

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

LEANDRO DE SOUZA LEHFELD

ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE E DE SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO DA CIDADE
DE HORTOLÂNDIA/SP: DIAGNÓSTICOS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

Ribeirão Preto
2017

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

Lehfeld, Leandro de Souza, 1978-

L522a Análise dos atendimentos das unidades básicas de saúde
e de serviços de pronto atendimento da cidade de Hortolândia
/SP: diagnósticos e ações estratégicas / Leandro de Souza
Lehfeld. - - Ribeirão Preto, 2017.

68 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá.

LEANDRO DE SOUZA LEHFELD

ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE E DE SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO DA CIDADE
DE HORTOLÂNDIA/SP: DIAGNÓSTICOS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

Dissertação apresentada à Universidade
de Ribeirão Preto como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Saúde e Educação.

Orientador: Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá.

Ribeirão Preto
2017

LEANDRO DE SOUZA LEHFELD

Análise dos Atendimentos das Unidades Básicas de Saúde e de Serviços de Pronto Atendimento da Cidade de Hortolândia/SP: Diagnósticos e Ações Estratégicas

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 07 de março de 2017

Resultado: Aprovado

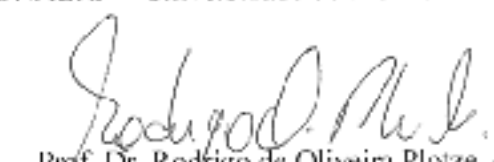
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Profa. Dra. Rosemary Aparecida Furlan Danie
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dr. Rodrigo de Oliveira Plotze
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2017

DEDICATÓRIA

A Deus, quando algumas vezes, sentindo-me desacreditado e perdido nos meus objetivos, ideais ou minha pessoa, trouxe-me saúde e sabedoria para poder frequentar e desenvolver o Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação na Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP.

A minha família, por ter me dado suporte afetivo e psicológico durante todo o período de desenvolvimento das metas exigidas pelo programa.

A minha esposa, Elaine Cristina Lehfeld, pelo companheirismo, paciência e compreensão da dificuldade de realizar um programa de mestrado em outro município.

A minha filha, Letícia Lehfeld, e meus enteados, Kleber e Rafaella Cristina Guimarães, para quem tento dar exemplo e deixar meu legado.

Ao meu irmão, Lucas Lehfeld, a quem tenho como exemplo a ser seguido para meu desenvolvimento acadêmico.

Ao meu pai, Sergio Lehfeld, a quem tenho profunda admiração e busco seguir seus exemplos como pessoa e profissional na área de saúde.

E, em especial, a minha mãe, Neide Lehfeld, por sempre me indicar os caminhos certos, que mesmo preenchidos de obstáculos, conduzem a me transformar em uma pessoa melhor e trazem uma imensa gratificação quando consigo concluí-los.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Edilson Carlos Caritá, pela orientação e seu grande desprendimento em ajudar no desenvolvimento deste projeto de pesquisa, além da amizade sincera.

À Professora Dr^a Silvia Sidnéia da Silva, pela ajuda na elaboração deste trabalho e pela amizade sincera.

Aos meus amigos e professores do curso, pela colaboração no percorrer das aulas e na elaboração do meu projeto de pesquisa.

"Determinação coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho."

Dalai Lama

RESUMO

LEHFELD, L. S. Análise dos Atendimentos das Unidades Básicas de Saúde e de Serviços de Pronto Atendimento da Cidade de Hortolândia/SP: diagnósticos e ações estratégicas. 68 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2017.

Trata-se de um estudo descritivo, documental com abordagem quantitativa que tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico do atendimento aos usuários que utilizam os serviços de atenção primária do município de Hortolândia/SP, considerando os níveis de atenção à saúde, ofertados pelo referido município. O presente estudo foi estruturado a partir dos dados obtidos no levantamento do número de atendimentos em cada unidade da respectiva cidade, na identificação dos diagnósticos obtidos nos atendimentos por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e análise das informações coletadas. A amostra foi composta por 979.573 registros de atendimentos realizados no ano de 2015 nas unidades citadas e revelou que não há diferença significativa no número de atendimento das unidades de urgência/emergência em relação as unidades ambulatoriais. Este estudo apresentou as patologias mais prevalentes entre as unidades de saúde pesquisadas. Ele evidenciou um equilíbrio na porcentagem de atendimento das diversas patologias entre as unidades de saúde ambulatoriais e de urgência/emergência. Como ações estratégicas, há a sugestão de maior integração entre as unidades de saúde com o uso da tecnologia da informação, políticas de promoção de saúde e campanhas educativas para melhor acompanhamento de patologias de maior prevalência, como também evitar epidemias de doenças sazonais. Portanto, pode-se concluir que no ano de 2015, o município de Hortolândia/SP foi efetivo na implantação das políticas de saúde pública instituídas pelo SUS.

Palavras-chave: Unidade Básica de Saúde. Socorro de Urgência. Perfil Epidemiológico. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

LEHFELD, L. S. Análise dos Atendimentos das Unidades Básicas de Saúde e de Serviços de Pronto Atendimento da Cidade de Hortolândia/SP: diagnósticos e ações estratégicas. 68 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2017.

This is a descriptive and documentary study, with quantitative approach that will have the objective to identify the epidemiological service's profile to the users who apply the primary care services in the city of Hortolândia/SP, considering the health care levels, offered by this city. This study was structured from the data obtained of the visits number in each health unit of the respective city, in the identified diagnoses that were obtained in the appearances, using the International Classification of Diseases (ICD 10), and in the collected information analysis. The sample was consisted of 979.573 attendance records made in 2015 in the cited units and showed that there wasn't significant difference between the urgency/emergence and ambulatory units attendances number. This study also showed the most prevalence diseases between the health units surveyed. It evidenced a balance in the attendance percentage of the different diseases among the urgency/emergence and ambulatory health units. As strategic actions, there is the suggestion of more integration between the health units using a better information technology, health promotion policies and educational campaigns for better care of prevalence diseases avoid seasonal disease epidemics. Therefore, could conclude that in the year of 2015, the city of Hortolândia/SP had effected in implanting the public healthy politics instituted by the SUS.

Keywords: Health Centers. Emergency Relief. Health Profile. Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRM	Conselho Regional de Medicina
CDUS	Carta de Direitos dos Usuários da Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HMMMMC	Hospital Municipal Maternidade Mário Covas
IES	Instituição de Ensino Superior
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PADO	Programa Atendimento Domiciliar
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada Integrada
RM	Ressonância Magnética
RMS	Registro do Ministério da Saúde
SADT	Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund

USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA	16
1.2 HIPÓTESE	17
1.3 OBJETIVO GERAL	17
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO: REVISITANDO O SUS.....	19
2.2 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL E FORMAS DE ACOLHIMENTO DE SEUS USUÁRIOS.....	26
2.3 EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE NO BRASIL	28
2.4 A EPIDEMIOLOGIA E O ATENDIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	34
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	37
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	37
3.2 LOCAL DO ESTUDO	38
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
3.4 COLETA DE DADOS	40
3.5 ANÁLISE DE DADOS	40
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	41
3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO E ENCERRAMENTO DA PESQUISA	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS	43
4.2 AÇÕES ESTRATÉGICAS	52
5 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE I	63

APÊNDICE II.....	64
APÊNDICE III.....	65
ANEXO A.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Valores de repasse do Ministério da Saúde aos municípios às centrais de regulação instituídas	31
Quadro 2 – Definição dos portes aplicáveis às UPA 24h	33
Quadro 3 – Mapa de pobreza e desigualdade do município de Hortolândia/SP (2003)	39
Quadro 4 – Números de atendimentos nas unidades da cidade de Hortolândia referente ao ano de 2015.	44
Quadro 5 - Relação dos atendimentos em unidades de urgência e emergência e unidades ambulatoriais.	48
Quadro 6 - Porcentagem dos diagnósticos encontrados nas unidades pesquisadas durante o ano de 2015.	49

APRESENTAÇÃO

Sempre pensando no bem-estar das pessoas, procurei o curso de Medicina como formação profissional. O interesse no desenvolvimento de pesquisa nasceu durante a graduação. Por um período de dois anos, realizei iniciação científica com bolsa da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Isto me rendeu a elaboração de um artigo científico com publicação em revista internacional.

Após minha formatura em 2002, tive aprovação em concurso público para trabalhar como médico emergencista nas prefeituras de Sumaré/SP, em 2004, e Hortolândia/SP, em 2005. Como profissional de atendimento de urgência e emergência, sempre me intrigou a desorientação de pessoas com patologias simples em procurar um serviço hospitalar complexo. Surgiu meu interesse em pesquisar a eficácia de uma autarquia municipal no desenvolvimento da promoção em saúde como também poder acrescentar os benefícios da prevenção das doenças *versus* o mero tratamento curativo.

Assim, ao ter conhecimento do programa de mestrado profissional em saúde e educação, desenvolvido pela Universidade de Ribeirão Preto, verifiquei a oportunidade de realizar um projeto de pesquisa para melhorar o ambiente de minha prática médica.

1 INTRODUÇÃO

Durante a evolução da humanidade, o estudo da história natural das doenças determinou estratégias de tratamentos e promoção de saúde (COSTA; LÓPEZ, 1996). No passado, onde a preocupação se concentrava na prática curativa da doença, não havia interesse em saber do ambiente, da população envolvida, das fontes de contágios, entre outros aspectos. Desse contexto surgiu o conceito da epidemiologia, por meio da observação do processo saúde-doença e do contexto que está inserido, inicia a prática de promoção de saúde (BHOPAL, 2008).

A utilização da epidemiologia para promover saúde se desenvolve com o passar dos tempos. Estudiosos ilustram seu benefício forçando os governantes a criarem políticas de saúde pública. A elevada mortalidade por algumas doenças também obriga a criação de medidas sanitaristas. Assim, o Estado cria leis para estruturar e garantir saúde a sua população.

No Brasil, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído após a Constituição Federal de 1988, consolidando a estrutura do atual sistema de saúde do país. Ao buscar garantir o artigo 196 da Constituição Federal, o Estado tem o dever de fornecer saúde a todos de maneira universal, gratuita e igualitária (BRASIL, 1988). Para atingir tal objetivo, divide a responsabilidade nos seus níveis federal, estadual e municipal, como também na complexidade do atendimento: primário, secundário e terciário.

A responsabilidade do nível federal consiste na formulação e implantação de políticas públicas e o fornecimento de verbas para torná-las viáveis. No âmbito das leis, criam-se jurisdições e obrigações para os estados e municípios cumprirem. Também regulam a iniciativa privada que complementa o SUS no atendimento à saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1998). Com o estudo epidemiológico, por meio da incidência das diferentes patologias, o governo federal consegue evidenciar o local de maior *déficit* na saúde pública e procura direcionar um maior financiamento para as regiões mais carentes.

No nível estadual, há o direcionamento das verbas federais recebidas para os devidos setores, compreendendo o financiamento e a administração das instituições de saúde responsáveis por atendimentos de maior complexidade, o atendimento de diferentes especialidades para um grupo de municípios referenciados, além dos

estados serem responsáveis pelo fornecimento e pela manutenção das universidades e hospitais escolas (LUQUE, 2015). Em conjunto com os municípios, os estados executam os deveres e as obrigações impostas pela Constituição Federal (BRASIL, 2000).

Os municípios são responsáveis por organizar o atendimento à população, utilizando-se das políticas de saúde criadas pelo governo federal. Nesse contexto, a epidemiologia ajuda a estruturar a regionalização e promoção de saúde. Os municípios implementam a Estratégia de Saúde da Família, priorizando resolver patologias de maior prevalência e de resolutividade mais simples. As cidades recebem verbas do governo federal e estadual, porém também são responsáveis por direcionar uma porcentagem de suas receitas para a promoção de saúde. Nessa direção, o foco da municipalidade consiste no atendimento básico de saúde (BRASIL, 2010c).

Em relação à complexidade do atendimento em saúde, o SUS o classifica em primário, secundário e terciário. De acordo com Chioro e Scaff (1998) imagina-se uma pirâmide, onde a base consiste no atendimento primário (local que 80% das patologias são resolvidas – espaço de promoção da saúde); o centro – onde o atendimento secundário está delimitado abrange a resolução de 15% das patologias) e, no ápice da pirâmide, o atendimento terciário (responsável por solucionar 5% das doenças).

As patologias de maior prevalência como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM) estão inseridas no atendimento primário, cenário onde devem ser implantadas e implementadas as políticas de prevenção e promoção de saúde. Medidas simples são necessárias para a resolução destas doenças e, no nível primário, o custo para suprir tais patologias é baixo, enquanto se refere ao tratamento medicamentoso para cada pessoa. Porém, torna-se alto quando se pensa na população brasileira como um todo (BRASIL, 2002a).

O atendimento secundário prioriza patologias de complexidade intermediária. Este setor cobre os chamados Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica (SADT). Pessoas com doenças cobertas neste nível de atendimento requerem exames, internações e tratamentos mais custosos. Os ambulatórios de especialidades e hospitais escolas complementam e são outros locais que atendem às situações classificadas neste nível (BRASIL, 2009).

Caso haja pacientes com doenças mais complexas e/ou graves como insuficiência renal, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência hepática, entre outras, demanda-se um suporte de nível terciário de saúde. O nível terciário do SUS consiste no atendimento de indivíduos com patologias de alta complexidade. Em comparação a prevalência das doenças atendidas no nível primário, uma menor parte da população necessita deste tipo de suporte. Neste setor estão embutidas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), serviços de hemodiálise, exames radiológicos com Ressonância Magnética (RM), exames de Medicina Nuclear, enfim, procedimentos de alto custo e complexidade (SOLLA; CHIORO, 2008).

No âmbito das leis, o SUS mostra-se extremamente organizado e suficiente. Contudo, a realidade vivenciada demonstra carência significativa de cobertura da população brasileira, referente aos aspectos preconizados pelo SUS. Nas regiões brasileiras como norte e nordeste, há falta de profissionais e falha na manutenção das Unidades de Atendimento. Além desta má distribuição dos recursos da saúde, a população se concentra nos centros de excelência (nível terciário) com patologias que poderiam ser resolvidas com medidas simples (nível primário). As pessoas que possuem condições econômicas de custear recorrem ao atendimento privado (BRASIL, 1998).

1.1 JUSTIFICATIVA

A justificativa para a realização deste estudo consistiu em retratar a realidade do município de Hortolândia/SP referente às condições de atendimento à saúde da população nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e nos serviços de pronto atendimento (Unidade de Pronto Atendimento - UPA e Hospital Municipal Maternidade Mário Covas - HMMMC). Acredita-se que, de posse desses dados, a Secretaria Municipal de Saúde do município em questão, terá a possibilidade de definir políticas públicas para aplicação nos níveis preventivos e curativos, mais eficazes e específicos, frente às necessidades dessa população.

1.2 HIPÓTESE

A vivência profissional em atendimentos de saúde induziu à seguinte indagação: as pessoas continuam a procurar, prioritariamente, os serviços de pronto atendimento em comparação à busca pelo atendimento ambulatorial nas UBS/USF?

A hipótese do presente estudo reside na evidência da manutenção dessa situação que é contrária ao preconizado pelas políticas públicas de saúde, em que se deve insistir na prevenção das patologias para ter menor atuação em práticas curativas.

1.3 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral dessa dissertação é identificar o perfil epidemiológico do atendimento aos usuários que utilizam os serviços de atenção primária do município de Hortolândia/SP, considerando os níveis de atenção à saúde, ofertados pelo referido município.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- Levantar o número de atendimentos prestados aos usuários em Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde de Família e os diagnósticos prevalentes;
- Levantar o número de atendimentos prestados aos usuários em Serviços de Pronto Atendimento (Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Atendimento do Hospital Municipal Maternidade Mário Covas) e os diagnósticos prevalentes;
- Analisar os dados de acordo com o número de atendimentos, diagnósticos prevalentes e aspectos populacionais considerando a localização do serviço de assistência médica.

1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos, sendo que no primeiro capítulo apresenta-se a Introdução, o Objetivo Geral, os Objetivos Específicos e a Estrutura da Dissertação.

No segundo capítulo há a revisão de literatura sobre o sistema de saúde pública brasileiro, níveis de atenção à saúde no Brasil, evolução dos programas de saúde do Brasil e a epidemiologia e o atendimento em saúde pública no país.

No terceiro capítulo são descritas as principais metodologias utilizadas na realização da dissertação.

No quarto capítulo são apresentados os resultados e a discussão.

No quinto capítulo encontra-se a conclusão da dissertação.

E, por último, são listadas as referências bibliográficas utilizadas para o desenvolvimento dessa dissertação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura apresenta-se o contexto da criação do SUS, seus níveis de atenção à saúde e a forma de acolhimento dos seus usuários, a evolução dos programas de saúde no Brasil e a epidemiologia e o atendimento da saúde pública no Brasil.

2.1 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO BRASILEIRO: REVISITANDO O SUS

De acordo com Mota et al. (2006), na década de 80, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime de ditadura instaurado em 1964, passou por uma profunda e prolongada crise econômica.

Ainda conforme Mota et al. (2006, p. 13-40):

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (MOTA et al., p. 13-40, 2006).

A constituição promulgada em 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Na Constituição foi descrito que o Estado deve garantir, aos cidadãos brasileiros, a igualdade aos serviços de saúde, contemplando ainda que o Estado deve assegurar que todos os brasileiros tenham, igualmente, acesso às ações de saúde de que necessitam. Portanto, a igualdade e a universalidade do acesso não são apenas princípios do SUS, mas princípios gerais para a ação do Estado (MATTOS, 2009).

O SUS foi instituído pela Lei nº 8.080, com comando único em cada esfera de governo, sendo o Ministério da Saúde (MS) o gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, 2002b).

Cabe ressaltar que o texto constitucional, inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina (MOTA et al., 2006).

Segundo Brasil (2002b), antes da criação do SUS, o MS, com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia praticamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária.

O SUS do Brasil, de acordo com Nunes e Queiroz (2007) e Brasil (2002b), é considerado um sistema, pois é composto por várias instituições dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e pelo setor privado, com o qual faz-se contratos e convênios para a prestação de serviços e realização de ações.

Nunes e Queiroz (2007) afirmam também que o SUS é único, uma vez que tem a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com uma mesma lógica, reafirmando ainda que o SUS:

- É universal porque deve atender a todos, sem distinções, de acordo com suas necessidades;
- É integral, pois a saúde deve ser tratada como um todo. As ações devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento;
- Garante equidade, pois deve oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um, ou seja, trata situações desiguais de formas desiguais;
- É descentralizado, assim todas as ações e serviços que atendem a população de um município devem ser municipais, as que servem e

alcançam vários municípios devem ser estaduais e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais. O SUS tem um gestor único em cada esfera de governo;

- É regionalizado e hierarquizado – os serviços de saúde devem estar de maneira regionalizada, pois nem todos os municípios conseguem atender todas as demandas e todo tipo de problemas de saúde. A organização destes serviços deve ser hierarquizada, o que significa que as questões menos complexas devem ser atendidas nas UBS, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado. O relacionamento estabelece mecanismos de referência e contra referência;
- Prevê a participação do setor privado, de forma complementar, preferencialmente pelo setor filantrópico e sem fins lucrativos, por meio de contrato administrativo ou convênio;
- Deve ter racionalidade – a oferta de ações e serviços deve ser realizada de acordo com as necessidades da população e com os problemas de saúde mais frequentes em cada região;
- Deve ser eficaz e eficiente – mediante a prestação de serviços de qualidade, eliminando-se desperdícios e aplicando-se os recursos da melhor maneira possível;
- Deve promover a participação popular, por meio do direito assegurado a todos os segmentos envolvidos no sistema-governos, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e, principalmente, os usuários dos serviços. Os principais instrumentos para exercer esse controle social são os conselhos e as conferências de saúde.

O SUS é um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento e participação da comunidade (BRASIL, 2002b).

Conforme Brasil (2002b, p. 37), os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo, designados para o desenvolvimento das funções do

Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro de Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

Em geral, cabem ao Ministério da Saúde atividades estratégicas no âmbito nacional, seja no campo do planejamento, controle, avaliação e auditoria, como na promoção da descentralização. No que diz respeito às redes assistenciais, há um destaque no papel do MS em relação à definição e coordenação nacional de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, e de sangue e hemoderivados. Outro destaque é dado ao papel do MS na regulação do setor privado, abrangendo a elaboração de normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados de assistência e também o estabelecimento de critérios e valores para remuneração de serviços e de parâmetros assistenciais de cobertura, sujeitos à aprovação do Conselho Nacional de Saúde. É também apontada como de competência da direção nacional do SUS a identificação de serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde (BRASIL, 2002b, p. 39).

Ainda conforme Brasil (2002b, p. 39-40), de forma mais específica, cabe ao Ministério da Saúde:

1. Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal (DF).
2. No que diz respeito à regionalização da assistência, o MS é responsável por:
 - Definir as normas e os instrumentos técnicos de implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (inclusive os que regulam as relações entre o Sistema Único de Saúde e os serviços privados contratados de assistência à saúde);
 - Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados para a elaboração dos instrumentos de planejamento no Plano Diretor de Regionalização (PDR), Programação Pactuada Integrada (PPI), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e para a implementação de sistemas de monitoramento e controle do sistema estadual (regulação);
 - Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, DF e Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

- Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, gerenciar o sistema de referências interestaduais, respeitadas as competências estaduais e municipais.
3. Definir, normatizar, coordenar e oferecer cooperação técnica nacionalmente para os seguintes sistemas: a) Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; b) Sistema de Laboratórios de Saúde Pública; c) Redes integradas de assistência de alta complexidade.
 4. Realizar investimentos voltados para a redução das desigualdades/iniquidades no território nacional.
 5. Exercer o papel de gerente e executor de serviços em caráter de exceção e/ou temporário, no caso de unidades complexas de referência nacional que ainda não tiverem sido transferidas a estados ou municípios.

No que concerne à função de planejamento, há uma referência indireta ao papel da direção estadual do SUS de planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, quando se fala que cabe aos municípios “participar” desse processo, “em articulação com sua direção estadual”. Quanto ao controle e avaliação, há um destaque mais explícito para o papel do estado de acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS. Em relação às redes assistenciais específicas, destaca-se o papel do gestor estadual na coordenação de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de hemocentros (somente nesses últimos dois casos, incluindo “gerir unidades que permaneçam em sua organização administrativa”). Não há referência as competências específicas do gestor estadual no que diz respeito ao planejamento, controle, avaliação, gestão e execução geral de ações e serviços, a não ser em caráter suplementar. Também em relação aos serviços privados contratados pelo SUS, não há menção de nenhuma competência específica do gestor estadual, seja na normatização, na contratação, no controle e avaliação (BRASIL, 2002b, p. 40).

Segundo Brasil (2002b, p. 40), em relação ao sistema regionalizado de serviços de saúde o Estado é responsável por:

1. Articulação e consolidação do PDR, PPI e PDI.
2. Implantação e gestão do sistema de regulação no âmbito estadual e pela gestão das centrais de regulação.
3. Gestão e acompanhamento do sistema de referências intermunicipais.
4. Coordenação da rede estadual de alta complexidade.

5. Coordenação das redes estaduais de hemocentros e de laboratórios de saúde pública.
6. Relações com o MS para viabilizar a assistência de alta complexidade não disponível no estado.

No que diz respeito às ações gerais de coordenação e regulamentação do sistema estadual, o gestor desse nível de governo:

- Realiza ações de cooperação técnica e financeira aos municípios.
- Estabelece normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde.
- Realiza investimentos voltados para a redução das desigualdades/iniquidades no território estadual.
- É gerente e executor supletivo de ações e serviços de saúde, só atuando na prestação direta de serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificadas.

Além disso, o gestor estadual participa na formulação das políticas de saúde nacionais por meio da presença de representantes estaduais na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

No modelo do SUS é dado forte destaque ao papel da direção municipal do SUS de planejar, organizar, controlar, avaliar as ações e serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde. Também em relação aos serviços privados, enfatiza-se o papel do gestor municipal na celebração de contratos e convênios (respeitado o art. 26º, que trata do estabelecimento de critérios, valores e parâmetros assistenciais pelo gestor nacional), controle, avaliação e fiscalização de prestadores privados. Portanto, as diversas competências de relação direta com prestadores públicos e privados são atribuídas aos gestores municipais do SUS. Em relação as redes assistenciais específicas, menciona-se o papel do gestor municipal de “gerir laboratórios públicos de saúde” e de “gerir hemocentros” (BRASIL, 2002b, p. 40-41).

Brasil (2002b, p. 41) cita que o gestor do sistema municipal tem as atribuições de:

1. Analisar as necessidades de serviços.
2. Realizar o planejamento e a programação operacional dos serviços de saúde em seu território (próprios, outros públicos e contratados).
3. Executar ações de controle e avaliação dos serviços públicos e contratados.

4. Contratar os serviços privados, referente ao disposto pelo Governo federal, quando o setor público for insuficiente para satisfazer as necessidades de serviços.
5. Gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde, para o atendimento à própria população e para aquela referenciada ao sistema municipal na base de acordos específicos, definidos no PDR e PPI.
6. Sendo o nível mais próximo ao cidadão, o nível municipal é também responsável pelas ações de orientação aos usuários sobre o acesso e o uso dos serviços.
7. Realizar investimentos voltados para a redução das desigualdades/iniqüidades no território municipal.
8. Participar do planejamento regional/estadual contribuindo na elaboração do PDR, PPI e PDI; recebendo informações sobre os serviços realizados para a população do próprio município por outros serviços localizados fora do território municipal, conforme desenho regionalizado da rede.
9. Participar da formulação das políticas de saúde estaduais e nacionais por meio da presença de representantes municipais na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e CIT.

A Saúde Pública Brasileira tem enfrentado os problemas de saúde da população mediante campanhas (vacinação, combate às epidemias, reidratação oral, entre outras ações) e programas especiais (controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher e saúde mental). Essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou falecer, não sendo possível, portanto, se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Ainda segundo os autores citados anteriormente, conseqüentemente, configuram um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços. As campanhas de Saúde Pública têm um caráter geralmente temporário, requerem uma grande mobilização de recursos e dispõem de uma administração centralizada. Muitas

vezes aparentam uma operação militar visando o combate de uma epidemia (cólera, dengue, entre outras), ao controle de determinado agravo à saúde (acidente de trabalho), ou ao esclarecimento e à informação da comunidade (*Acquired Immunodeficiency Syndrome* - AIDS). As campanhas têm sido consideradas "um mal necessário" para enfrentar problemas de saúde que a rede de serviços não conseguiu resolver por meio das suas atividades usuais.

2.2 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL E FORMAS DE ACOLHIMENTO DE SEUS USUÁRIOS

No Brasil, os níveis de atenção à saúde estão classificados em atenção primária, secundária e terciária.

Segundo Lavras (2011), o termo Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se à atenção ambulatorial não especializada ofertada por meio de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui as atividades de saúde pública. Pode-se definir ainda essas unidades como locais onde se dá, ou deveria se dar, essencialmente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde há capacidade para a resolução da maioria dos contextos de saúde por eles apresentados.

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. A utilização dos serviços de APS pela população depende da boa resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa (e não na doença), na família e na comunidade (BRASIL, 2011a).

De acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A atenção básica considera o indivíduo em sua particularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a

prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006b).

A Atenção Básica tem como objetivo resolver a maioria dos problemas de saúde, evitando a procura pelo atendimento nas emergências dos hospitais.

Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (ERDMANN et al., 2013).

Na atenção terciária, também chamada de alta complexidade, estão concentrados os procedimentos e a tecnologia dura. A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado (SOLLA; CHIORO, 2008).

Apesar de muito bem estruturado legalmente os níveis de atenção à saúde do SUS, a população ainda necessita de orientação para usufruir de maneira correta o sistema de saúde. Anteriormente ao SUS, as políticas de saúde pública priorizavam o acolhimento dos trabalhadores, em prol do industrialismo. Havia raras campanhas de prevenção de doenças como vacinações e programas curativos em casos de patologias epidêmicas importantes (BARCELLOS, 1983). Com a elaboração do SUS, criou-se a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (CDUS), a Carta tem por princípio orientar e garantir a todo cidadão brasileiro a facilidade de acesso aos serviços de saúde do SUS, assim como às instituições conveniadas a ele. Evidencia também que, todo cidadão tem direito a receber tratamento adequado, de forma a resolver suas necessidades de saúde, ressaltando a importância de oferecer atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (CORRÊA et al., 2011).

O Ministério da Saúde, com o passar dos anos e as mudanças de gestões, tenta adequar as políticas de acolhimento ao SUS com as novas dificuldades/diversidades encontradas. Exemplos são o Programa Nacional de Humanização e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

Básica. Com enfoque nos atendimentos realizados na APS, procuram orientar, como também avaliar, os acolhimentos realizados pelas UBS e USF (ZILLY et al., 2016). Políticas complementares como Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004, dos Homens em 2008 e dos Jovens e Adolescentes em 2010 foram criadas para orientar tanto os usuários como as unidades para um melhor acolhimento na rede de saúde.

O acolhimento dos pacientes realizado nas unidades de pronto atendimento dos diferentes níveis de atenção à saúde também foi estruturado com a implantação do SUS. Além do desenvolvimento da regulação pré-hospitalar para melhor direcionamento do doente ao serviço de saúde, nas unidades de pronto atendimento implantaram-se a classificação de risco para determinar limites temporais dependendo da gravidade dos casos. Denominado protocolo de Manchester, organiza-se o acolhimento da seguinte maneira: aos doentes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, devendo ser realizado o atendimento imediato; aos casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; para os casos urgentes é atribuída a cor amarela com tempo de espera recomendada de sessenta minutos; os doentes que recebem a cor verde ou azul são de menor gravidade, que como tal, devem ser atendidos no espaço de duas à quatro horas (INOUE et al., 2015). Tais políticas de acolhimento estruturadas e divulgadas pelo governo federal, apesar de bem conceituadas, apresentam deficiências e dificuldades, as mesmas enfrentadas por algumas regiões para a manutenção do SUS.

2.3 EVOLUÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE NO BRASIL

Após a implantação do SUS com a Constituição de 1988, além dos direitos e deveres do poder público e organização dos níveis de atenção à saúde, foram criados programas de saúde para melhorar o atendimento populacional. O Programa de Saúde da Família (PSF), criação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Programa Mais Médicos são exemplos de medidas elaboradas pelo ministério da saúde para suprir as necessidades encontradas nas diferentes regiões brasileiras. Tais políticas públicas

seguem os princípios de financiamento e descentralização das responsabilidades estipuladas pelo SUS.

O PSF foi desenvolvido no final do ano de 1993, em uma reunião com o tema “Saúde da Família” no DF pelo Ministério da Saúde com o apoio da United Nations Children's Fund (UNICEF). Buscava como base o sucesso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde realizado nas regiões Norte e Nordeste para diminuir a mortalidade infantil e materna. Verificou-se a necessidade de incorporar novos profissionais junto aos agentes para formar equipes multidisciplinares. Também teve influência de modelos assistenciais à família de países como: Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra. Assim, o PSF visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua (ROSA; LABATE, 2005).

O PSF busca assistir o Atendimento Primário de Saúde (APS). As equipes multiprofissionais cobrem a população com o objetivo de fornecer informação, promover a prevenção e realizar mecanismos curativos de patologias simples (BRASIL, 2010a).

Segundo Vasconcelos (1999, p. 174), passa-se a denominar Saúde da Família:

“...práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerado como familiar. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo família perde a especialidade. Isso ocorre porque o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde pública planejados e padronizados nas instâncias hierarquicamente superiores da burocracia do setor saúde. A percepção e a intervenção dos profissionais locais tendem então a ficar restritas” (VASCONCELOS, 1999, p. 174).

Para receber o investimento do governo federal, os municípios devem elaborar e executar os projetos de criação das equipes de atendimento. Os recursos são transferidos de acordo com o número e a modalidade das equipes, carga horária dos profissionais e categoria no Núcleo de Apoio à Saúde de Família (NASF) (BRASIL, 2007). Alguns municípios criaram unidades de atendimento, Unidades da Saúde de Família (USF), localidade onde as equipes prestam serviços. Mesmo com as novas políticas de saúde elaboradas, o Programa de Saúde de Família persiste atuante no nível primário de atendimento de saúde.

Em 2002-2003, o governo federal criou a Política Nacional de Atenção às Urgências. Tal política visa o atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar,

como também a criação de uma regulação para o transporte dos pacientes, direcionando-os para as unidades competentes. Com a denominação de SAMU, os municípios adquiriram ambulâncias com suporte básico e avançado de vida. A primeira é constituída de ambulância com motorista e profissional de enfermagem. A segunda trata-se de uma viatura com motorista, profissional médico e de enfermagem. Por meio de uma central de atendimento de ligações de urgência/emergência, instituído nacionalmente de 192, a população consegue receber orientação em relação à ocorrência como também solicitar uma ambulância específica para o tipo de atendimento. O SAMU também possibilita que o município organize o transporte de paciente entre suas unidades de saúde (BRASIL, 2003a).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1864/GM, de 29 de setembro de 2003, institui os direitos e deveres dos municípios em relação à elaboração e funcionamento do SAMU. As ambulâncias são adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes e de um veículo de suporte avançado de vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes (BRASIL, 2003b).

Conforme Brasil (2013b), dependendo das características de cada região, também existem as unidades aeromédicas, motolâncias e veículos de intervenção rápida. Os municípios com o SAMU instituído devem respeitar os critérios descritos na portaria para adquirirem a classificação de habilitadas e qualificadas. Também devem repassar as informações estatísticas ao governo federal em relação ao funcionamento e de suas necessidades para poder obter novas ou trocar viaturas. O financiamento ocorre da seguinte maneira:

1. Para adquirir equipamentos, construção e ampliação das unidades: R\$ 216.000,00 para municípios de população de até 350.000 habitantes, R\$ 350.000,00 para municípios de 350.001 a 3.000.000 habitantes e R\$ 440.000,00 para municípios de mais de 3.000.000 habitantes.
2. Para manutenção das equipes: R\$ 13.125,00 por mês por Equipe de Suporte Básico habilitada, R\$ 21.919,00 por mês para Equipe de Suporte Básico habilitada e qualificada, R\$ 38.500,00 por mês por Equipe de Suporte Avançado, Equipe Aeromédica e Veículo de Intervenção Rápida habilitados e R\$ 48.221,00 por mês por Equipe de Suporte Avançado,

Equipe Aeromédica e Veículo de Intervenção Rápida habilitados e qualificados.

3. O repasse mensal para as unidades de regulação são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Valores de repasse do Ministério da Saúde aos municípios às centrais de regulação instituídas

Número de Habitantes	Repasse mensal para centrais habilitadas em R\$	Repasse mensal para centrais habilitadas e qualificadas em R\$
Até 350.000	42.000,00	52.605,00
350.001 a 700.000	68.600,00	85.921,50
700.001 a 1.500.000	89.600,00	112.224,00
1.500.001 a 2.000.000	110.600,00	138.526,50
2.000.001 a 2.500.000	131.600,00	164.829,00
2.500.001 a 3.000.000	152.600,00	191.131,50
3.000.001 a 3.750.000	173.600,00	217.434,00
3.750.001 a 4.500.000	194.600,00	243.736,50
4.500.001 a 5.250.000	215.600,00	270.039,00
5.250.001 a 6.000.000	236.600,00	296.341,50
6.000.001 a 7.000.000	257.600,00	322.644,00
7.000.001 a 8.000.000	278.600,00	348.946,50
8.000.001 a 9.000.000	299.600,00	375.249,00
9.000.001 a 10.000.000	320.600,00	401.551,50
Acima de 10.000.001	341.600,00	427.854,00

Fonte: BRASIL (2013b)

Em 2011, o governo federal formulou a criação das UPA 24 horas como política pública de atendimento de urgência e emergência complementando o PSF e o SAMU. Por meio da Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a), estabelece-se os conceitos e as características das unidades supracitadas. Em relação aos conceitos:

1. A UPA 24 horas é o estabelecimento de saúde com complexibilidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências;

2. As UPA 24 horas devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco;
3. As ações a serem desenvolvidas constatarão no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e suas diretrizes desenvolvidas pelo MS.

Por meio da Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014), houve a atualização das características, sendo:

1. Atendimento por 24 horas, acolher à procura espontânea dos pacientes, utilizar o processo de Acolhimento com Classificação de Risco, utilizar protocolos de atendimentos clínicos/patológicos, possuir equipes multiprofissionais, integrar a Rede Básica de Saúde e os PSF com o SAMU, prestar apoio diagnóstico e terapêutico com exames, possibilidade de estabilizar pacientes como mantê-los em observação por até 24 horas, prover encaminhamento para outras unidades de saúde respeitando a hierarquização da rede;
2. As UPA 24 horas, são classificadas em 3 diferentes portes, de acordo com o Município Sede, a capacidade instalada (área física), número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e capacidade diária de realizar atendimentos médicos (Quadro 2);
3. A composição da equipe médica, de acordo com as especialidades, deverá contemplar o Plano de Ação Regional de forma que seja garantido o atendimento de urgência e emergência, inclusive pediátrica, no conjunto de serviços de urgências de 24 horas da rede de atenção à saúde;
4. O incentivo financeiro provém do governo federal dependendo tratar-se de uma UPA 24h, UPA 24h Nova e UPA 24h Ampliada.

A última atualização referente aos valores repassados pelo governo federal ocorreu por meio da Portaria nº 10, de 03 de janeiro de 2017. Em relação a UPA Nova, os valores destinados para edificação, mobiliário, materiais e equipamentos são: UPA Porte I de R\$ 2.200.000,00, UPA Porte II de R\$ 3.100.000,00 e UPA Porte

III de R\$ 4.000.000,00. A UPA Ampliada terá incentivo financeiro de acordo com os projetos apresentados a Secretaria de Atenção à Saúde vinculada ao MS (BRASIL, 2017).

Quadro 2 – Definição dos portes aplicáveis às UPA 24h

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24H	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 7HS ÀS 19HS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS 19HS ÀS 7HS	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	Média de 150 pacientes	2 médicos	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	Média de 250 pacientes	4 médicos	2 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	Média de 350 pacientes	6 médicos	3 médicos	15 leitos

Fonte: BRASIL (2014)

As UPA 24 horas podem ser complementadas com os recursos e as necessidades do município requerente. Existem serviços com especialidades de obstetrícia e ortopedia para suplementar a ausência de um serviço hospitalar primário, por exemplo. Há também unidades vinculadas, até no mesmo espaço físico, há ambulatórios de especialidades diversas como oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia etc. Na tentativa de integrar a rede básica de saúde, os municípios, junto com o suporte do governo federal, tentam seguir as políticas públicas de urgência e emergência.

A última ação realizada pelo governo federal para tentar suprir a carência de profissionais médicos nas diversas regiões do país foi o Programa Mais Médicos. Tal programa foi constituído pela lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013a). Nesta lei, o governo federal estipula as diretrizes necessárias para a criação e manutenção dos cursos de medicina no Brasil, visando um aumento na formação de profissionais médicos no país. Na mesma Lei se determina quais médicos que poderão participar do programa: médicos formados no Brasil, médicos estrangeiros com diploma validado em uma Instituição de Ensino Superior no Brasil e médicos estrangeiros com diploma validado para exercer a profissão em países exteriores (por meio de intercâmbio médico internacional). Para estes profissionais médicos

estrangeiros intercambistas foram realizados cursos em universidades brasileiras, com a intenção de aperfeiçoamento para melhor adequação aos costumes e necessidades do país.

O Programa Mais Médicos determina que o profissional médico tenha uma carga horária estipulada de 40 horas semanais e honorário de R\$ 10.513,01 mensais. Todos os participantes passam por avaliações periódicas. Os médicos estrangeiros intercambistas adquirem um visto de aperfeiçoamento do trabalho médico com validade de 3 anos com possibilidade de renovação pelo mesmo período. Estes profissionais não são registrados pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) da região onde irão trabalhar e sim pelo MS por meio de um Registro do Ministério da Saúde (RMS). Tal registro autoriza apenas exercer a profissão em UBS registradas pelo programa. Sem um CRM, o profissional estrangeiro não consegue realizar atendimento em hospitais e/ou unidades particular. Os municípios participantes realizam um requerimento ao Ministério da Saúde em relação à quantidade de médicos do programa de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2013a).

Após a implementação do SUS, o governo federal procurou elaborar diferentes políticas públicas para conseguir atender todas as regiões do país. Devido à diversidade da população brasileira, as medidas criadas acabam se complementando, adequando-se para cada região específica. Em certas situações, um programa é mais eficaz para a região Norte e Nordeste, porém não se enquadra muito para outros centros como o Sul e Sudeste. Assim, as políticas criadas possuem um caráter evolutivo/somatório e não substitutivo.

2.4 A EPIDEMIOLOGIA E O ATENDIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

As estatísticas de mortalidade no Brasil mostram que, até 1940, havia um nítido predomínio das doenças infecciosas e parasitárias como principal causa de morte (43,5% do total de óbitos). As doenças do aparelho circulatório correspondiam a 14,5% e as neoplasias malignas a apenas 3,9% dos óbitos com causa definida. Trinta anos depois, em 1970, as doenças do aparelho circulatório já surgiam como a primeira causa de mortalidade (24,8%); as doenças infecciosas e parasitárias como a segunda (15,7%) e as neoplasias malignas como a terceira (9,7%). Dados de 1986

mostram que as Doenças do Aparelho Circulatório já eram responsáveis por 33,5% dos óbitos, vindo em segundo lugar as Causas Externas (14,85%) e, em terceiro lugar, as Neoplasias Malignas (11,9%) (ARAUJO, 2012). Estatísticas do ano de 2004 evidenciam as Doenças do Aparelho Circulatório em primeiro lugar, com mortalidade de 31,8%, seguido das Neoplasias Malignas com 15,7% e em terceiro lugar as Causas Externas, com mortalidade de 14,2% (BRASIL, 2011b).

No país há uma disparidade entre as regiões Sul, Sudeste e Nordeste, que representam os extremos em termos de indicadores econômicos e de saúde, pois há regiões com padrões comparáveis aos dos países desenvolvidos e regiões com índices financeiros e de mortalidade comparáveis aos dos países mais pobres do hemisfério sul (MONTEIRO NETO, 2014). Existe ainda a polarização social que se manifesta pelos desníveis nos indicadores de mortalidade e morbidade entre diferentes grupos populacionais, dentro de uma mesma região, estado ou cidade. Ela é uma expressão das desigualdades de renda, da carência, de alimentação, moradia, saneamento, educação e, também, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (ARAUJO, 2012).

Considerando os cenários desfavoráveis existentes no Brasil para implantação de políticas de saúde pública, na sequência serão citadas as dificuldades enfrentadas pelos gestores da saúde pública no país.

O primeiro contexto desfavorável é o da luta em duas frentes: o Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que enfrenta a batalha contra doenças infectocontagiosas, como a cólera, a dengue, a AIDS e as antigas e ainda persistentes endemias (malária, esquistossomose, doença de Chagas, hanseníase, entre outras), não pode negligenciar o problema dos novos agravos, cuja incidência aumenta ano a ano e cujas taxas de mortalidade ocupam os primeiros lugares.

As doenças cardiovasculares podem ser prevenidas e isso já foi demonstrado nas três últimas décadas nos Estados Unidos e na Europa. Contudo, no Brasil, ainda há a necessidade de promoção da saúde (combate ao fumo, estímulo ao exercício físico, restrição de sal e de gorduras saturadas na alimentação) e de medidas simples de prevenção secundária (diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão e profilaxia da febre reumática), que podem e devem ser incorporadas na rotina da atenção primária à saúde no SUS (LESSA et al., 2004; BRASIL, 2010b).

No caso das neoplasias malignas, o MS tenta realizar uma maior atuação no sentido de informar a população dos fatores de riscos como também de medidas de prevenção para diminuir a incidência e prevalência destas patologias. Em alguns tipos de neoplasia, pode-se incorporar facilmente à rotina do SUS exames simples e de baixo custo, como por exemplo, exame de toque retal, ensinamento da autoavaliação da mama, realização de Papanicolau, entre outros (BRASIL, 2006a). Já a questão das causas externas (particularmente as mortes por acidentes de trânsito e homicídios), embora o problema transcenda os limites do setor saúde, cabe aos epidemiologistas dar o alerta para a gravidade crescente da questão social (MALTA et al., 2007).

O segundo desafio, pontuado por Araújo (2012), é o da equidade. Consiste tanto em equidade entre indivíduos, como entre as regiões. As disparidades dos índices de morbidade e mortalidade entre diferentes grupos sociais refletem não apenas a conhecida relação entre pobreza e doença, mas também um aspecto negativo do nosso sistema de atenção à saúde: a dificuldade de acesso a serviços eficazes de saúde por parte das camadas mais desfavorecidas da população, em flagrante desobediência ao preceito constitucional do direito à saúde.

As desigualdades regionais são uma extensão geográfica dos desníveis sociais. Aos serviços públicos, particularmente aos serviços de saúde, caberia, em tese, um papel redistribuidor, de corrigir ou atenuar os desníveis regionais, exatamente o contrário do que vem sucedendo no país, onde a distribuição regional dos serviços e dos recursos humanos na área de saúde é significativamente desigual.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Neste capítulo apresenta-se o contexto metodológico que foi utilizado para o desenvolvimento dessa dissertação.

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de caráter retrospectivo, que utilizou como método a pesquisa documental, com abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva consiste em ilustrar as características de determinadas populações ou fenômenos (OLIVEIRA, 2011). No presente estudo, tais características foram representadas por dados de saúde da população de Hortolândia/SP, por meio do número de atendimentos e seus diagnósticos.

A abordagem quantitativa do estudo é utilizada com a finalidade de analisar estatisticamente os dados coletados. De acordo com Turato (2005), a análise de variáveis quantitativas pode demonstrar indicadores e tendências observáveis de certa população estudada.

A pesquisa documental se restringe a análise de dados coletados, estatísticas, também chamada de pesquisa bibliográfica. Pode-se referir ao local onde os dados serão coletados ou alude-se à fonte de dados documentais ou campo (APPOLINÁRIO, 2009).

O estudo retrospectivo consiste em descrever elementos do passado, com a determinação de um período certo, anterior ao momento presente (HOCHMAN et al., 2005). Assim, tem o recorte transversal, onde os resultados da situação de saúde de uma população ou comunidade são “instantâneos” com base na avaliação do estado de saúde de cada um dos membros do grupo ou determinando indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

De acordo com Rouquayrol (1994) e Bordalo (2006), a pesquisa transversal é o estudo epidemiológico onde fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, se tornando um dos mais empregados pelos pesquisadores. Por fim, a pesquisa transversal consegue investigar “causa” e “efeito” de maneira simultânea e averiguar a associação existente entre a exposição e a doença, o que reforça a

necessidade de se conhecer suas principais características, vantagens e desvantagens (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Hortolândia, no interior do estado de São Paulo, pertence à Mesorregião e Microrregião da cidade de Campinas, a noroeste da capital do estado. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2017), a cidade possuía em 2016 uma população estimada de 219.039 habitantes.

Historicamente, Hortolândia/SP surge entre os séculos XVIII e XIX, nas terras conhecidas na época, como bairro Jacuba que significa “água quente” em tupi-guarani (IBGE, 2017).

Em 1872, o local passa a integrar o caminho dos trens, já inaugurado com a estação ferroviária de Campinas. Somente em 1917, a Estação Jacuba é instalada. Em 1947, surge o empreendimento denominado Parque Ortolândia, pertencente a João Ortolan (IBGE, 2017).

O nome Hortolândia é adotado mais tarde, em 1958. Na década de 1980, há um expressivo crescimento local com a instalação de indústrias atraídas pelo incentivo fiscal, que impulsionaram o movimento de emancipação e de autonomia política, em 19 de maio de 1991 (PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA, 2015).

Conforme dados do mapa de pobreza e desigualdade dos municípios brasileiros (2003) (Figura 1), a incidência da pobreza em Hortolândia/SP está estimada em 24,01% da população com um Índice de Gini¹ de 0,37 (CERIANE; VERME, 2012). De acordo com o jornal Folha (2016), a respectiva cidade possui característica de município eficiente. Sua colocação no *ranking* de eficiência é no 986º lugar entre os municípios do Brasil. No mesmo artigo, há o relato de uma taxa de 78,3% na cobertura do saneamento básico, 68,2% na área da educação e 26,2%

¹ O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA, 2004).

no setor de segurança pública. O índice de homicídios no ano de 2014 foi superior à média do estado de São Paulo.

Hortolândia possui mais de 500 indústrias, 2.881 prestadores de serviço atuando no município. Conta ainda com 02 hospitais, 37 estabelecimentos de saúde único, 02 prontos-socorros, 03 parques socioambientais, 260 escolas, 01 universidade, 03 faculdades, 02 bibliotecas municipais, 09 hotéis e 10 restaurantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA, 2015).

No Quadro 3 é apresentado o mapa de pobreza e desigualdade do município de Hortolândia de 2003 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003.

Quadro 3 – Mapa de pobreza e desigualdade do município de Hortolândia/SP (2003)

Indicador	Valor
Incidência da Pobreza	24,01%
Limite Inferior	17,16%
Limite Superior	30,87%
Incidência da Pobreza Subjetiva	18,48%
Limite Inferior	16,40%
Limite Superior	20,57%
Índice de Gini	0,37
Limite Inferior	0,35
Limite Superior	0,39

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Cidades (2017)

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada compreende os habitantes da cidade de Hortolândia/SP que frequentam as unidades de saúde do município. Tais unidades realizam a quantificação e a qualificação dos atendimentos prestados à população e enviam os resultados à Secretaria Municipal de Saúde. A quantificação consiste no número absoluto de atendimentos realizados, compreendendo a identificação das patologias, utilizando-se da Classificação Internacional de Doença (CID – 10).

A cidade de Hortolândia/SP possui 5 UBS, 12 USF, 3 UPA e o Hospital Municipal Maternidade Mário Covas. No contexto do SUS, as UPA relacionadas consistem em duas unidades porte I e uma porte II. O Hospital Municipal Maternidade Mário Covas que realiza pronto atendimento à população, recebe

pacientes das UPA como referência de internação clínica e/ou cirúrgica, além de prestar assistência à maternidade e pediatria. O hospital possui característica de atendimento de nível primário, porém realiza alguns atendimentos de nível secundário devido à falta de suporte dos hospitais estaduais. O município de Hortolândia/SP possui 91 leitos SUS, sendo 62 leitos do hospital e 29 leitos das UPA.

A população estudada compreendeu todos os pacientes, atendidos nos prontos atendimentos (UPA e HMMMC), nas UBS e nas USF, no período de janeiro a dezembro de 2015, totalizando 979.573 atendimentos.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados para este estudo foi realizada por meio da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Hortolândia, estado de São Paulo. Os dados foram obtidos junto ao setor de planejamento por meio de arquivo digital.

Os dados foram encaminhados ao pesquisador no prazo determinado, mês de julho de 2016, pela Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia/SP. Informações complementares em relação à cidade e alguns resultados epidemiológicos foram consultados nos *sites* dos institutos governamentais brasileiros como IBGE, Departamento de Informática do SUS (DATASUS) TABNET.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados utilizando a metodologia quantitativa com o uso do *software* Excel 2012 da empresa *Microsoft Corporation*. Os dados foram prioritariamente avaliados de forma descritiva, observando-se os números absolutos de atendimentos e comparando-os entre as unidades de saúde. Também foi observada a prevalência dos diagnósticos encontrados entre as unidades de saúde da cidade de Hortolândia/SP.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O tipo de abordagem desenvolvida nesta pesquisa se classifica como sem risco, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a condução de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os procedimentos realizados preservaram os seguintes princípios da bioética: beneficência, por meio da proteção dos sujeitos da pesquisa contra danos físicos e psicológicos; respeito à dignidade humana, estando o mesmo livre para controlar suas próprias atividades, inclusive, de sua participação neste estudo; e justiça, pois será garantido o direito de privacidade, por meio do sigilo e sua identidade.

Para realização da pesquisa foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia/SP (Apêndice II), sendo a solicitação deferida pelo secretário municipal de saúde do referido município assinando o próprio documento de solicitação, autorizando a pesquisa, em 13 de junho de 2016 (Apêndice II). Os pesquisadores responsáveis atenderam aos aspectos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), enviando o projeto para ser submetido à avaliação e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (Apêndice III), sendo aprovado sob parecer número 1.669.509, em 09 de agosto de 2016 (Anexo A).

Não houve situação de risco ao participante, com preservação do anonimato e atendimento ao aspecto ético. Os dados consultados serviram apenas à pesquisa a partir da autorização da Secretaria Municipal da Saúde de Hortolândia/SP e parecer favorável do CEP consultado.

Enfatizam-se os benefícios do estudo para os usuários e população, em geral, uma vez que esta investigação pode nortear atendimentos mais específicos e melhora da qualidade de vida desses indivíduos, por meio de prestação de serviços de saúde adequados à sua realidade.

3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO E ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo com os mesmos propósitos e, por fim, apresentando superioridade metodológica. As situações pontuadas não ocorreram, permitindo a realização de todas as etapas propostas no estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo de resultados e discussão está dividido em duas seções, sendo a primeira seção referente a análise dos dados coletados e a segunda a apresentação das ações estratégicas que foram elaboradas considerando a análise dos dados.

4.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS

Os resultados obtidos em relação ao número de atendimento das diferentes unidades pesquisadas são apresentados no Quadro 4 com os valores distribuídos por mês do ano de 2015.

A primeira observação atentada neste estudo consiste em um grande número de atendimentos em todas as unidades relatadas em relação ao número de habitantes do município de Hortolândia/SP. Algumas considerações podem ser levantadas:

1. A cidade de Hortolândia/SP fica na região metropolitana de Campinas, grande polo industrial que possui vários funcionários de outras cidades que acabam utilizando o serviço de saúde do município.
2. As cidades vizinhas, Monte Mor/SP, Sumaré/SP e periferia de Campinas/SP, possuem um sistema de saúde mais carente em relação ao município de Hortolândia/SP. Assim, os habitantes destas cidades procuram atendimento tanto no sistema ambulatorial como também no setor de urgência e emergência.
3. Ainda não há um sistema informatizado universal dos atendimentos em todas as unidades. Alguns locais coletam os dados manualmente que são agrupados pela coordenação para repassar para a Secretaria de Saúde. Assim, há maior chance de sobreposição do número de atendimento como também das anotações dos diagnósticos.

Quadro 4 – Números de atendimentos nas unidades da cidade de Hortolândia referente ao ano de 2015.

NÚMERO DE ATNDIMENTOS	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	mai/15	jun/15	jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15	TOTAL	% do Total
USF SÃO JORGE	793	1.130	1.348	1.725	1.267	207	491	895	1.065	1.047	1.010	52	11.030	1,13%
USF AMANDA	587	301	385	429	413	466	134	149	551	257	68	36	3.776	0,39%
USF SAO SEBASTIÃO	345	239	232	575	317	254	119	89	535	399	357	188	3.649	0,37%
USF SANTA ESMERALDA	539	677	593	732	676	883	422	361	453	545	445	261	6.587	0,67%
USF TAQUARA BRANCA	350	291	295	381	334	543	381	399	355	177	224	291	4.021	0,41%
USF PARQUE DO HORTO	883	1.149	1.821	1.644	1.511	1.781	476	854	804	903	912	587	13.325	1,36%
USF SÃO BENTO	175	176	285	273	235	315	83	50	580	368	437	321	3.298	0,34%
USF SANTIAGO	131	164	126	53	34	67	60	100	117	391	315	79	1.637	0,17%
USF ORESTE ONGARO	498	451	624	594	694	940	586	139	209	386	390	311	5.822	0,59%
USF ADELAIDE	334	410	377	487	401	441	209	226	273	266	16	107	3.547	0,36%
USF CAMPOS VERDES	596	959	1.152	960	902	673	297	397	630	742	552	420	8.280	0,85%
USF NOVA EUROPA	26	53	217	158	206	274	303	204	27	21	35	19	1.543	0,16%
UBS DOM BRUNO GANBERINI	27.614	23.169	31.052	29.493	24.044	23.278	20.858	25.167	22.317	22.935	20.687	20.957	291.571	29,77%
UBS ROSOLÉM	1.764	1.653	2.198	1.589	1.608	2.020	1.512	1.681	1.749	1.742	1.322	1.043	19.881	2,03%
UBS SANTA CLARA	2.294	1.988	2.813	2.428	2.354	2.455	3.329	5.830	4.550	2.569	3.443	2.008	36.061	3,68%
UBS NOVO ÂNGULO	1.863	1.835	2.106	2.013	1.966	2.432	2.433	2.468	2.268	1.899	1.992	1.586	24.861	2,54%
UBS AMANDA	3.277	3.311	4.176	3.637	3.463	4.381	4.044	6.879	4.078	4.604	4.313	802	46.965	4,79%
UPA AMANDA	3.066	4.925	8.593	8.740	7.370	7.178	6.733	7.400	5.724	7.395	6.578	6.291	79.993	8,17%
UPA NOVA HORTOLÂNDIA	10.033	9.571	15.489	14.468	13.620	11.724	10.380	11.076	10.364	10.050	9.766	9.895	136.436	13,93%
UPA ROSOLÉM	4.620	2.334	4.921	6.593	8.568	8.185	6.970	7.263	6.915	6.538	6.370	6.750	76.027	7,76%
HMMMC	15.336	15.457	20.993	22.763	18.298	12.612	15.066	16.254	16.235	17.031	16.172	15.046	201.263	20,55%
TOTAL	75.124	70.243	99.796	99.735	88.281	81.109	74.886	87.881	79.799	80.265	75.404	67.050	979.573	100%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia/SP (2015)

Na comparação entre as diferentes unidades, pode-se observar que a UBS Dom Bruno Gamberini foi a unidade de saúde do município que mais realizou atendimentos no referido período, 29,77% dos atendimentos anual, seguida do HMMMC, 20,55%, as duas unidades de saúde foram responsáveis por 50,32%, ou seja, mais da metade dos atendimentos anual. Já era esperado que o HMMMC concentrasse a maioria dos atendimentos, pois é o local onde está o pronto socorro da cidade. Unidade esta que também possui a disponibilidade de realizar exames SADT com entrega de resultado imediato, atraindo a maioria da população. Em relação a UBS Dom Bruno Gamberini, sua localização no centro da cidade facilita o acesso da população.

No mesmo local físico da UBS Dom Bruno Gamberini, situa-se a UBS e a UPA Nova Hortolândia. Assim, vários procedimentos do pronto atendimento são direcionados à atenção primária de saúde com mais eficiência e facilidade. A Secretaria Municipal de Saúde também informou que algumas estatísticas do pronto atendimento e do atendimento ambulatorial desta unidade foram agrupadas devido à coordenação ser centralizada e da falta de um sistema informatizado na época.

A USF Nova Europa e USF Santiago foram as unidades de saúde que menos realizaram atendimentos no ano de 2015, 0,16% e 0,17% respectivamente. Além de serem localizadas mais na periferia de Hortolândia/SP, nos seus respectivos bairros, Jardim Nova Europa e Jardim Santiago, há duas grandes empresas metalúrgicas nestas regiões. São elas: a CAF do Brasil, especializada na produção de vagões metroviários e ferroviários e a Mecalux Estantes Metálicas. Configuram bairros industriais com menor número de habitantes, justificando o menor número de atendimento das unidades.

As USF, em comparação as UBS, apresentaram um menor número de atendimento. A característica das USF consiste em formação de equipes de saúde multidisciplinares para o atendimento tanto nas unidades físicas com também para a realização do Programa Atendimento Domiciliar (PADO), política essa assim denominada no município de Hortolândia/SP. A quantidade de atendimentos domiciliares programada para um dia é limitada, sem contar que o tempo gasto por atendimento é muito superior ao de uma consulta. Assim, pode-se esperar que tais unidades realizem uma quantidade menor de atendimento.

As USF dos bairros do Parque do Horto e São Jorge merecem destaque em relação ao maior número de atendimento em comparação as outras USF, 1,36% e 1,13% respectivamente. Localizadas na região central da cidade, absorvem bairros ao redor que não possuem USF. Entre as UBS, a unidade Dom Bruno Gamberini teve um número de atendimentos muito superior às outras UBS, devido ao motivo já explicado anteriormente. Das UBS restantes, a localizada no bairro Jardim Amanda apresentou superioridade no número de atendimentos, 4,79%, pois está localizada em um bairro populoso, porém isolado.

Nos resultados encontrados entre as UPA 24h, a UPA Nova Hortolândia teve um maior número de atendimento em relação às outras UPA, com 13,93% dos atendimentos. As UPA do Amanda e Rosolém apresentaram número de atendimentos próximos, 8,17% e 7,76%. O HMMMC apresentou superioridade no número de atendimentos de urgência, 20,55%, em comparação as outras unidades de pronto atendimento.

No Quadro 5 são demonstrados os resultados obtidos do número total de atendimento das unidades ambulatoriais, as USF e UBS, em relação às unidades de urgência, as UPA 24h e o HMMMC, durante o ano de 2015.

Evidencia-se que não houve diferença significativa entre o número total de atendimentos realizados nas unidades ambulatoriais em comparação as unidades de urgência, 49,60% e 50,40% respectivamente. Transportando os resultados para as unidades individualmente, os serviços de urgência realizaram maior número de atendimentos, com exceção da UBS Dom Bruno Gamberini. Como são dezessete unidades ambulatoriais em comparação a quatro unidades de urgência, o número do total de atendimento entre ambos foi semelhante em 2015.

No Gráfico 1 é demonstrado o perfil dos atendimentos nas unidades ambulatoriais e de urgência durante o ano de 2015. Um dado interessante encontrado consiste em um maior número do total de atendimentos nos meses de março, abril, maio e junho de 2015. Isto se deve porque a cidade de Hortolândia/SP teve uma epidemia de casos de dengue neste período, como no restante do país (GLOBO, 2016).

A dengue tem comportamento sazonal com aumento dos casos no período de chuva, devido ao seu transmissor, o *Aedes aegypti*. A procura por atendimentos de urgência nesta epidemia foi comprovada pelo maior número encontrado nos meses

de abril e maio de 2015 em comparação ao número de atendimentos ambulatoriais.

Nos meses de janeiro, fevereiro, julho e agosto de 2015 houve uma maior procura por atendimentos ambulatoriais em comparação aos atendimentos de urgência. Nestes períodos do ano, o município de Hortolândia/SP realiza a disponibilização das novas vagas para o atendimento ambulatorial das UBS e USF.

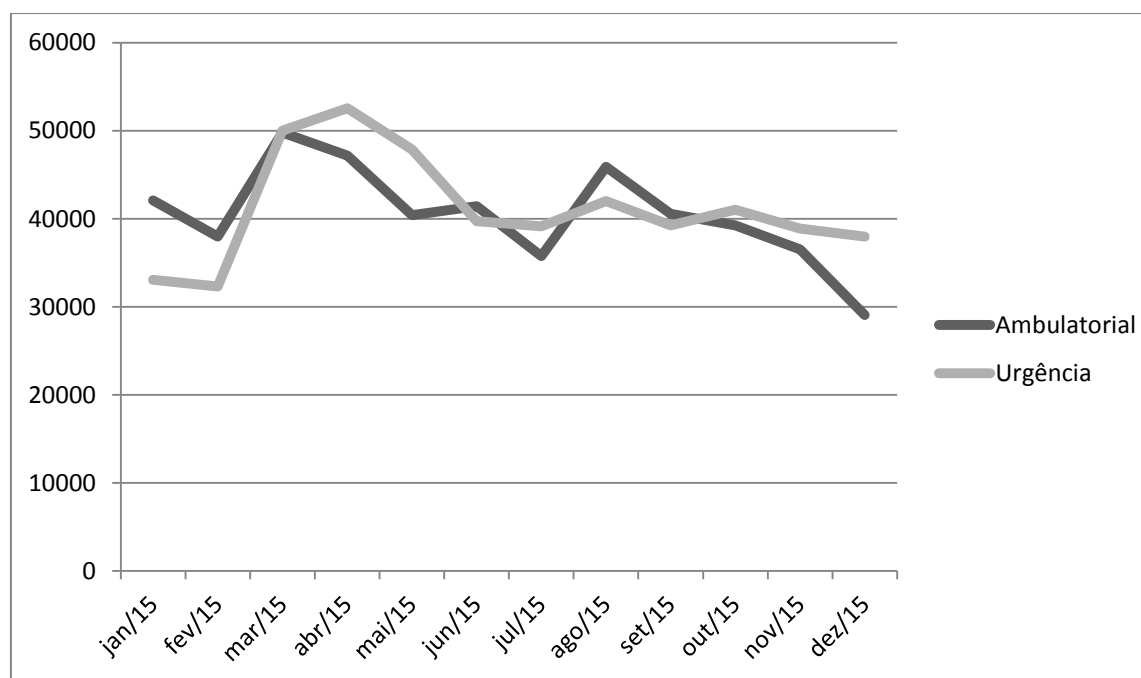
Apesar dos resultados encontrados demonstrarem certa uniformidade na comparação do atendimento ambulatorial e o de urgência, a cidade de Hortolândia/SP enfrenta algumas dificuldades semelhantes no restante do país para instituir as políticas de saúde pública estipuladas pelo SUS. Devido à falta de unidades de assistência à saúde nos níveis secundário e terciário, o município depende dos centros urbanos maiores para poder encaminhar seus pacientes com patologias mais complexas. Com isso, existe uma fila de espera considerável para realização de exames e procedimentos especializados ou cirurgias de grande porte. A rede ambulatorial de Hortolândia, apesar de mostrar-se bem estruturada, possui dificuldades na aquisição de profissionais com diferentes especialidades para poder atender a demanda da população. As unidades de atendimento de urgência, também sofrem com períodos de carência de profissionais médicos como a falta de material. O município de Hortolândia/SP apresenta boa capacitação em absorver a demanda dos pacientes que procuram as unidades de saúde, contudo é preciso ganhar território na qualidade dos serviços prestados.

No Quadro 6 expressa-se os resultados da porcentagem dos diagnósticos encontrados nas diferentes unidades no ano de 2015. O cálculo desta porcentagem consiste na relação do número de atendimentos da doença específica com o número total de atendimentos da respectiva unidade de saúde. O quadro traz as doenças de maior prevalência no município como também patologias de notificação obrigatória para o MS.

Quadro 5 - Relação dos atendimentos em unidades de urgência e emergência e unidades ambulatoriais.

Número de atendimentos	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	mai/15	jun/15	jul/15	ago/15	set/15	out/15	nov/15	dez/15	Total	% do Total
Ambulatorial	42.069	37.956	49.800	47.171	40.425	41.410	35.737	45.888	40.561	39.251	36.518	29.068	485.854	49,60%
Urgência	33.055	32.287	49.996	52.564	47.856	39.699	39.149	41.993	39.238	41.014	38.886	37.982	493.719	50,40%
Total	75.124	70.243	99.769	99.735	88.281	81.109	74.886	87.881	79.799	80.265	75.404	67.050	979.573	100%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia/SP (2015)

Gráfico 1: Gráfico linear comparando os atendimentos ambulatoriais com os atendimentos de urgência e emergência.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia/SP (2015)

Quadro 6 - Porcentagem dos diagnósticos encontrados nas unidades pesquisadas durante o ano de 2015.

DIAGNÓSTICOS CID - 10/ UNIDADE DE ATENDIMENTO	F 10	B 57	F 79	E 10 E 11	G 40	I 10	A 30	B 51	A 15	A 90	J 11	Z 34
USF SÃO JORGE	0,27%	0,09%	0,30%	2,43%	0,33%	6,68%	0,02%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	2,12%
USF AMANDA	0,20%	0,10%	0,32%	3,37%	0,08%	11,87%	0,06%	0,00%	0,00%	0,06%	0,00%	1,10%
USF SAO SEBASTIÃO	0,21%	0,10%	0,72%	3,04%	0,25%	10,79%	0,00%	0,00%	0,02%	0,22%	0,00%	1,65%
USF SANTA ESMERALDA	0,61%	0,00%	0,20%	3,32%	0,27%	13,76%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,43%
USF TAQUARA BRANCA	0,07%	0,00%	0,48%	2,14%	0,34%	8,07%	0,07%	0,00%	0,07%	0,07%	0,00%	0,30%
USF PARQUE DO HORTO	0,24%	0,06%	0,61%	2,95%	0,16%	8,80%	0,03%	0,00%	0,01%	0,65%	0,00%	2,05%
USF SÃO BENTO	0,33%	0,03%	0,50%	2,45%	0,19%	8,75%	0,06%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,99%
USF SANTIAGO	0,12%	0,07%	0,30%	2,98%	0,10%	8,40%	0,02%	0,00%	0,03%	0,07%	0,00%	1,98%
USF ORESTE ONGARO	0,14%	0,07%	0,35%	3,74%	0,63%	10,15%	0,00%	0,00%	0,00%	0,17%	0,00%	1,56%
USF ADELAIDE	0,20%	0,00%	0,10%	3,12%	0,10%	6,73%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%
USF CAMPOS VERDES	0,25%	0,11%	0,70%	3,91%	0,09%	10,52%	0,02%	0,00%	0,00%	0,14%	0,00%	1,23%
USF NOVA EUROPA	0,07%	0,07%	0,21%	3,56%	0,07%	9,86%	0,11%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,49%
UBS DOM BRUNO GANBERINI	0,25%	0,03%	0,15%	6,13%	0,22%	11,57%	0,00%	0,00%	0,01%	21,39%	0,00%	1,58%
UBS ROSOLÉM	0,45%	0,04%	0,17%	4,45%	0,08%	9,15%	0,00%	0,00%	0,00%	16,22%	0,00%	1,75%
UBS SANTA CLARA	0,17%	0,25%	0,47%	4,24%	0,20%	12,52%	0,03%	0,00%	0,00%	1,23%	0,00%	0,56%
UBS NOVO ÂNGULO	0,15%	0,08%	0,38%	2,56%	0,08%	8,97%	0,00%	0,00%	0,01%	0,11%	0,00%	1,32%
UBS AMANDA	0,20%	11,00%	0,31%	4,00%	0,10%	12,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,40%	0,00%	1,23%
UPA AMANDA	0,60%	0,08%	0,45%	5,65%	0,56%	11,98%	0,00%	0,00%	0,00%	8,84%	0,00%	1,52%
UPA NOVA HORTOLÂNDIA	0,48%	0,05%	0,11%	3,60%	0,24%	9,63%	0,00%	0,00%	0,01%	0,60%	0,00%	1,98%
UPA ROSOLÉM	0,13%	0,01%	0,25%	2,98%	0,15%	8,93%	0,01%	0,00%	0,00%	0,27%	0,00%	1,53%
HMMC	0,55%	0,00%	0,07%	1,16%	0,01%	3,32%	0,00%	0,00%	0,02%	33,99%	0,03%	32,65%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia/SP (2015)

Legendas: F 10: Alcoolismo, B 57: Doença de Chagas, F 79: Deficiência Mental, E 10 e E 11: Diabetes *Mellitus*, G 40: Epilepsia, I 10: Hipertensão Arterial Sistêmica, A 30: Hanseníase, B 51: Malária, A 15: Tuberculose, A 90: Dengue, J 11: Influenza (H1N1), Z 34: Gestação/Partos.

A incidência da HAS e do DM foi maior em comparação as outras patologias em todas as unidades de saúde do município de Hortolândia/SP no ano de 2015. Este padrão acompanha a estatística comentada na revisão de literatura, sendo que atualmente há maior mortalidade devido as doenças cardiovasculares/metabólicas. As diferentes unidades absorveram de maneira semelhante os atendimentos de HAS e DM, com exceção do HMMMC. O ambiente hospitalar não tem como objetivo realizar tratamento e compensação de tais patologias crônicas. De acordo com o SUS, as UBS e USF são responsáveis pelo acompanhamento e pela prescrição de um tratamento contínuo.

O alcoolismo ainda representa um problema de saúde pública. Considerando os dados obtido por esse estudo, na cidade de Hortolândia/SP no ano de 2015, houve uma baixa incidência, porém, os indicadores são semelhantes aos de outras patologias, como por exemplo, a Epilepsia. As unidades de urgência, com exceção da UPA Rosolém, apresentaram uma maior porcentagem de atendimento desta patologia em comparação às outras unidades. As unidades ambulatoriais com maior número de atendimentos foram a USF Santa Esmeralda e UBS Rosolém. Os casos de internação são conduzidos para as unidades de urgência, principalmente para o HMMMC, para requerer a vaga em hospitais ou clínicas de reabilitação. Desta maneira, há um maior número de registros nestas unidades.

A Doença de Chagas apresentou uma baixa incidência do número de atendimento em 2015 em todas as unidades, com exceção da UBS Amanda. A Secretaria de Saúde do Município de Hortolândia/SP informou que em 2015 uma profissional de saúde concentrou os casos cardiológicos na UBS Amanda. Portanto, os casos de cardiopatia chagásica foram direcionados para esta unidade de saúde.

Os atendimentos de Deficiência Mental no ano de 2015 apresentaram padrão uniforme entre as unidades de saúde. As USF São Sebastião e Campos Verdes obtiveram os maiores números de atendimentos. O HMMMC apresentou a menor porcentagem de atendimento. Novamente ilustra-se a necessidade de tratamento crônico e ambulatorial dos pacientes portadores de Deficiência Mental, sendo o tratamento hospitalar apenas para as complicações. A porcentagem dos atendimentos da Epilepsia segue o mesmo padrão.

No ano de 2015, o município de Hortolândia/SP não apresentou registro de atendimento de casos de Malária. A porcentagem do número de atendimentos nos casos de Hanseníase e Tuberculose foi bem inferior em relação às outras patologias. A porcentagem do número de atendimentos nos casos de Dengue apresentou superioridade importante na UBS Dom Gamberini e no HMMMC. Ambos por serem responsáveis pelo maior número de atendimentos, tanto ambulatorial pelo primeiro, como atendimentos de urgência pelo segundo. No decorrido ano, houve poucos casos diagnosticados e tratados de Gripe Influenza H1N1, todos conduzidos no HMMMC.

A porcentagem do número de atendimentos a gestantes apresentou semelhança entre as unidades de saúde. O HMMMC teve superioridade na relação, pois é nesse local que se realiza os partos do município. As consultas de pré-natal são realizadas em unidades ambulatoriais, menos na USF Adelaide. Esta unidade possui atendimento ambulatorial de diversas especialidades, porém não tem atendimento ginecológico.

Um aspecto importante observado nestes resultados consiste na ausência de várias outras patologias não relacionadas nos dados cedidos pela Secretaria de Saúde de Hortolândia, isso acarreta a baixa porcentagem encontrada nas patologias relacionadas no Quadro 6. Outro aspecto também pertinente trata-se em generalizar o diagnóstico de Deficiência Mental (CID – F 79) em uma única estatística, já que se trata de uma patologia complexa com vertentes diferentes. Um viés a ser considerado é o processo de cadastrado dos diagnósticos, tanto do seu fornecimento pelo profissional de saúde como também da pessoa responsável pelo seu cadastramento no sistema de informação.

O município de Hortolândia/SP apresentou certo equilíbrio nos atendimentos prestados pelas suas unidades de saúde no ano de 2015. Com algumas exceções, as diferentes patologias ocorridas na cidade foram supridas de maneira suficiente e preconizada pelo SUS. Algumas unidades de USF e UBS, mesmo com carência do profissional médico, realizaram o acolhimento por meio de uma equipe multidisciplinar com profissionais como: auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro, e encaminharam o paciente para outra unidade de saúde capaz de absorver tal patologia. O município aparentemente consegue aplicar as políticas de saúde pública exigidas pelo governo federal.

4.2 AÇÕES ESTRATÉGICAS

Algumas ações estratégicas podem ser consideradas para a melhora da rede de saúde na cidade de Hortolândia/SP.

Em um primeiro momento, implantar um sistema de informação integrado, que permita a conexão interna e entre as UBS. Não se trata apenas de um sistema de informação para a troca de informações epidemiológicas das unidades com a secretaria municipal de saúde, que já existe no município. Constitui-se em implantar um sistema de gerenciamento capaz de armazenar os prontuários dos pacientes, com as informações de seus exames, seu histórico de consultas e o registro do diagnóstico no código CID 10. Assim, além de obter registros mais confiáveis para dados estatísticos, haveria a possibilidade do profissional de saúde ter o acesso completo aos dados daquele paciente que é encaminhado de uma unidade de saúde diferente.

Outra ação estratégica consiste em um melhor monitoramento no número de atendimentos de pacientes oriundos de outros municípios. Infelizmente, a assistência realizada nestes pacientes acaba sobrecarregando o sistema de saúde da cidade de Hortolândia/SP, sem contar o custo financeiro que acarreta para o município. Obtendo a informação da quantidade de atendimentos realizados, a prefeitura pode cobrar das cidades vizinhas o devido ressarcimento. Já existe um convênio com a cidade de Sumaré/SP e de Monte Mor/SP para o uso da infraestrutura hospitalar da cidade. Entretanto, o seu controle é muito precário. Ao melhorar o sistema de cadastramento das unidades de saúde, conseguiria reencaminhar os pacientes para seus municípios de origem.

Um aspecto importante verificado nos resultados consiste no maior número de atendimentos realizados nas UBS e USF localizadas na região central do município de Hortolândia/SP. Uma ação estratégica importante seria a melhora do acesso da população às unidades de saúde mais periféricas da cidade. O sistema de transporte público no município poderia ajudar com a locomoção gratuita desses pacientes entre as unidades. Um exemplo positivo existe na cidade de Sumaré/SP. Há uma linha de transporte denominada “linha da saúde”. Devido a UPA do respectivo município localizar-se em uma região mais distante, a prefeitura oferece uma linha de ônibus para a população ter o acesso a esta unidade. Proposta

parecida poderia ser instituída para a cidade de Hortolândia/SP na tentativa de reduzir a procura nas unidades de saúde centrais.

Em relação aos atendimentos realizados pelas unidades de urgência no ano de 2015, verificou-se uma concentração maior no HMMMC. Tradicionalmente, a população procura tal unidade na esperança de um atendimento mais completo com a realização de exames e possível internação. Porém, ela desconhece que as UPA 24h também são capazes de realizar exames e oferecer observação por 24 horas até transferência para o hospital. No município de Hortolândia/SP, há a necessidade de mais campanhas educativas para orientar o fluxo de atendimento dos pacientes de acordo com a gravidade das doenças. Apesar de existir o SAMU na cidade, a regulação dos casos precisa dar enfoque à descentralização dos atendimentos de urgência menos graves para as UPA 24h para não sobrecarregar o HMMMC. Tanto a orientação da população como o treinamento da regulação em saúde são medidas importantes para organizar melhor o atendimento de urgência no município de Hortolândia/SP.

Além do correto direcionamento dos atendimentos de urgência, o município deve se preocupar em aumentar o número de leitos SUS. Como relatado anteriormente, os 91 leitos existentes na cidade não são suficientes para suprir a necessidade da população. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice preconizado é de 3 a 5 leitos por mil habitantes (ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - AHSEB, 2014). Uma medida estratégica seria ampliar os portes das UPA e aumentar a capacidade de internação do HMMMC.

A respeito da prevalência das diferentes patologias, algumas medidas estratégicas devem ser consideradas. A maior prevalência da HAS e DM, em comparação as outras doenças, acompanha a estatística do país. Mesmo assim, as campanhas de orientação nutricional, realização de exercícios físicos e de exames periódicos para melhor promoção de saúde devem ser intensificadas. Outra medida preventiva importante consiste na atuação constante da prefeitura no combate da transmissão do vírus da dengue.

Como demonstrado nos resultados, no ano de 2015, houve uma epidemia desta doença na cidade de Hortolândia/SP. Ocorreu uma sobrecarga dos atendimentos nos serviços de pronto atendimento como também na UBS Dom

Gamberini. Ações de combate ao mosquito transmissor e o diagnóstico precoce dos casos novos devem ser prioridade nas políticas de saúde pública realizadas no município. Uma ação estratégica que deve ser levada em consideração consiste na ampliação da cobertura à saúde mental da população devido aos casos de deficiência mental como aos atendimentos dos casos de alcoolismo. Ambas patologias obtiveram importante prevalência no ano de 2015 na cidade de Hortolândia/SP. As outras patologias com menor prevalência, porém não menos importantes, merecem a contínua supervisão da Secretaria de Saúde do município para não se transformarem em situações epidêmicas.

Com os resultados obtidos no ano de 2015 do número de atendimentos das unidades de saúde como também a porcentagem das patologias mais prevalentes, tais medidas estratégicas descritas podem ser sugeridas para melhor promoção à saúde no município de Hortolândia/SP.

5 CONCLUSÃO

O município de Hortolândia/SP é uma cidade jovem, 25 anos de emancipação, e com uma população pequena, estimada em 219.039 habitantes. Anteriormente, estava vinculada a Campinas, cidade da região metropolitana de São Paulo. Devido esta influência, herdou importante bagagem para a elaboração de políticas públicas eficientes. Outro fator muito importante consiste na questão de recursos que o município recebe devido ao grande número de empresas em seu território. Recentemente, a cidade recebeu denominação de polo tecnológico devido abrigar grande quantidade de empresas no ramo de informática e tecnologia.

Entretanto, esta juventude municipal acarreta algumas deficiências. A cidade de Hortolândia/SP apesar de apresentar um considerável índice de cobertura no saneamento básico e tratamento de esgoto, ainda há residências, principalmente na periferia, que fazem uso de fossas para despejo de seus resíduos. Outro setor também prejudicado consiste o da segurança pública. Como relatado anteriormente, há um alto índice de homicídios em relação ao estado. Alguns bairros são tradicionalmente conhecidos pela sua violência. O município possuía muitas invasões habitacionais. Alguns terrenos abrigavam grande quantidade de barracos e com ruas de terra. Mais recentemente, a prefeitura minimizou essa situação. Ampliou o investimento no setor de saneamento básico e tratamento de esgoto. Também realizou a construção de casas populares nos locais das invasões para substituir as moradias da população que ali habitavam. Instituiu a guarda municipal e o corpo de bombeiro. Apesar das dificuldades existentes, o município tenta realizar uma gestão evoluída como de uma grande cidade.

No setor da saúde, os gestores do município conseguiram acompanhar a evolução e as mudanças ocorridas nos programas de saúde pública instituídas pelo SUS. Por meio da elaboração dos projetos para recebimento das verbas do governo federal, conseguiram transformar simples “postinhos” de saúde em USF e UBS. No ano de 2004, o pronto atendimento principal da cidade foi reformado e ampliado, surgindo o HMMMC. Com o advento do hospital, o município parou de transferir as gestantes e os pacientes para outros serviços e pôde realizar internações, partos e pequenas cirurgias. A cidade de Hortolândia instituiu o SAMU no ano de 2008. As unidades de pronto atendimento municipais foram reformadas e ampliadas dando

lugar para as UPA 24 horas. Recentemente, o município contratou alguns profissionais pelo programa mais médico para tentar suprir a carência de profissional médico nas USF e UBS. Sempre em busca do patrocínio do governo federal, a administração municipal segue a risca as novas políticas de saúde pública instituídas pelo SUS.

O presente estudo corrobora com sua hipótese demonstrando que a população do município de Hortolândia/SP realizou uma grande procura pelos serviços de pronto atendimento no ano de 2015. Entretanto, também evidencia uma satisfatória tentativa da respectiva cidade nas políticas de atenção primária de saúde. Resultado este ilustrado pelo considerável número de atendimentos realizados nas UBS e USF. Sendo assim, mesmo havendo necessidade de algumas ações estratégicas, o município de Hortolândia/SP apresentou uma boa capacidade na gestão das unidades básicas de saúde e de serviços de pronto atendimento no ano de 2015.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: Medsi, ed. 6, 2002.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 152p., 2009.

ARAÚJO, J. D. Polarização Epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, out-dez 2012.

ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (AHSEB). **Segundo OMS, ideal é ter de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. No Brasil, índice médio é de 2,4**. 2014. Disponível em: <http://www.ahseb.com.br/segundo-oms-ideal-e-ter-de-3-a-5-leitos-para-cada-mil-habitantes-no-brasil-indice-medio-e-de-24/>. Acesso em: 20/02/2017.

BARCELLOS, T. M. M. **A Política Social Brasileira 1930-1964**: evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983.

BHOPAL, R. S. **Concepts of Epidemiology**. Oxford: Oxford University Press, 2008.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, p 5, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, dez, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**: manual de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2002a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em 11/12/2015.

BRASIL. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, jan, 2002b. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/jorge/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **Portaria GM nº 1864, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html>. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf>. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf>. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **APS 2003-2010: superação e batalhas diárias. Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia27.pdf>. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 8ª ed, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf>. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília/DF, 2010c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 11/12/2015.

BRASIL. **Portaria GM nº 1.601, de 07 de julho de 2011**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>. Acesso em: 11/10/2016.

BRASIL. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**: consolidação da base de dados de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas, 2011b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf>. Acesso em: 11/10/2016.

BRASIL. **Lei 12.871 do ano de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em 11/10/2016.

BRASIL. **Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013**. Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1473_18_07_2013.html>. Acesso em 11/10/2016.

BRASIL. **Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014.** Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html>.

Acesso em 11/10/2016.

BRASIL. **Portaria nº 10, de 03 de janeiro de 2017.** Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/04.01.2017_II.pdf>. Acesso em

11/10/2016.

CERIANE, L.; VERME, P. **The origins of the Gini index:** extracts from Variabilità e Mutabilità (1912) by Corrado Gini. **The Journal of Economic Inequality**, EUA, v. 10, n. 3, p 421-443, 2012.

CHIORO, A. A.; SCAFF, A.J.M. **Saúde e Cidadania.** Santos/SP: Consaúde, 1998.

CORRÊA A. C. P.; FERREIRA F.; CRUZ G. S. P.; PEDROSA I. C. F. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, set. 2011.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para la salud.** Madrid: Pirámide, p. 25-58, 1996.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. **A atenção secundária em saúde:** melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet], Ribeirão Preto, v. 21, p.131-139, jan.-fev., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>. Acesso em 01/04/2016.

FOLHA. **Ranking inédito revela que 24% das cidades são eficientes.** 2016.

Disponível em: <<http://temas.folha.uol.com.br/remf/ranking-de-eficiencia-dos-municipios-folha/ranking-inedito-revela-que-so-24-das-cidades-sao-eficientes.shtml>>.

Acesso em 20/02/2017.

GLOBO. **Brasil tem índice recorde de 1,6 milhão de casos de dengue em 2015.** (2016). Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/01/pais-teve-16-milhao-de-casos-de-dengue-em-2015.html>>. Acesso 11/02/2017.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 2, n. 20, p.2-9, 01 jan. 2005.

INOUE, K. C. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação da estrutura, processo e resultado. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 13-20, jan-mar 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) CIDADES. **Mapa de pobreza e desigualdade**: Hortolândia/SP. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/3519071/pesquisa/36/2003>>. Acesso em: 20/02/2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades@. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=351907>>. Acesso em: 20/02/2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). O que é? – Índice de Gini. **Revista Desafios do Desenvolvimento**, Brasília, ed. 4, nov, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 11/10/2016.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LESSA, I.; SOLLA, J.; FRANCO, L.; MACHADO, C. A.; CAMPOS, G. P. O enfoque das políticas do SUS para promoção da saúde e prevenção das DCNT. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p. 945-956, 2004.

LUQUE, C. A. Alguns desafios para o financiamento das universidades públicas estaduais do estado de São Paulo. **Revista USP**, São Paulo, n. 105, p. 9-18, 2015.

MALTA, D. C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 45–55, 2007.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu/SP, v. 13, supl. 1, p.771-780, 2009.

MONTEIRO NETO, A. Desigualdades regionais no Brasil: características e tendências recentes. **Boletim regional, urbano e ambiental**, Brasília, v. 9, p. 67–81, jan–jun, 2014.

MOTA, A. E. S. et al. **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, p.13-40, 2006.

NUNES, L. A.; QUEIROZ, R. P. **Por dentro do SUS**. São Paulo: Atheneu, v. 1, 2007.

OLIVEIRA, M. F. de. **Metodologia científica**: um manual para a realização de pesquisas em Administração. Catalão/GO: UFG, p. 21, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA. **Secretaria Municipal de Saúde**, Hortolândia/SP: 2015.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R.C. **Programa Saúde de Família**: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p.1027-1034, nov-dez, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda., 527p, 1994.

ROUQUARYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 736, 2003.

SOLLA, J.; CHIORO, A. **Atenção Ambulatorial Especializada**. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 39, p.507-514, abr, 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.

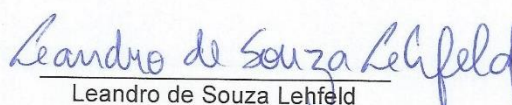
ZILLY, A. et al. Avaliação do acolhimento nas Unidades de Atenção Básica do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina/PR, v. 17, n. 2, p. 206-211, dez, 2016.

APÊNDICE I

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Eu, Leandro de Souza Lehfeld, na condição de pesquisador responsável por este projeto, sendo orientado pelo Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá, DECLARO que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
- As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
- Os dados serão coletados dos sites IBGE, DATASUS TABNET e complementados por informações cedidas diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia/SP e me responsabilizo pelo arquivo do mesmo após uso;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Comunicarei ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da suspensão ou do encerramento da pesquisa;
- Cumprirei os termos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde;
- O CEP será comunicado em caso de eventos adversos da pesquisa;
- A pesquisa não foi realizada.


Leandro de Souza Lehfeld
Responsável pelo estudo

APÊNDICE II

SOLICITAÇÃO A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE HORTOLÂNDIA

Ilustríssimo Srº
Marcelo Borges
Secretário Municipal de Saúde de Hortolândia/SP

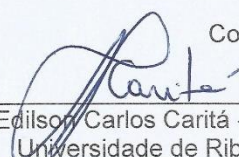
Aproveitamos a oportunidade para cumprimentá-lo cordialmente e solicitar a autorização de V.Sª, enquanto representante da Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia/SP, para realização da pesquisa intitulada “Análise dos atendimentos das Unidades Básicas de Saúde e de Serviços de Pronto Atendimento da cidade de Hortolândia/SP: diagnóstico e ações estratégicas”, que será realizada no município em questão.

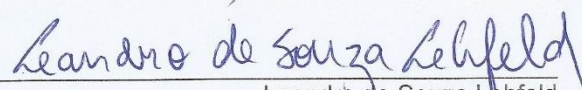
Esta referida pesquisa será realizada pelo mestrando Leandro de Souza Lehfeld, regularmente matriculado no Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, sob orientação do Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá.


Os dados para a realização dessa pesquisa deverão ser cedidos pela secretaria de saúde de Hortolândia, contemplando o número absoluto de atendimentos realizados, a qualificação dos atendimentos considerando a identificação das patologias por meio da Classificação Internacional de Doença (CID – 10).


Agradecemos antecipadamente sua atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que julgar necessário, seguindo anexo o projeto da pesquisa.

Cordialmente,


Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá - orientador
Universidade de Ribeirão Preto


Leandro de Souza Lehfeld
Pesquisador


Daniela A. A. Freire
Secretaria de Saúde
Dist. de Assistência e
Saúde Preventiva


Marcelo Borges
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura de Hortolândia

Ribeirão Preto, 30 de maio de 2016.

APÊNDICE III

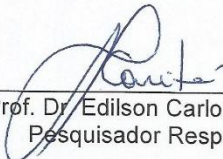
CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO/SP

Ilma Sr^a
Prof^a Dr^a Luciana Rezende Alves Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da
Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

Venho pelo presente encaminhar o projeto intitulado: Análise dos atendimentos das Unidades Básicas de Saúde e de Serviços de Pronto Atendimento da cidade de Hortolândia/SP: diagnóstico e ações estratégicas, a ser desenvolvido pelo mestrando – Leandro de Souza Lehfeld, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, tendo como orientador o Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá, para a apreciação deste comitê.

As atividades serão desenvolvidas no município de Hortolândia/SP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá
Pesquisador Responsável

Ribeirão Preto, 02 de abril de 2016.



ANEXO A

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E DE SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO DA CIDADE DE HORTOLÂNDIA/SP: DIAGNÓSTICOS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

Pesquisador: EDILSON CARLOS CARITA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57217716.4.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.669.509

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, documental com abordagem quantitativa que terá como objetivo identificar o perfil epidemiológico do atendimento aos usuários que utilizam os serviços de atenção primária e secundária do município de Hortolândia/SP, considerando os níveis de atenção à saúde, ofertados pelo referido município. O presente estudo será estruturado no levantamento do número de atendimentos em cada unidade da respectiva cidade, na identificação dos diagnósticos obtidos nos atendimentos por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e análise dos dados obtidos. A população será composta por 800.469 registros de atendimentos realizados no ano de 2015 nas unidades citadas. Espera-se com essa pesquisa analisar o número de atendimentos prestados nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e no Pronto Atendimento, vislumbrando, posteriormente, a proposição de ações estratégicas a partir dos resultados encontrados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo geral desse projeto de pesquisa é identificar o perfil epidemiológico do atendimento aos usuários que utilizam os serviços de atenção primária e secundária do município de Hortolândia/SP, considerando os níveis de atenção à saúde, ofertados pelo referido

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.095-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

Continuação do Parecer: 1.689.509

município.

Objetivo Secundário: Os objetivos específicos são:• Levantar o tipo e o número de atendimentos prestados aos usuários em Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde de Família;• Levantar o tipo e o número de atendimentos prestados aos usuários em Serviços de Pronto Atendimento (Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Atendimento do Hospital Municipal Maternidade Mário Covas);• Analisar os dados levantados considerando número de atendimentos, diagnósticos das doenças, localização do serviço de assistência médica e aspectos populacionais por região;• Avaliar os dados, considerando os níveis de atenção à saúde, ofertados pelo município de Hortolândia/SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não haverá situação de risco ao participante, com preservação do anonimato e atendimento ao aspecto ético preconizado na Resolução nº 466/12.

Benefícios: Os benefícios do estudo para os usuários e população serão nortear atendimentos mais específicos e melhora da qualidade de vida desses indivíduos, por meio de prestação de serviços de saúde adequados à sua realidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata de um tema relevante, pois, visa verificar se, de fato, há adequação na utilização dos serviços de saúde na rede pública, considerando-se o atendimento preventivo e o pronto atendimento. Assim, a identificação desse quadro permitirá a instituição de políticas que permitirão não somente a otimização da prestação dos serviços, como também garantirão o aumento da qualidade dos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Devolver aos autores para que seja feita a alteração sugerida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

projeto aprovado

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
 Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 1.692.509

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_663855.pdf	20/06/2016 15:55:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLeandroLehfeld.pdf	20/06/2016 15:54:43	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoLeandro.pdf	20/06/2016 15:52:32	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
Outros	SolicitacaoLeandro.pdf	20/06/2016 15:52:18	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
Outros	ComiteEticaLeandro.pdf	20/06/2016 15:51:48	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
Orçamento	PlanilhaLeandro.pdf	20/06/2016 15:50:11	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	20/06/2016 15:39:03	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito
Cronograma	cronogramaLeandro.pdf	19/06/2016 19:54:16	EDILSON CARLOS CARITA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 09 de Agosto de 2016

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br