã em busca de atendimento, pode ser que não iria em uma terça ou quinta-feira pela a tarde. Futuramente, após a população do Itapoã parque oficialmente terem recebido as chaves de suas moradias, seria interessante fazer um levantamento dos serviços não somente no Itapoã/DF como também das cidades do entorno, como Paranoá, Paranoá Parque e da área rural como sobradinho dos melos que também está no entorno do Itapoã.

## 7 - Referências Bibliográficas

ABREU, Jade; MARTINS. DF tem maior percentual de pessoas morando nas ruas. *Metrópoles*, 2023. Disponível em: < [DF tem o maior percentual de pessoas morando nas ruas | Metrópoles \(metropoles.com\)](#)>. Acesso em: 10 de agosto de 2024.

ADMINISTRAÇÃO regional do Itapoã. **Governo do Distrito Federal**, 201-?. Disponível em: < [Conheça a RA – Administração Regional do Itapoã \(itapoa.df.gov.br\)](#)>. Acesso em: 01 de novembro de 2023.

AGÊNCIA de notícias IBGE. Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29204-um-em-cada-quatro-adultos-do-pais-estava-obeso-em-2019#:~:text=O%20percentual%20de%20pessoas%20obesas%20em%20idade,61%2C7%20representando%20quase%20dois%20ter%20C3%A7os%20dos%20brasileiros>> . Acesso em: 02 novembro de 2023.

ALTA do PIB encaminha Brasil para ser 8ª economia do mundo. “no rumo certo”, diz Lula. **Agência Gov**, 2024. Disponível em: <https://agenciagov.etc.com.br/noticias/202406/alta-do-pib-torna-brasil-8a-economia-do-mundo-no-rumo-certo-diz-lula#:~:text='No%20rumo%20certo%20C%20diz%20Lula,-Com%20crescimento%20de&text=O%20an%20C3%BAncio%20do%20crescimento%20de,linha%20de%20ultrapassagem%20da%20It%20C3%A1lia>. Acesso em: 06 de Agosto de 2024.

BRASIL tem elevada carga tributária e pouco retorno para o cidadão; veja o ranking. **O TEMPO**, 2023. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/economia/brasil-tem-elevada-carga-tributaria-e-pouco-retorno-para-o-cidadao-veja-ranking-1.2982875#:~:text=Quem%20lidera%20o%20ranking%20%20C3%A9,It%20C3%A1lia%20com%2042%20C6%25>. Acesso em: 07 de agosto de 2024.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002. 842p. ISBN 85-7346-032-6  
CAMPOS, Mateus. Pobreza no Brasil. *Mundo Educação*, 202-?. Disponível em: < [Pobreza no Brasil: causas e consequências - Mundo Educação \(uol.com.br\)](#)>. Acesso em: 02 de agosto de 2024.

CODEPLAN. **PDAD**: veja os dados do Itapoã, Jardim Botânico, Paranoá e de São Sebastião. CODEPLAN, 2021. Disponível em: < [PDAD: veja os dados do Itapoã, Jardim Botânico, Paranoá e de São Sebastião – CODEPLAN](#)>. Acesso em: 03 de novembro de 2023.

CODEPLAN. Pesquisa distrital por amostra de domicílios – Itapoã - PDAD/DF 2021”, Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central, Brasília, Brasil. 2021.

COMISSÃO de Fiscalização busca informações sobre programas sociais do GDF. **Câmara Legislativa Distrito Federal**, 2023. Disponível em: < [Comissão de Fiscalização busca informações sobre programas sociais do GDF - CLDF](#)>. Acesso em: 16 de agosto de 2024.

CRESPO, Antônio; GUROVITZ, Elaine. **A pobreza como um fenômeno multidimensional**. Scielo Brasil, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/raeel/a/LVPkw9yHZfJ9kvjC8VSgTsh/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Assim%2C%20inicialmente%2C%20ser%2C%20A3o%20descritas%20as,absoluta%20e%20pobreza%20relativa%20Fabsoluta.>> Acesso em: 19 de dezembro de 2023

GONDIM, Abnor. **Rede pública de saúde oferece tratamento contra a obesidade**. Agência Brasília, 2021. Disponível em: <<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/03/04/rede-publica-de-saude-oferece-tratamento-contra-obesidade/#:~:text=Segundo%20pasta%2C%20no%20DF%20%2C%2055,parcela%20de%2019%2C6%25>>. Acesso em: 19 de dezembro de 2023.

GOVERNO do Distrito Federal. Plano Distrital de Atendimento ao Desenvolvimento (PDAD), 2021. Secretaria de Desenvolvimento Econômico do DF, 2021. Disponível em: <https://www.example.com/pdad2021.pdf>. Acesso em: 02 Agosto 2024.

GUIDINI, Cristiane. **Abordagem Histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquista e desafios**. 2012. Monografia (Curso de pós-graduação lato sensu em gestão de organização pública em saúde) EaD, Universidade Federal de Santa Maria, Tio Hugo, 2012. Disponível em: <[Guidini\\_Cristiane.pdf \(ufsm.br\)](#)> Acesso em 18 de novembro de 2023.

ITAPOÃ ganha unidade básica de saúde reformada e ampliada. Secretaria de Saúde do Distrito Federal 202-?. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/itapoa-ganha-unidade-basica-de-saude-reformada-e-ampliada#:~:text=O%20Itapo%C3%A3%20conta%20com%2014,possuem%20equipe%20de%20Sa%C3%BAde%20Bucal>. Acesso em: 02 novembro 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ORTIZ, Brenda. **DF tem maior percentual de pessoas em situação de rua do Brasil, diz pesquisa do governo federal**. G1, 2023. Disponível em: <<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/09/16/df-tem-maior-percentual-de-pessoas-em-situacao-de-rua-do-brasil-diz-pesquisa-do-governo-federal.ghtml>> Acesso em: 16 de agosto de 2024.

PEREIRA, Camila Potyara. **A pobreza, suas causas e interpretações: destaque ao caso brasileiro**. SER Social, Brasília, n. 18, p. 229-252, 2009.

PIMENTEL, Isabela. Taxa de incidência de diabetes cresceu 61,8% nos últimos 10 anos. Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-incidencia-de-diabetes-cresceu-618-nos-ultimos-10-anos>. Acesso em: 02 novembro de 2023.

POBREZA. **DICIO**: Dicionário Online, 202-?. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/pobreza/>. Acesso em: 16 agosto 2024.

RIBBEIRO, Leonardo. Se fosse uma cidade, Lago Sul, de Brasília, seria a mais rica do país, diz estudo. CNN, 2023. Disponível em: <[Se fosse uma cidade, Lago Sul, de Brasília, seria a mais rica do país, diz estudo | CNN Brasil](#)>. Acesso em: 04 de novembro de 2023.

ROMÃO, Maurício E.C. **Considerações sobre o conceito de pobreza.** Revista Brasileira de Economia, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 355-370, Out./Dez. 1982.

SECRETARIA de Saúde do Distrito Federal. Boletim de Álcool Vigitel: série histórica. 2023. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Boletim+alcool+vigitel+s%C3%A9rie+hist%C3%B3rica+%281%29.pdf/4a42a429-4d6d-2271-557c-ef30c3ad9f56?t=1700832438354#:~:text=J%C3%A1%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20apresentou,28%2C8%25%20em%202009>>. Acesso em: 02 novembro de 2023.

SIDDARTHA, Salin. As Regiões Administrativas do DF precisam de um fundo de autonomia progressiva. Gama Livre. 8 de setembro de 2020. Disponível em: <<https://www.gamalivre.com.br/2020/09/as-regioes-administrativas-do-df.html>>. Acesso em: 03 de setembro de 2024

SOBRE o IGESDF. **IGESDF Instituto de gestão e estratégica de saúde do Distrito Federal**, 201-?. Disponível em: [Sobre o IGESDF – IGESDF Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal](#)>. Acesso em: 16 de agosto de 2024.

SOUSA, Aione Maria da Costa. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos.** Scielo Brasil, 2014. Disponível em: <[SciELO - Brasil - Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos](#)>. Acesso em: 19 de dezembro de 2023.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **SciELO**, 2016. Disponível em: <[SciELO - Brasil - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal](#)>. Acesso em: 11 de Julho de 2023.

ZVEITER, Fabiana. **Defenda o SUS: 12 motivos para o Sistema Único de Saúde ser indispensável**, 2022. Disponível em: <<https://quindim.com.br/blog/defenda-o-sus-importancia/>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2023.

## **8 - Apêndice**

### **Questionário**

- 1 – Há quanto tempo você utiliza os serviços de saúde no Itapoã?
- 2 - Você percebeu alguma mudança nos serviços de saúde no Itapoã? (para pior ou para melhor) ao longo dos anos?
- 3 – Quais os principais problemas que você enfrenta quando precisa utilizar esses serviços nessa região?
- 4 – Em sua opinião, quais as principais qualidades ou benefícios nos serviços de saúde prestados no Itapoã.