UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE HUMANIDADES E LETRAS DOS MALÊS
BACHARELADO EM HUMANIDADES

ROSILENE BALBINO DOS SANTOS DE LIMA

A SITUAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM SÃO FRANCISCO DO CONDE - BAHIA, E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA DO CIDADÃO

SÃO FRANCISCO DO CONDE
2026

ROSILENE BALBINO DOS SANTOS DE LIMA

A SITUAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM SÃO FRANCISCO DO CONDE - BAHIA, E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA DO CIDADÃO

Projeto de pesquisa apresentado como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Humanidades, na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, UNILAB - Campus dos Malês.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Jucélia Bispo dos Santos.

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2026

ROSILENE BALBINO DOS SANTOS DE LIMA

A SITUAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM SÃO FRANCISCO DO CONDE - BAHIA, E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA DO CIDADÃO

Projeto de pesquisa apresentado como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Humanidades, na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, UNILAB - Campus dos Malês.

Aprovado em: 06/07/2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Jucélia Bispo dos Santos (Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

Prof. Dr. Denilson Lima Santos
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

Prof. Dr. Pedro Acosta Leyva
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	5
2	**PROBLEMA DE PESQUISA**	8
3	**OBJETIVOS**	10
3.1	OBJETIVO GERAL	10
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4	**JUSTIFICATIVA**	10
5	**REFERENCIAL TEÓRICO**	11
5.1	A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE – BAHIA	11
6	**METODOLOGIA**	17
7	**CRONOGRAMA DAS AÇÕES**	23
	REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

A consolidação da promoção da saúde no cenário brasileiro contemporâneo representa um marco na transição de um modelo assistencial eminentemente biomédico, focado na patologia e na reabilitação, para uma perspectiva integral de cuidado centrado na vida e no bem-estar social. Essa mudança paradigmática não se restringe a uma mera readequação de técnicas assistenciais, mas constitui uma nova diretriz política, conceitual e operacional que visa articular as ações do setor sanitário às demais políticas públicas setoriais, respondendo, de forma capilarizada, às complexas necessidades sociais da população.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção da saúde é resgatada não como um conjunto isolado de programas preventivos, mas como uma estratégia transversal e central para intervir diretamente sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Como amplamente discutido na literatura clássica da Saúde Coletiva, as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem moldam o perfil epidemiológico de uma nação. Segundo a teorização de Buss e Pelegrini Filho (2007), as iniquidades socioeconômicas, expressas por meio de habitações inadequadas, desemprego estrutural, subemprego, violência urbana e rural, ausência crônica de saneamento básico, fome, insegurança alimentar e assimetrias severas no acesso à educação formal, exercem um impacto direto, cumulativo e estruturante sobre a dinâmica do processo saúde-doença das coletividades. Por conseguinte, conceber a saúde em sua totalidade pressupõe romper com o reducionismo biológico e agir firmemente sobre as vulnerabilidades estruturais que perpetuam as desigualdades históricas no país. A atuação sobre os DSS exige o fortalecimento de políticas intersetoriais, onde a saúde dialogue com o planejamento urbano, a assistência social, a educação e o desenvolvimento econômico, transformando o território em um espaço promotor de cidadania e dignidade humana.

O Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990), consubstancia-se como um dos maiores pilares de inclusão social, justiça democrática e cidadania na história da América Latina. Fundado nos princípios doutrinários da universalidade do acesso, da equidade na distribuição dos recursos e da integralidade da atenção, o SUS redefiniu o conceito de saúde no Brasil, alçando-

o ao status de direito de todos e dever do Estado. Não obstante os inegáveis avanços alcançados nas últimas décadas — como a expansão da atenção primária e a criação de programas de referência internacional —, a materialização prática desses preceitos constitucionais enfrenta desafios estruturais e crônicos em sua implementação quotidiana. Essa realidade evidencia distorções profundas quando o sistema é analisado sob a ótica da descentralização e da municipalização da gestão. Conforme advertem Paim *et al.* (2011), o subfinanciamento histórico e crônico por parte da União, a emenda constitucional do teto de gastos, a fragmentação das redes locorregionais de atenção e os vazios assistenciais em regiões economicamente periféricas ou interioranas comprometem severamente a consolidação de um arranjo efetivamente equânime. Cria-se, desse modo, um cenário de estrangulamento financeiro e gerencial nos municípios, que se veem sobrecarregados com demandas crescentes e recursos proporcionalmente escassos, gerando graves gargalos operacionais que fragilizam o atendimento direto à população usuária.

Essa severa discrepância entre o robusto arcabouço normativo-legal do SUS e a realidade fática e operacional dos serviços públicos torna-se dolorosamente evidente no município de São Francisco do Conde, localizado na Região Metropolitana de Salvador, no estado da Bahia. A despeito de o município historicamente apresentar receitas fiscais significativas decorrentes de sua atividade industrial e petrolífera, a transição da gestão dos serviços para o nível local — preconizada pela descentralização do SUS — revelou que a autonomia financeira não se traduz automaticamente em eficiência administrativa ou em equidade assistencial. A infraestrutura de saúde e a governança locorregional em São Francisco do Conde frequentemente colidem com a escassez de quadros técnicos qualificados, a descontinuidade política das gestões e a ausência de um planejamento estratégico de longo prazo. A precariedade dos serviços de saúde no referido município desvela uma conjuntura epidemiológica e gerencial complexa, cujas implicações incidem de forma direta e deletéria na qualidade de vida e na segurança sanitária dos cidadãos sanfranciscanos, que se veem desamparados diante de necessidades básicas de saúde.

Dentro da rede assistencial do município, o Hospital Célia Almeida Lima assume um papel de centralidade absoluta, configurando-se como o principal equipamento público voltado aos atendimentos de urgência, emergência e referência local. Todavia, a referida unidade hospitalar tem se tornado, ao longo dos anos, o

epicentro de uma problemática de dimensão nacional, mas com impactos locais devastadores: a espera prolongada por atendimentos médicos especializados, exames diagnósticos de média e alta complexidade e procedimentos cirúrgicos eletivos.

Como esclarece Campos (2010), a saturação crônica das portas de entrada hospitalares e a consequente hipertrofia da demanda nos serviços de urgência não são eventos isolados, mas decorrem, maioritariamente, da fragilidade na coordenação do cuidado exercida pela Atenção Primária à Saúde (APS) e da obsolescência ou ausência de uma rede reguladora eficiente e transparente. Quando a estratégia de saúde da família falha em resolutividade, a população migra desordenadamente para o ambiente hospitalar em busca de respostas imediatas. De acordo com a clássica perspectiva de Starfield (2002), um sistema de saúde robusto deve ter a atenção primária como o filtro e o centro coordenador das redes de atenção; a ausência dessa ordenação sobrecarrega os hospitais com casos que deveriam ser manejados em nível ambulatorial. Em São Francisco do Conde, esse cenário de desassistência crônica e desarticulação da rede gera barreiras intransponíveis no acesso, prolonga o sofrimento físico e psíquico dos usuários e culmina, em casos limítrofes e inaceitáveis, em óbitos evitáveis por causas perfeitamente tratáveis, ferindo frontalmente o direito constitucional à vida e à dignidade.

Diante desse panorama de crise estrutural na assistência à saúde municipal, justifica-se plenamente a necessidade premente de investigar de forma sistemática, rigorosa e científica a gestão, o financiamento e a operacionalização dos serviços de saúde locais. A relevância desta pesquisa reside na urgência de romper com diagnósticos meramente superficiais ou motivados por discursos político-partidários, oferecendo uma análise científica embasada nos dados reais cotidianos da instituição. Pretende-se, com a realização deste estudo, analisar a conjuntura do Sistema Único de Saúde em São Francisco do Conde, mapeando minuciosamente os principais nós críticos que impedem a fluidez, a resolutividade e a humanização do atendimento no Hospital Célia Almeida Lima. O intuito fundamental desta investigação reside em gerar subsídios teóricos, técnicos e empíricos que possam estimular o desenvolvimento de estratégias de planejamento regionalizado, a contratualização eficiente de serviços, a educação permanente dos profissionais e o fortalecimento dos mecanismos de controle social e participação comunitária. A produção de dados fidedignos é um passo indispensável para subsidiar a tomada de decisão dos gestores públicos e para

empoderar a sociedade civil na cobrança por melhorias urgentes. Como bem assevera Santos (2020), o direito à saúde só se materializa de forma plena quando o controle social e a gestão técnica caminham de forma articulada na defesa intransigente do interesse público.

Para alcançar tais propósitos e dar resposta ao problema delineado, este projeto de pesquisa estrutura-se formalmente como um estudo descritivo e exploratório, de abordagem eminentemente qualitativa, ancorado no referencial teórico-metodológico da Saúde Coletiva e do Planejamento Estratégico em Saúde (Teixeira, 2011). A fundamentação metodológica apoiar-se-á, inicialmente, em um levantamento bibliográfico e documental denso — recorrendo a livros conceituais, periódicos científicos indexados, relatórios anuais de gestão municipal, atas do Conselho Municipal de Saúde e dados estatísticos extraídos diretamente dos sistemas de informação em saúde, com ênfase no DATASUS. Posteriormente, o estudo avançará para a sua etapa empírica de pesquisa de campo, caracterizada pela triangulação de métodos. Esta fase consistirá na aplicação de questionários estruturados e na condução de entrevistas semiestruturadas com usuários do sistema e profissionais da área da saúde de diferentes categorias que vivenciam, em seu cotidiano laboral, a complexidade institucional da unidade estudada. Espera-se, por conseguinte, que os resultados e reflexões gerados por esta investigação colaborem de maneira significativa para o debate acadêmico contemporâneo no campo das políticas públicas e, simultaneamente, sirvam de ferramenta prática de diagnóstico institucional para o aperfeiçoamento e reorientação das políticas públicas de saúde no município de São Francisco do Conde.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

A investigação dos entraves operacionais no ambiente hospitalar público exige uma imersão nas contradições que permeiam a organização das redes de atenção à saúde. A dinâmica de funcionamento de uma unidade de urgência e emergência reflete, de forma fidedigna, o nível de articulação e a capacidade resolutiva de todo o sistema de saúde locorregional. Conforme postula Campos (2010), o ambiente hospitalar frequentemente converte-se em um receptáculo de demandas reprimidas, acolhendo usuários cujas necessidades de saúde poderiam ser satisfatoriamente

manejadas por equipamentos de menor densidade tecnológica, caso a Atenção Primária à Saúde (APS) operasse com plena eficácia regulatória e assistencial. Essa assimetria estrutural e a sobrecarga assistencial geram barreiras crônicas de acesso e impõem longos tempos de espera por consultas especializadas e procedimentos complexos, afetando negativamente a segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado.

No âmbito de São Francisco do Conde, na Bahia, essa conjuntura assume contornos específicos que desafiam as premissas de descentralização e universalidade defendidas pelo modelo sanitarista brasileiro. A persistência de gargalos assistenciais no Hospital Célia Almeida Lima — evidenciada pela demora acentuada nos atendimentos especializados e por desfechos desfavoráveis evitáveis — sinaliza um descompasso gerencial e financeiro que distancia a prática local dos preceitos constitucionais do SUS. De acordo com Paim *et al.* (2011), as dificuldades na governança municipal e a fragmentação no processo de planejamento em saúde comprometem severamente a resolutividade dos serviços, convertendo os hospitais locais em cenários de tensão e vulnerabilidade programática.

Diante desse cenário de saturação e evidente fragilidade institucional, torna-se imperativo investigar quais fatores político-administrativos, financeiros e técnico-operacionais atuam como nós críticos na produção dessa realidade. Torna-se necessário compreender em que medida a infraestrutura e os processos de trabalho vigentes na instituição impossibilitam o fluxo ágil e humanizado dos usuários da rede. A partir desse panorama de desassistência e necessidade de reorientação gerencial, emerge o seguinte problema de pesquisa: Quais são os principais nós críticos determinantes na precariedade dos atendimentos especializados e na espera prolongada dos usuários no Hospital Célia Almeida Lima, localizados no município de São Francisco do Conde – Bahia, e de que forma essa realidade impacta a garantia do direito à saúde de seus cidadãos?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os principais nós críticos determinantes na precariedade dos atendimentos especializados e na espera prolongada dos usuários no Hospital Célia Almeida Lima, situado no município de São Francisco do Conde – Bahia, identificando os impactos dessa realidade na garantia do direito constitucional à saúde dos cidadãos sanfranciscanos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear o fluxo assistencial e o itinerário terapêutico dos usuários que necessitam de consultas e procedimentos especializados na unidade hospitalar;
- Identificar os entraves administrativos, financeiros e técnico-operacionais que comprometem a resolutividade e a agilidade dos serviços prestados pelo hospital;
- Avaliar a articulação e os mecanismos de regulação existentes entre a Atenção Primária à Saúde do município e a assistência hospitalar local;
- Apreender as percepções e vivências de usuários e profissionais de saúde acerca da qualidade do cuidado e das barreiras de acesso na instituição;
- Propor diretrizes gerenciais que possam nortear o planejamento estratégico local, visando à otimização dos fluxos e à melhoria do atendimento.

4 JUSTIFICATIVA

A saúde é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal Brasileira, e um componente crucial para o bem-estar e a qualidade de vida da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado com o objetivo de assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, promovendo a prevenção, tratamento, reabilitação das condições de saúde da população. No entanto a realidade do SUS, em diferentes municípios, como São Francisco do Conde – Bahia, revela desafios significativos que impactam diretamente a vida dos cidadãos.

O município enfrenta uma série de questões relacionadas à saúde pública que merecem atenção. A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de um município é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. A escolha do tema para reflexão, com ênfase no Hospital Docente Assistencial Célia Almeida Lima, no município de São Francisco do conde - Bahia, teve como força motivadora as assistências prestadas e o auxílio nas demais ações promovidas pelo município, na busca de melhor qualidade de vida para toda população, e o uso eficiente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem. Tendo como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão criando estratégias e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida.

Estudar a situação do SUS em São Francisco do Conde é essencial não apenas para identificar os problemas existentes, mas também para propor soluções que possam melhorar a qualidade do atendimento à saúde na região. Este trabalho busca contribuir para o debate sobre políticas públicas de saúde, visando promover um sistema mais eficiente e acessível, que atenda às necessidades da população local.

Assim, a pesquisa se justifica pela relevância social do tema, pela necessidade urgente de melhorias no sistema de saúde local e pela busca por uma sociedade mais justa e saudável, onde todos tenham direito ao acesso pleno aos serviços de saúde.

É de extrema importância perceber a relação de intersetorialidade nas ações de promoção de saúde desenvolvidas no município de São Francisco do Conde, proporcionando a saúde possibilidades de vida saudável, dentro de suas limitações; além de promover o fortalecimento dos vínculos setoriais, dentro do Hospital Docente Assistencial Célia Almeida Lima.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE – BAHIA

O debate acerca da efetivação dos direitos sociais no Brasil encontra na saúde pública o seu cenário de maior complexidade institucional, jurídica e operacional.

Historicamente, a saúde foi consagrada na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 como um "direito de todos e dever do Estado", conforme expressamente preconiza o seu artigo 196 (Brasil, 1988). Esse dispositivo normativo não representou apenas uma evolução legislativa, mas sim uma ruptura profunda com o modelo previdenciário e excludente que vigorou durante a maior parte do século XX, período no qual o acesso aos serviços de saúde pública era restrito aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho através do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Com a promulgação da chamada "Constituição Cidadã", emergiu o Sistema Único de Saúde (SUS), um arranjo institucional de base universalista cujos princípios doutrinários fundamentam-se na universalidade do acesso a todos os níveis de atenção, na integralidade da assistência — compreendendo as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde — e na equidade no tratamento dos usuários, com o intuito de diminuir as desigualdades sociais e regionais existentes no país (Pessoto *et al.*, 2015). A posterior operacionalização e regulamentação técnica dessas diretrizes constitucionais foram consolidadas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, que detalhou minuciosamente as competências de cada ente federativo e estabeleceu as condições básicas para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em âmbito nacional (Brasil, 1990).

Em termos eminentemente teóricos e doutrinários, o SUS é amplamente reconhecido pela literatura científica internacional como um dos desenhos de sistemas públicos de saúde mais robustos, solidários e bem organizados do mundo contemporâneo, destacando-se por albergar uma cobertura universal que atende a milhões de cidadãos que dependem exclusivamente desse serviço governamental para sobreviver. No entanto, a produção acadêmica especializada na área de saúde coletiva aponta, de forma consensual, a existência de um fosso crônico e persistente entre o avançado arcabouço normativo-legal estruturado no papel e a dura realidade operacional vivenciada cotidianamente nas instituições que compõem a rede pública. Essa assimetria evidencia que a eficácia prescrita nos manuais do SUS nem sempre encontra equivalência ou sustentação na prática diária, sobretudo quando a análise se desloca para municípios de pequeno e médio porte localizados fora dos grandes eixos metropolitanos centrais, como é o caso específico do município de São Francisco do Conde, situado no estado da Bahia. Conforme adverte Santos (2018), a

garantia formal e jurídica do direito à saúde frequentemente colide com barreiras intransponíveis de restrição orçamentária, subfinanciamento estatal histórico e disputas políticas paroquiais que ocorrem na esfera municipal, fragmentando o princípio da universalidade prometido aos cidadãos e abrindo espaço para que o descaso administrativo e a ineficiência estrutural passem a atuar, na prática, como a regra geral do sistema local.

O maior reflexo dessa fragilidade institucional na organização das redes de atenção à saúde em âmbito nacional, estadual e municipal reside no severo estrangulamento observado na transição entre a Atenção Primária à Saúde (APS) — que compreende a atuação preventiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) — e a Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar de Média e Alta Complexidade (MAC). Sob o ponto de vista da engenharia de sistemas de saúde, a articulação e o fluxo seguro de pacientes entre esses diferentes níveis de densidade tecnológica deveriam ocorrer de maneira harmônica através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou de centrais de regulação compartilhadas entre os estados e municípios, cujo escopo eminentemente técnico visa ordenar o acesso às vagas hospitalares e às consultas com especialistas a partir de rigorosos critérios de priorização clínica e conforme a disponibilidade física de cotas de atendimento.

Contudo, o que se observa na dinâmica real das cidades de médio porte é que o processo de regulação assistencial converteu-se em um sinônimo direto de longas filas de espera, burocracia excessiva e sofrimento social generalizado para os usuários. Esse fenômeno crônico faz com que os pacientes locais enfrentem rotineiramente um cenário de completo desamparo, no qual o agendamento de uma consulta com um médico especialista ou a realização de um exame diagnóstico de alta complexidade chega a demandar prazos absurdos que ultrapassam a marca de um ano de espera na fila do sistema. De acordo com as análises formuladas por Meneses e Cecílio (2019), essa desconexão brutal entre o volume real de demandas de saúde emanadas pela população periférica e a capacidade instalada real dos prestadores de serviços de saúde gera tempos de aguardo que violam gravemente os limites aceitáveis de segurança clínica. Esse gargalo descaracteriza integralmente o princípio da integralidade da assistência e assume contornos dramáticos de crise humanitária e de saúde pública, uma vez que o retardo prolongado na definição do diagnóstico ou no início da terapêutica especializada culmina na deterioração clínica

irreversível do paciente e eleva drasticamente as taxas de morbimortalidade por causas médicas que seriam perfeitamente evitáveis caso houvesse agilidade no sistema. Para esses pesquisadores, a inércia regulatória e o racionamento velado de procedimentos convertem o direito à saúde em um privilégio escasso, transferindo para o cidadão comum o ônus decorrente das falhas logísticas do Estado.

Essa distribuição perversa das deficiências estruturais do SUS não atinge a sociedade de forma homogênea, concentrando os seus impactos mais devastadores sobre os segmentos populacionais economicamente vulneráveis que habitam a base da pirâmide socioeconômica. Os indivíduos e famílias de baixa renda, desprovidos de patrimônio financeiro que lhes permita arcar com os custos de consultas médicas particulares ou com as mensalidades de planos privados de saúde suplementar, encontram-se em uma condição de dependência absoluta e exclusiva da rede pública de assistência (Viana *et al.*, 2018). Consequentemente, o desmonte progressivo das políticas sociais protetivas, associado às políticas econômicas de austeridade e ao congelamento de investimentos públicos em infraestrutura de saúde regionalizada, aprofunda de forma nítida o quadro histórico de desigualdade no acesso à saúde no interior do país.

Diante da inércia crônica demonstrada por gestões regionais incompetentes ou desinteressadas, essas populações marginalizadas experimentam um sentimento permanente de frustração e abandono por parte do poder público, sendo forçadas a vivenciar um sofrimento silencioso justamente nos momentos de maior fragilidade humana, quando a saúde e a integridade da vida estão em jogo. No campo da sociologia da saúde e da bioética, essa retenção prolongada e deliberada de pacientes em filas de espera intermináveis é qualificada como uma modalidade cruel de violência institucional. Trata-se de uma agressão silenciosa perpetrada pelo próprio Estado, na medida em que a procrastinação do atendimento não apenas sabota a reabilitação física do indivíduo, mas também aniquila a sua dignidade subjetiva, esvazia o conceito prático de cidadania e anula o princípio da equidade, que deveria funcionar como o principal vetor de justiça distributiva do sistema de saúde (Fleury, 2014).

Ao focalizar a análise no contexto específico de São Francisco do Conde, município inserido na Região Metropolitana de Salvador, no estado da Bahia, depara-se com um cenário socioeconômico e cultural profundamente singular que confere contornos dramáticos a esse debate sobre a ineficiência do SUS. Fundada

formalmente nos anos de 1960, a localidade possui uma história densa que remonta ao período colonial brasileiro, época em que a sua geografia foi profundamente marcada pela economia agroaçucareira, pelo latifúndio e pela massiva utilização da mão de obra de africanos escravizados nos antigos engenhos de açúcar que circundavam a Baía de Todos os Santos. Essa ancestralidade histórica legou ao município uma riquíssima matriz de tradição afro-brasileira, expressa de forma vigorosa em suas manifestações culturais contemporâneas, no seu patrimônio material, no carnaval local e em suas tradicionais festividades religiosas.

Paralelamente a esse legado histórico e cultural, o perfil econômico do município experimentou uma guinada radical ao longo da segunda metade do século XX em virtude da instalação de grandes complexos industriais e, predominantemente, da consolidação das atividades de exploração, refino e escoamento do setor petroquímico e petrolífero em suas terras (SEAD/UFBA, 2025). A presença massiva dessas gigantes do setor industrial automobilístico, energético e petroquímico inseriu o município nos circuitos globais de capital e garantiu a São Francisco do Conde uma arrecadação tributária extraordinária proveniente de impostos industriais e do recebimento continuado de vultosos *royalties* petrolíferos, posicionando a cidade em patamares econômicos elevadíssimos, ostentando um dos maiores Produtos Internos Brutos (PIB) *per capita* de todo o Estado da Bahia e do cenário nacional (Caravela Dados, 2026).

No entanto, o aspecto mais intrigante e alarmante da realidade franciscana reside no paradoxo existente entre a sua extraordinária opulência orçamentária macroeconômica e a persistência de indicadores de desenvolvimento social, saneamento básico e infraestrutura urbana severamente deficitários, assemelhando-se aos desafios crônicos enfrentados por municípios brasileiros financeiramente desprovidos. Os dados históricos revelam que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São Francisco do Conde permanece ancorado em uma faixa considerada estagnada e média (0,674), demonstrando de forma empírica que o fluxo monumental de riqueza financeira gerado pela atividade petrolífera industrial não se converteu automaticamente na elevação dos padrões de qualidade de vida e bem-estar social para a sua população de aproximadamente 40 mil habitantes (Atlas Brasil, 2010).

É precisamente no epicentro desse paradoxo distributivo entre riqueza fiscal e escassez social que se manifesta a crise da saúde pública local, tendo como principal

referência e cenário de análise o Hospital Docente Assistencial Célia Almeida Lima (CNES 2520168). Funcionando sob um modelo administrativo de gestão compartilhada por meio da contratualização e terceirização de serviços junto a organizações sociais ou empresas privadas de saúde, o Hospital Célia Almeida Lima constitui o coração da rede de assistência médica do município, concentrando as demandas de urgência, emergência, pronto-atendimento e internações nas clínicas básicas (São Francisco Do Conde, 2013).

Contudo, investigações empíricas e relatos colhidos de forma sistemática junto aos usuários do sistema e aos próprios profissionais que atuam na linha de frente revelam que a instituição padece de graves entraves operacionais e severas restrições em sua capacidade resolutiva interna para procedimentos especializados. Essa limitação tecnológica obriga o hospital a depender intrinsecamente das vagas reguladas pelo governo do Estado da Bahia para viabilizar a transferência de pacientes críticos e para a execução de exames subsidiários de alta complexidade. A hipótese central que emerge desse cenário é a de que a precariedade operacional crônica, a carência crônica de médicos especialistas fixos na localidade e as deficiências graves nos fluxos de triagem administrativa dentro do Hospital Célia Almeida Lima atuam de forma combinada para alimentar a ineficiência do sistema, resultando na manutenção de filas absurdas que impõem aos munícipes esperas dolorosas por cirurgias eletivas simples ou consultas básicas. Enquanto os trabalhadores da saúde apontam a escassez de insumos e a instabilidade gerencial como fatores limitadores do exercício profissional qualificado, os pacientes de baixa renda vivenciam um profundo sentimento de abandono institucional.

A crise de saúde observada em São Francisco do Conde funciona como um microcosmo perfeito e didático dos dilemas gerenciais que assolam o SUS em nível nacional, evidenciando que o volume de recursos financeiros disponível, embora fundamental, é incapaz de assegurar a eficiência social caso não esteja associado a uma governança pública transparente, qualificada e livre de ingerências políticas locais. A superação definitiva desse quadro de ineficiência e o resgate da segurança assistencial da comunidade franciscana exigem uma profunda reformulação estrutural por parte dos gestores municipais.

Dentre as recomendações técnicas urgentes, destaca-se a necessidade imediata de auditoria e revisão completa dos contratos de gestão compartilhada da unidade hospitalar, a alocação de financiamento qualificado voltado especificamente

para a fixação de equipes médicas especializadas no município e a implantação rigorosa de um sistema de triagem com base em protocolos internacionais de Manchester, priorizando o atendimento com base no risco epidemiológico e na vulnerabilidade clínica do paciente, e não puramente por ordem cronológica de chegada, reduzindo de forma drástica a fila de espera.

Aponta-se como alternativa viável e urgente a ampliação da inserção do município nos consórcios intermunicipais de saúde da Região Metropolitana, otimizando o acesso da população às policlínicas regionais de saúde que foram recentemente instituídas no estado da Bahia como estratégia de descentralização e ampliação da oferta de exames e consultas especializadas (Bahia, 2024). Somente por intermédio de uma pactuação robusta, que una uma gestão técnica profissionalizada, o monitoramento rigoroso dos resultados assistenciais por parte do controle social e o engajamento ativo da sociedade civil local, será possível fazer com que o Sistema Único de Saúde em São Francisco do Conde se desvencilhe da ineficiência prática atual e cumpra o seu papel histórico de patrimônio do povo, assegurando de forma fática, universal e equitativa o direito constitucional à saúde para todos os seus cidadãos

6 METODOLOGIA

O projeto de pesquisa ora apresentado visa realizar um estudo descritivo apoiado em análise teórica a partir de um estudo exploratório, com base no referencial teórico a partir do uso de ferramentas, tais como livros, revistas técnicas, internet, jornais, e coleta de dados obtidos no Hospital Docente Assistencial Célia Almeida Lima, no município de São Francisco do Conde, Bahia.

O desenho do percurso metodológico de uma investigação científica no campo das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva exige um alinhamento rigoroso, coerente e indissociável entre a natureza do objeto de estudo, o problema de pesquisa formulado e os objetivos que se pretende alcançar. No presente projeto de pesquisa, desenvolvido no âmbito do Bacharelado em Humanidades da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), cujo escopo central consiste em analisar criticamente a situação do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de São Francisco do Conde, Bahia, bem como as suas profundas e

complexas implicações na qualidade de vida e na dignidade do cidadão, adota-se um aparato metodológico robusto fundamentado nos pressupostos teórico-práticos da pesquisa qualitativa. Esta investigação assume um caráter eminentemente descritivo e exploratório, estruturando-se operacionalmente a partir do método do estudo de caso único, de modo a permitir um mergulho vertical na realidade empírica local e apreender as contradições existentes na rede assistencial local.

A opção científica pela abordagem qualitativa de pesquisa social justifica-se pelo fato de o objeto investigado transcender os limites das mensurações puramente numéricas ou das variáveis estatísticas isoladas. Conforme explicitam Minayo e Costa (2019), a pesquisa qualitativa debruça-se sobre o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das subjetividades e das atitudes que conformam a realidade social. Esse conjunto de fenômenos é intrinsecamente dinâmico e necessita ser compreendido a partir do contexto em que é produzido. No caso em tela, as longas filas de espera na regulação assistencial, que chegam a ultrapassar um ano para o agendamento de consultas especializadas e exames de média e alta complexidade, geram impactos que se traduzem em sofrimento humano, adoecimento psicológico, perdas econômicas e, no limite, em mortes evitáveis. Tais fenômenos não podem ser adequadamente capturados por dados frios, demandando uma escuta atenta e sensível das narrativas de dor, frustração e desamparo institucional manifestadas pelos usuários do sistema.

Sob o ponto de vista tipológico, a pesquisa caracteriza-se simultaneamente como exploratória e descritiva. Conforme adverte Gil (2019), as investigações do tipo exploratório têm como propósito central proporcionar uma maior familiaridade e aproximação do pesquisador com o problema estudado, tornando-o mais explícito e desvelando as suas nuances estruturais. Já as pesquisas descritivas buscam mapear e delinear com exatidão as características de determinada população, comunidade ou fenômeno social, estabelecendo correlações e identificando padrões de comportamento. No presente estudo, o esforço exploratório-descritivo se direcionará para o detalhamento minucioso dos fluxos gerenciais, dos nós críticos operacionais do Hospital Docente Assistencial Célia Almeida Lima e do funcionamento das ferramentas de regulação (como o SISREG) na esfera municipal, evidenciando como a inércia burocrática compromete de maneira palpável a integralidade da atenção à saúde.

O desenho do percurso metodológico ancora-se no método do estudo de caso focado no município de São Francisco do Conde, localizado na Região Metropolitana de Salvador, Bahia. Na acepção teórica de Yin (2015), o estudo de caso configura-se como uma investigação empírica que analisa a fundo um fenômeno contemporâneo em seu contexto de vida real, sendo especialmente recomendado para cenários onde as fronteiras entre o fenômeno em si e o seu contexto geográfico ou social não estão nitidamente demarcadas. A seleção de São Francisco do Conde como campo de estudo único reveste-se de grande relevância científica e acadêmica por apresentar um nítido paradoxo socioeconômico e distributivo.

O município dispõe de uma arrecadação fiscal milionária decorrente dos *royalties* da atividade petrolífera e petroquímica industrial que, paradoxalmente, convive com vazios assistenciais na média complexidade, carência de médicos especialistas e retenção de pacientes em filas de espera prolongadas. Trata-se, por conseguinte, de um microcosmo privilegiado para analisar e compreender os desafios contemporâneos da municipalização, do financiamento e da descentralização da gestão do SUS na Bahia, avaliando as discrepâncias entre o potencial financeiro do município e a eficiência social entregue à comunidade franciscana.

O campo de pesquisa compreenderá os cenários que compõem a rede de atenção secundária e hospitalar do município, com centralidade analítica voltada para o Hospital Célia Almeida Lima, principal equipamento de urgência, emergência e internação clínica da localidade. Para que a realidade seja examinada a partir de múltiplos pontos de vista, os sujeitos da pesquisa serão estruturados em dois grupos de atores sociais chaves.

O primeiro grupo (Grupo 1) será constituído por usuários do SUS e seus respectivos familiares residentes em São Francisco do Conde que dependam exclusivamente do atendimento público de saúde e que tenham vivenciado ou estejam vivenciando a espera crônica por consultas especializadas, exames de alta complexidade ou cirurgias eletivas na fila da central de regulação municipal por um período igual ou superior a seis meses.

O segundo grupo (Grupo 2) será composto por profissionais de saúde, trabalhadores da linha de frente assistencial e técnicos envolvidos diretamente nos processos de triagem, agendamento e gerenciamento de vagas na referida unidade hospitalar ou na Secretaria Municipal de Saúde, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes administrativos. A seleção dos participantes dar-se-á por amostragem

intencional por critérios de elegibilidade. O fechamento da coleta de dados e a determinação do tamanho definitivo da amostra serão balizados pelo critério de saturação teórica. Conforme lecionam Fontanella *et al.* (2011), a saturação teórica é atingida no momento em que os novos depoimentos colhidos em campo passam a apresentar redundâncias, repetições e não agregam novos elementos informativos relevantes ou novas categorias conceituais ao problema investigado, sinalizando ao pesquisador que o *corpus* empírico acumulado possui a densidade e a abrangência necessárias para responder satisfatoriamente aos objetivos propostos na pesquisa.

Para garantir o rigor acadêmico e a validade interna dos resultados por meio do procedimento científico de triangulação de dados, a coleta do material empírico valer-se-á do emprego combinado de três técnicas distintas e complementares. A primeira delas consiste na pesquisa documental, que contemplará o levantamento exaustivo e a análise sistemática de fontes oficiais e de acesso público. Serão coletados e analisados os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco do Conde, dados estatísticos sobre a infraestrutura instalada registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atas e resoluções emitidas pelo Conselho Municipal de Saúde e indicadores históricos do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) disponíveis nas plataformas de dados abertos. De acordo com Cellard (2012), a pesquisa documental desempenha um papel indispensável na contextualização do fenômeno social, permitindo cruzar as informações discursivas dos sujeitos com dados institucionais, históricos e orçamentários, conferindo maior robustez e fidedignidade à interpretação do pesquisador.

A segunda técnica, de natureza interacional, apoiar-se-á na realização de entrevistas semiestruturadas com os sujeitos selecionados dos dois grupos. As entrevistas serão conduzidas a partir de um roteiro temático flexível, composto por perguntas abertas previamente validadas, o qual versará sobre eixos norteadores como a trajetória individual na busca por cuidados especializados, a percepção subjetiva acerca do tempo de espera, o impacto psicossocial do retardo do atendimento no núcleo familiar e os desafios operacionais vivenciados cotidianamente pelos profissionais no exercício de suas funções sob o modelo de gestão terceirizada.

Duarte (2004) destaca que a entrevista semiestruturada oferece a plasticidade necessária para que o pesquisador acolha e explore novos temas e categorias inesperadas que emergem naturalmente do fluxo discursivo do entrevistado, sem que

se perca o foco central delimitado pelos objetivos específicos do plano de trabalho. Todas as entrevistas serão registradas por meio de gravação de áudio digital, mediante a concordância expressa e formal dos participantes, sendo posteriormente transcritas de forma literal e integral para fins de análise textual.

O denso material empírico oriundo das transcrições das entrevistas de campo e da triagem dos documentos públicos será submetido à Análise de Conteúdo, operada especificamente por meio da modalidade de Análise Temática, nos moldes metodológicos preconizados por Bardin (2016). O percurso analítico será rigorosamente estruturado em três fases cronológicas e sequenciais de processamento. A primeira etapa corresponde à pré-análise, momento em que se procede à organização inicial do material, realizando a chamada leitura flutuante e repetida de todo o texto das transcrições, permitindo que o pesquisador se impregne do conteúdo e constitua o *corpus* documental definitivo em obediência aos princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A segunda etapa consistirá na exploração do material, que envolve os procedimentos técnicos de codificação e categorização. Nessa fase de desmembramento, os segmentos de texto brutos serão recortados em unidades de registro (frases ou parágrafos dotados de significação) e agrupados sistematicamente por analogia e afinidade semântica em temas emergentes centrais, tais como: "A burocratização do SISREG e a perda do tempo clínico", "A vulnerabilidade social e a dependência exclusiva do SUS" e "O paradoxo orçamentário e as falhas operacionais na gestão compartilhada do Hospital Célia Almeida Lima".

A terceira e última etapa compreenderá o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação teórica. Nesse estágio crítico, o pesquisador transcenderá a mera descrição dos conteúdos manifestos, realizando articulações reflexivas profundas e estabelecendo conexões dialéticas entre as falas dos usuários e trabalhadores coletadas em São Francisco do Conde e os referenciais teóricos que discutem determinantes sociais da saúde, subfinanciamento do SUS e violência institucional na literatura contemporânea (Bardin, 2016).

Por fim, no que tange às implicações éticas decorrentes do desenvolvimento de investigações científicas que envolvem a participação de seres humanos, este projeto de pesquisa será conduzido em estrita obediência às diretrizes e normas regulamentadoras consagradas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas emanadas do Conselho Nacional

de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. O protocolo de pesquisa será submetido para apreciação e aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional por meio da Plataforma Brasil, sob o vínculo acadêmico do Instituto de Humanidades e Letras (IHL/Malês) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

Todos os sujeitos que aceitarem voluntariamente participar do estudo serão previamente esclarecidos de forma clara e detalhada acerca dos objetivos da pesquisa, de sua natureza estritamente acadêmica, de seus potenciais riscos mínimos (como o desconforto emocional ao relembrar experiências traumáticas com o adoecimento) e de seus benefícios sociais. Ato contínuo, os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor, ficando uma via de posse do entrevistado e outra arquivada sob a responsabilidade do pesquisador (Brasil, 2012).

Para mitigar quaisquer riscos de quebra de sigilo e salvaguardar o anonimato absoluto dos usuários e servidores da saúde, impedindo a ocorrência de episódios de estigmatização, constrangimento ou retaliações administrativas decorrentes das denúncias e críticas efetuadas, todas as identidades civis serão integralmente suprimidas. No processo de escrita do relatório final e nas publicações científicas subsequentes, as falas serão identificadas unicamente por códigos alfanuméricos sequenciais, em que a letra "U" seguida de numeração cardinal representará os usuários e seus familiares (Ex: U1, U2, U3) e a letra "P" designará os profissionais de saúde entrevistados (Ex: P1, P2, P3), garantindo a proteção integral da privacidade dos sujeitos colaboradores da pesquisa.

7 CRONOGRAMA DAS AÇÕES

Descrição das Atividades	**PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO PROJETO EM 2027**					
	Jan	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Maio**	**Jun**
Escolha do Tema	X					
Levantamento da Literatura	X	X				
Elaboração do Projeto	X	X	X			
Revisão do Texto			X	X		
Aplicação do Questionário				X	X	
Entrega do Projeto						X

REFERÊNCIAS

ATLAS BRASIL. **Perfil do município de São Francisco do Conde, BA**. Brasília, DF: PNUD/IPEA/FJP, 2010. Disponível em: atlasbrasil.org.br. Acesso em: 17 jun. 2026.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **São Francisco do Conde e região**. Salvador: SESAB, 2024. Disponível em: saude.ba.gov.br. Acesso em: 17 jun. 2026.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. [Constituição de 1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: planalto.gov.br. Acesso em: 17 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dá as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: planalto.gov.br. Acesso em: 17 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 17 jun. 2026.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. *In*: CZERESNIA, Dina (org.). **Promoção da saúde**: conceito, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BUSS, Paulo Marchiori; PELEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a práxis constitutiva em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CARAVELA DADOS. **Economia de São Francisco do Conde - BA**. [*S. l.*]: Caravela, 2026. Disponível em: caravela.info. Acesso em: 17 jun. 2026.

CELLARD, André. A análise documental. *In*: POUPART, Jean *et al*. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 295-316.

DUARTE, Rosália. Entrevistas semiestruturadas e focadas: acerca do seu uso em pesquisa social. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 121, p. 213-235, jan./abr. 2004.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento de reforma sanitária. 1989. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1989.

FLEURY, Sonia. O SUS é um projeto civilizatório: as conquistas e os desafios da saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 344-358, jul./set. 2014.

FOCESI, Elza. Educação em saúde: campos de atuação na área. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**, [*S. l.*], v. 1, p. 19-21, 1990.

FUNDAP (Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Administrativo). **Perspectivas institucionais da descentralização na saúde**. São Paulo: DT, 1988.
GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Tradução de Flávio R. Kothe. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

MENESES, Clarissa Silva; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O que a literatura científica brasileira diz sobre a regulação do acesso à assistência à saúde? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 582-599, abr./jun. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Romeu Gomes da. **Fundamentos da pesquisa qualitativa**: conceitos, processos e técnicas. Petrópolis: Vozes, 2019.

PAIM, Jairnilson *et al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, may 2011.

PESSOTO, Luciano Sandro *et al*. Financiamento do Sistema Único de Saúde de 1988 a 2013: contradições entre o direito universal e a austeridade fiscal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3821-3832, dez. 2015.

ROCHA, Daisy Gonçalves; CAVALCANTI, Ana Lúcia; BORGES, C. T. Gestão integrada das políticas públicas: a experiência do Programa FelizCidade. *In*: SPERANDIO, Ana Maria Girotti (org.). **O espaço da promoção da saúde**. Campinas: Sababer, 2002.

SÃO FRANCISCO DO CONDE. Prefeitura Municipal. **Hospital Docente Assistencial Célia Almeida Lima é terceirizado**. São Francisco do Conde: ASCOM, 10 jun. 2013. Disponível em: https://saofranciscodoconde.ba.gov.br. Acesso em: 17 jun. 2026.

SÃO FRANCISCO DO CONDE. Prefeitura Municipal. **Portal Oficial do Município**. São Francisco do Conde: Prefeitura Municipal, 2025. Disponível em: saofranciscodoconde.ba.gov.br. Acesso em: 6 jan. 2025.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o desenvolvimento institucional e a busca por um modelo assistencial universal e equânime. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 4, p. 612-629, jul./ago. 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS: o que fazer para onde ir. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4113-4122, nov. 2020.

SEAD/UFBA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais / Universidade Federal da Bahia. **São Francisco do Conde**. Salvador: UFBA, [202-]. Disponível em: ufba.br. Acesso em: 17 jun. 2026.

SIGERIST, Henry. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (organizadores). **Promoção da saúde**: reflexões, conceitos, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

THUMS, Jorge. **Orientações para o trabalho acadêmico**. Canoas: ULBRA, 1999.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al*. Desigualdades regionais e o SUS: uma análise da Federação brasileira a partir de indicadores de renda e cobertura assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, e00201117, nov. 2018.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

Anexo

QUESTIONÁRIO

Objetivo: Coletar informações para identificar os principais desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sob diferentes perspectivas, no município de São Francisco do Conde - Bahia.

Público-alvo: Profissionais de saúde, gestores, usuários.

Instruções: Responda às perguntas de forma objetiva. As informações serão usadas exclusivamente para fins acadêmicos.

1. Perfil do Respondente

1.1. Nome (opcional): _____

1.2. Idade: _____

1.3. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Prefiro não informar

1.4. Escolaridade:

( ) Ensino Fundamental

( ) Ensino Médio

( ) Ensino Superior

( ) Pós-Graduação

1.5. Relação com o SUS:

( ) Usuário

( ) Profissional de saúde

( ) Gestor

( ) Outro: _____

2. Percepções sobre o SUS

2.1. Na sua opinião, quais são os principais pontos positivos do SUS?

( ) Acesso universal e gratuito

( ) Programas de vacinação

( ) Estratégia Saúde da Família

( ) Outros: _____

2.2. Você acredita que o SUS atende adequadamente às demandas da população do município de São Francisco do Conde ?

( ) Sim

( ) Parcialmente

( ) Não

2.3. Como você avalia a qualidade do atendimento no SUS, no município de São Francisco do Conde ?

( ) Excelente

( ) Bom

( ) Regular

( ) Ruim

( ) Péssimo

2.4. Quais fatores mais afetam a qualidade do atendimento no SUS, no município de São Francisco do Conde ?

( ) Falta de profissionais de saúde

( ) Infraestrutura inadequada

( ) Demora no atendimento

( ) Insuficiência de medicamentos

( ) Outros: _____

3. Principais Desafios do SUS

3.1. Na sua opinião, qual é o maior desafio enfrentado pelo SUS atualmente, no município de São Francisco do Conde ?

( ) Subfinanciamento (recursos financeiros insuficientes)

( ) Superlotação nos serviços de saúde

( ) Falta de equipamentos e materiais

( ) Gestão ineficiente

( ) Outros: _____

3.2. Você considera que o SUS recebe recursos financeiros suficientes?

( ) Sim

( ) Não

3.3. Na sua opinião, a gestão pública municipal, faz uso dos recursos do SUS e forma eficiente?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sei avaliar

3.4. Quais áreas do SUS precisam de maior atenção e investimento, no município de São Francisco do Conde ?

( ) Atenção Primária (postos de saúde, Estratégia Saúde da Família)

( ) Média e Alta Complexidade (hospitais, cirurgias especializadas)

( ) Saúde Mental

( ) Distribuição de medicamentos

( ) Outros: _____

4. Satisfação e Propostas de Melhoria

4.1. Como você avalia sua satisfação geral com o SUS, dentro do município de São Francisco do Conde ?

( ) Muito satisfeito

( ) Satisfeito

( ) Insatisfeito

( ) Muito insatisfeito

4.2. Que propostas você sugere para melhorar o funcionamento do SUS?

4.3. Você acredita que a população tem conhecimento suficiente sobre o funcionamento e os direitos no SUS?

( ) Sim

( ) Não