

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

GEISA TAINARA DOS SANTOS DA SILVA

AVALIAÇÃO DA MENSURAÇÃO DA QUANTIDADE DE UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL DE JOINVILLE

Joinville

2019

GEISA TAINARA DOS SANTOS DA SILVA

AVALIAÇÃO DA MENSURAÇÃO DA QUANTIDADE DE UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL DE JOINVILLE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Câmpus Joinville do Instituto Federal de Santa Catarina para a obtenção do diploma de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientador: Marcio Tadeu da Costa

Joinville

2019

Silva, Geisa Tainara dos Santos da

Avaliação da mensuração da quantidade de Unidades Básicas de Saúde da rede municipal de Joinville / Geisa Tainara dos Santos da Silva. – Joinville, SC, 2019.
49p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Instituto Federal de Santa Catarina, Câmpus Joinville, Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2019.
Orientador: Marcio Tadeu da Costa.

1. Atenção primária à saúde. 2. Unidades Básicas de Saúde.
3. Sistema Único de Saúde. I. Instituto Federal de Educação
Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. II. Título.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor.

GEISA TAINARA DOS SANTOS DA SILVA

MENSURAÇÃO DA QUANTIDADE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REDE
MUNICIPAL DE JOINVILLE

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em Tecnólogo em Gestão Hospitalar, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 28, novembro de 2019.

Marcio Tadeu da Costa
Presidente

Andrea Heidemann
Avaliador

Kellianny de Oliveira Aires
Avaliador

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, pelas oportunidades concedidas para a minha vida. Dedico ainda, ao meu esposo Josias, pelo companheirismo e paciência em nossa vida juntos e a meu filho Henrique fonte de toda a minha inspiração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu Deus, pois com seu infinito amor me concedeu saúde e graça para vencer os desafios diários e conquistar mais um sonho em minha vida.

Também agradeço a minha família, meus pais, irmã e sogra que foram grandes incentivadores a nunca desistir. Em especial, ao meu esposo Josias da Silva, por estar sempre ao meu lado, me apoiando pacientemente e encorajando em todas as etapas de nossas vidas.

Sou grata ao meu orientador professor Marcio Tadeu da Costa, pela compreensão, calma diante das minhas dificuldades e pelos conhecimentos compartilhados. Da mesma forma, sou grata a todos os professores que contribuíram com seus ensinamentos e experiências, a fim de formar uma gestora preparada para atuar no mercado de trabalho.

Por fim, agradeço aos meus colegas da turma de Gestão Hospitalar 2015 (2) e demais alunos do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar, pelas muitas trocas de experiências, amizades e por tornar nossas aulas mais felizes.

"Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes".

(Marthin Luther King, 1968)

RESUMO

Com a Constituição Federal de 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde, que passou a oferecer ao cidadão após a Lei nº 8.080/90 o acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde. A temática explanada é a atenção primária mais conhecida como básica, que é a principal porta de entrada ao sistema. O objetivo do trabalho foi avaliar a adequação das orientações vigentes do Ministério da Saúde com relação à quantidade de unidade básicas de saúde de Joinville no período de 2008 a 2017. O estudo é fundamentado pelas portarias N. 648 de 2006 e N. 2.488 de 2011, que estabelece as diretrizes e normas da atenção básica no país, com foco na infraestrutura, seguindo as recomendações da quantidade de unidades conforme o número de habitantes do município. Utilizando uma abordagem quantitativa e coleta de dados documental, constatou-se que a oferta está superior a recomendação, totalizando uma capacidade de atendimento teórica superior de 106% no início do período e aproximadamente 36% em 2017. Então, se percebe que as reclamações da população quanto à demora ou filas nos atendimentos podem estar relacionadas a outros fatores não ligados a quantidade de UBS de cada região, evidenciando desafios na gestão da saúde no município.

Palavras-Chave: Atenção Primária a Saúde. Unidades Básicas de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

With the Federal Constitution of 1988, the Unified Health System was created, which began to offer citizens full, universal and free access to health services. The theme explained is the primary attention better known as basic, which is the main gateway to the system. The objective of this study was to evaluate the adequacy of the Ministry of Health's current guidelines regarding the number of basic health units in Joinville from 2008 to 2017. The study is grounded by Ordinances N. 648 of 2006 and N. 2.488 of 2011 establishing guidelines and norms of primary care in the country, focusing on infrastructure, following the recommendations of the number of units according to the number of inhabitants of the city. Using a quantitative approach and documentary data collection, verified that the offer exceeds the recommendation, totaling a theoretical service capacity of 106% at the beginning of the period and approximately 36% in 2017, therefore, it is clear that the population's complaints about delay or queues in attendance may be related to other factors not related to the amount of UBS in each region, highlighting problems in health management in the city.

Keywords: Primary Health Care. Basic Health Units. S.U.S.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do município de Joinville	34
Figura 2 – População de Joinville entre 2008 e 2017.....	35
Figura 3 – Comparação das capacidades máximas de atendimento e população....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das UBS segundo Estratégias.....	36
Tabela 2 – Distribuição conforme estratégia e parâmetro de 2008 a 2011.....	37
Tabela 3 – Distribuição conforme estratégia e parâmetro de 2012 a 2017.....	37
Tabela 4 – Capacidades máximas de atendimento.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
- EAP – Equipamentos de Atenção Primária
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- MS – Ministério da Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NAT – Núcleo de Apoio Técnico
- PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
- PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PSDB – Partido Social Democrata Brasileiro
- PSF – Programa Saúde da Família
- PT – Partido dos Trabalhadores
- RAS – Redes de Atendimento à Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa	14
1.2 Objetivos	14
1.2.1 Objetivo geral.....	14
1.2.2 Objetivos específicos	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Sistema Único de Saúde	16
2.1.1 Processo Histórico	16
2.1.2 Hierarquização do atendimento SUS.....	19
2.1.3 Legislações que definem as Unidades Básicas de Saúde.....	21
2.2 Atenção Primária na saúde pública do Brasil.	22
2.2.1 Levantamento Histórico das UBS e a Política Nacional da Atenção Básica	22
2.2.2 Redes de Atenção à Saúde	25
2.2.3 Núcleo de Apoio a Saúde da Família.....	28
3 METODOLOGIA	31
3.1 Tipo de Pesquisa	31
3.2 População	32
3.3 Coleta de dados	32
3.4 Análise dos dados	33
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
4.1 Apresentação dos dados.	34
4.1.1 O município de Joinville	34
4.1.2 Atenção Primária de Joinville	35
4.2 Análises dos dados	38
4.3 Discussão dos resultados	40
5 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, existem políticas públicas com o objetivo de ofertar os serviços relacionados a saúde para toda a população. Sob esse viés, em 1990, dois anos após a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi criado no país com a Lei nº 8.808/90 o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde.

O SUS é dividido em níveis de atendimento, podendo ser classificado em primário, secundário e terciário. No atendimento primário as ações são voltadas a baixa complexidade como o atendimento oferecido pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que não demandam alta tecnologia. No nível secundário as ações são de média complexidade, por exemplo, as atividades realizadas pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). No nível terciário destacam-se os atendimentos em hospitais de grande porte ou de alta complexidade. A intenção é que casos de menor urgência possam ser resolvidos em instâncias que não cheguem a centros especializados de alta complexidade, melhorando a eficiência e a eficácia de todo o sistema (BRASIL, 1988).

Os Equipamentos de Atenção Primária, conhecidos como Unidades de Atenção Básica, são a porta de entrada preferencial do SUS. O objetivo dessas unidades é atender grande parte dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais. Segundo Mendes (2010), no atendimento primário pode-se resolver cerca de 85% dos problemas de saúde, assim diminuindo custos operacionais na área. Nas UBSs é possível receber atendimentos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia, além do fornecimento de medicação, vacinação e outros serviços.

O Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Atenção à Saúde e o Departamento de Atenção Básica, criaram a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que orienta o funcionamento da atenção primária em todo território nacional, deixando claras as indicações para a infraestrutura e funcionamento da atenção básica no país. Em 2006, o parâmetro recomendado é de uma UBS sem Saúde da Família para no máximo 30 mil habitantes ou então uma UBS com Saúde da Família para no máximo 12 mil habitantes, já na reestruturação da política mudou-se o parâmetro para as UBS sem Saúde da Família passando para no máximo 18 mil habitantes por unidade (BRASIL, 2012a).

Todavia, um sistema tão grandioso não é fácil de ser gerenciado, então, com o objetivo de envolver e integrar os diferentes níveis de complexidade para a prestação de serviços foram criadas as Redes de Atendimento à Saúde (RAS), trazendo um método para melhorar a assistência em saúde, focando na atenção primária, com ações multidimensionais apresentando uma mesma importância frente ao sistema, promovendo o cuidado integral tanto ao indivíduo quanto a comunidade.

Com base nos princípios do SUS foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), essa estratégia tem ajudado a moldar o cuidado por todo o Brasil, garantindo à integralidade no acesso à saúde, pois traz consigo uma equipe multidisciplinar para atender o cidadão e contribuir para o cuidado a vida, ajudando especialmente, na análise e intervenção dos problemas de saúde da comunidade inserida ou do indivíduo (BRASIL, 2010).

O estudo proposto utilizou uma abordagem quantitativa, com classificação descritiva, natureza aplicada e procedimento técnico documental, utilizando como fontes de consulta, os Relatórios Anuais de Gestão do município de Joinville, relatórios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Relatório Bairro a Bairro de Joinville, disponibilizados na página *on-line* das instituições.

O objeto de estudo é o município de Joinville, localizado na região nordeste do estado de Santa Catarina, onde o atendimento primário está dividido geograficamente. Tomando como base de dados o Relatório Anual de Gestão de 2017, a rede de UBS é constituída por 57 unidades, que funcionam segundo estratégias distintas e distribuem-se em três distritos de saúde, sendo norte, sul e centro para atender uma população em 2017 de 577077 habitantes, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (JOINVILLE, 2017a).

O período de estudo limitou-se de 2008 até 2017, a fim de verificar diferentes modelos de gestão municipal, tendo em vista que neste período três partidos políticos distintos administraram o município, garantindo a impessoalidade no levantamento das informações.

O estudo faz um levantamento do município, avaliando o cumprimento das orientações do Ministério da Saúde, quanto à oferta das quantidades mínimas de UBS para atender a população do município. Então, levantou-se a seguinte problematização: No período de 2008 a 2017, o município de Joinville cumpriu as orientações do Ministério da Saúde ofertando a quantidade adequada de UBS para o número de habitantes do município?

1.1 Justificativa

Os estudos na área da saúde têm grande importância para a população, pois é partindo das pesquisas que surgem ideias de melhoria, novas ferramentas, desafios ou situações que devem ser trabalhadas e superadas. Na realização das pesquisas, são levantadas situações que retratam a realidade de um grupo ou da sociedade como um todo, que em muitas ocasiões passam despercebidas sem números para dimensioná-las. Neste aspecto que a pesquisa busca chamar a atenção, com propósito de transformar conhecimentos adquiridos, empiricamente, em ferramentas solidificadas de forma científica, expondo a realidade de uma situação.

A temática abordada tem grande relevância social, pois dentro do município existem diversas realidades sociais que utilizam, unicamente, os serviços prestados pela atenção básica, ressaltando a importância do cumprimento das recomendações do órgão superior que é o Ministério da Saúde, com o intuito de garantir um atendimento digno ao cidadão.

Este conteúdo auxilia no entendimento da estruturação do Sistema Único de Saúde e da organização das Unidades Básicas de Saúde no município, bem como contribui para a avaliação do desempenho do sistema municipal de atenção básica e, principalmente, expõe as capacidades de atendimento teórica na rede primária de Joinville no período de 2008 a 2017.

Destaca-se ainda a importância para a estrutura financeira dos cofres públicos do município, pois o quantitativo de unidades proposto na legislação garante parâmetros a ser seguidos, trazendo economia e melhor direcionamento dos recursos destinados a saúde, podendo evidenciar gargalos ou sub dimensionamentos na área, a fim de revelar possibilidades de ações para melhorar o atendimento no município.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar o cumprimento das orientações vigentes do Ministério da Saúde com relação a quantidade de Unidades Básicas de Saúde de Joinville.

1.2.2 Objetivos específicos

- Verificar a quantidade e tipificação dos Equipamentos de Atenção Primária e a população estimada do município de Joinville, no período de 2008 a 2017.
- Identificar os critérios legais referentes às quantidades de unidades básicas de saúde nos municípios do Brasil.
- Criar indicadores percentuais da relação Habitantes e Equipamentos de Atenção Primária.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sistema Único de Saúde

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma vitória do movimento popular. Hoje o acesso à saúde é universalizado em todo o Brasil e qualquer pessoa pode ter atenção à saúde em qualquer nível de complexidade (MENICUCCI, 2014). Nesta sessão a abordagem está voltada ao SUS, buscando contextualizar o processo que levou a estruturação de um sistema tão abrangente ofertado a população e que é referência para outros países.

2.1.1 Processo Histórico

Em 1500, ocorre o descobrimento do Brasil pela frota marítima portuguesa em expansão liderada por Pedro Álvares Cabral, inicia-se o processo de colonização e exploração da terra e bens que dela surgiam. Esta primeira fase do país chama-se Brasil Colônia que relata um período de 1500 até 1822. Nesta época, não havia a preocupação por parte de Portugal com a saúde da população que habitava no território, atualmente, conhecido como Brasil, cada um era responsável pela sua própria saúde, onde pajés, curandeiros e boticários cuidavam e orientavam as pessoas nos casos de doenças.

“Além do imenso território e da pobreza da maior parte dos habitantes, que não podiam pagar uma consulta, o povo tinha medo de submeter aos tratamentos. Baseados em purgantes e sangrias. Em vez de recorrer aos médicos formados na Europa, a população colonial rica ou pobre, preferia utilizar os remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas” (BERTOLLI, 2003, p. 6).

Galvão (2009), afirma que somente no século XVIII o governo português é observado trabalhando ativamente no cuidado sanitário dos municípios. Grande parte do “cuidado” para os doentes se resumia na sua completa exclusão da sociedade, eram isolados e deixados para morrer, com no máximo alguma assistência de benfeitores ligados à religião. Este cenário começou a mudar em 1808 quando a Família Real Portuguesa chegou ao Brasil, pois eram acostumados com todo requinte da nobreza, então trouxeram pessoas ligadas à saúde para seus cuidados.

Conforme Galvão (2009), no final do século XVIII é possível observar as

primeiras instituições dedicadas à assistência à saúde, o Estado começa a avaliar as causas de doenças no Rio de Janeiro, gerando laudos que criticavam a situação de imundice encontrada, assim como o clima, a alimentação e até a imoralidade, tendo uma ideia de processo saúde-doença bastante abrangente.

Em 1849, com a febre amarela, ficou evidente a precária organização, a inexistência da assistência médica organizada e a carência de profissionais de saúde. Após a proclamação da República uma nova organização política foi instaurada, contudo, o quadro sanitário ainda era caótico, a população sofria com varíola, malária, febre amarela e ainda a peste (GALVÃO, 2009).

Nesse cenário, houve a nomeação do médico sanitário Oswaldo Cruz para a direção do Departamento Federal de Saúde Pública, onde foram iniciadas ações para manutenção da saúde da população. Dentre as ações a Lei Federal Nº 1261, de 31 de outubro de 1904, instituiu a obrigação da vacinação anti-varíola, o que causou grande revolta na população (GALVÃO, 2009).

A partir de 1920 começa a criação de estruturas organizacionais específicas, com foco no combate à tuberculose, lepra e doenças venéreas; a educação sanitária é amplamente difundida e o saneamento básico passa a se espalhar para lugares mais abastados. Isso se deu, especialmente, pela economia da época, prioritariamente agroexportadora, o governo lutava contra qualquer situação que pudesse impedir a exportação (GALVÃO 2009; POLIGNANO, 2010).

O aparecimento da industrialização no Brasil veio também com o êxodo rural e a imigração. Nesse cenário, os operários enfrentavam horas exaustivas e nenhum direito trabalhista, nascendo o movimento operário em busca de tais direitos organizando greves gerais nos anos de 1917 e 1919. Em 1923, o Congresso Nacional aprovou a Lei Elói Chaves, criando previdência social e instituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) como ficou conhecido (POLIGNANO, 2010; MENICUCCI, 2014).

Nas palavras de Menicucci (2014, p. 79), nesse sistema “o benefício era vinculado ao contrato de trabalho formal, tendo as características de seguro e não de direito de cidadania”.

Após um período de conturbação política e econômica de ordem mundial, em 1966 houve a união de todas essas CAP's e também dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cobrindo assim, todos

os trabalhadores urbanos, tanto no que se trata da aposentadoria quanto da assistência médica (POLIGNANO 2010; MENICUCCI, 2014; CARVALHO, 2013).

No início da década de 1970, com a luta contra a ditadura, nasce o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, nomenclatura usada para reivindicar mudanças na área da saúde afim de melhorias nas condições de vida da população. Grupos de médicos e profissionais ligados a saúde participaram das discussões políticas apresentando estudos e propostas para as mudanças no país (PAIM, 2008).

Segundo Polignano (2010) o volume crescente de beneficiários obrigou o governo federal a promover convênios com instituições privadas, essa organização foi se tornando cada vez mais complexa a ponto de demandar uma instituição administrativa própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

Em 1985 ocorreu a conquista da democracia, que possibilitou no ano seguinte a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Foram cinco dias de debates, que resultou num consenso a formação de um sistema único de saúde, separado do sistema previdenciário, também apresentando propostas de integralização, regionalização e hierarquização das unidades prestadoras dos serviços a saúde, além da participação popular na gestão do sistema (PAIM, 2008).

As propostas da Reforma Sanitária, resultaram na Constituição de 1988, que também pode ser chamada de Constituição Cidadã, é instaurado um modelo de atenção à saúde muito mais abrangente do que o até então empregado. No modelo apresentado, é garantida a universalidade do acesso em um sistema inclusivo, na tentativa de resgatar o compromisso do estado com o bem-estar social (MENICUCCI, 2014; POLIGNANO, 2010; VICTORIA et al., 2011).

Apesar de ter seu conceito advindo da Carta Magna de 1988, somente em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) em si é operacionalizado a partir da Lei n. 8.080, nesta lei são instituídos os princípios doutrinários do SUS, sendo eles: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e descentralização (MENICUCCI, 2014; POLIGNANO, 2010; VICTORIA et al., 2011).

Diversas são as situações políticas e sociais que moldaram o sistema de saúde pública, desde a colônia até a república que vivemos hoje, jogos de interesses públicos e privados tiveram grande impacto no que pode, hoje, ser considerada uma das maiores conquistas da luta do povo por uma situação digna de vida, contudo, aqui,

vemos com objetividade alguns marcos históricos até o SUS como conhecemos hoje em dia.

2.1.2 Hierarquização do atendimento SUS

O SUS apresenta um complexo sistema de assistência à saúde, dentre as suas diversas facetas, uma das mais importantes é a hierarquização. Baseado no princípio da integralidade, essa se refere ao nível de complexidade da atenção à saúde, em que nenhum indivíduo deve ser privado da assistência, seja ela qual for.

O sistema é dividido em níveis de atendimento, classificado como primário onde são prestados os serviços de baixa complexidade; secundário com serviços de média complexidade; terciário com os registros de atendimentos de alto custo, com a alta complexidade. A hierarquização operacional do SUS permite que a população seja direcionada ao tipo de serviço que realmente necessita, sem superlotar hospitais por problemas de saúde de baixa complexidade, que poderiam ter sido resolvidos na atenção primária, ou ainda assim problemas de saúde graves, como o câncer, o qual a atenção primária é incapaz de suprir as reais necessidades desse indivíduo/usuário (BRASIL, 1988).

A atenção primária, conhecida como básica, foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006 e depois substituída pela Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Segundo a própria legislação, esse nível de atenção é conceituado como:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p. 3).

Apesar de atender grande parte dos problemas da população com menor custo operacional, pois utiliza tecnologia de baixa densidade, é necessário um grande volume de pesquisa e profundo conhecimento da realidade na qual está inserida para que a comunidade tenha um real atendimento voltado para suas necessidades; também é necessário ter um conjunto de profissionais capacitados com ênfase no atendimento multiprofissional (BRASIL, 2011).

Neste âmbito deve ser resolvida grande parte dos problemas de saúde da população, uma vez que eles são relativamente simples e com menos recursos podem ser solucionados; fica evidente a característica orientadora, na qual o indivíduo entra no sistema e então é designado para o serviço que melhor lhe atende (BRASIL, 2007).

São encaminhados ao atendimento de média e alta complexidade, aqueles indivíduos os quais a atenção primária não tem competência para solucionar o seu problema, seja no âmbito do nível de especialização dos profissionais que compõem o atendimento ou no âmbito tecnológico. No nível de média complexidade (secundário) encontram-se, principalmente, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Hospitais Gerais e Regionais, e unidades de atendimento especializado, oferecendo apoio direto ao nível primário. No que concerne o nível de alta complexidade (terciário) são tratados casos de internações e urgências, sendo esta a estrutura que compõe os Hospitais Especializados (BRASIL, 2007; MENDES, 2010).

Pires *et al.* (2010), nos afirma que o conceito do atendimento de média complexidade é descrito como ações ambulatoriais com finalidade de diagnóstico e terapia, juntamente com adensamento de tecnologia empregado com finalidade de promoção da saúde.

Todos os níveis da assistência estão ligados, formando uma rede de atenção à saúde, como um todo gera um arranjo organizacional que garante a integralidade do cuidado, ou seja, apesar da visão fragmentada do cuidado, com os níveis especializado de atenção, o sistema como um todo deve se comunicar (BRASIL, 2010a).

Dessa forma, Mendes (2010) explica que é fácil entender a importância da atenção primária na manutenção do estado de saúde da população, evitando cronificação de doenças simples e mais comuns.

Um dos principais programas ligados à atenção básica é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo um dos mais relevantes exemplos de ações que podem ajudar a melhorar a atual situação da saúde brasileira. Este atua diretamente nas UBS e promove consultas, vacinações, radiografias e outros procedimentos de baixa complexidade.

Além disso, diversos estudos demonstram que a assistência em saúde voltada à atenção primária resulta em melhores indicadores sociais, uma vez que promovem o acesso aos serviços necessários com grande amplitude à população. Juntamente com outros programas, o ESF objetiva levar o acesso à saúde de toda a sociedade,

inclusive aqueles mais distantes dos centros urbanos, promovendo uma mudança importante na visão hospitalocêntrica e curativa focada no médico que envolve o acesso à saúde (MACEDO, MARTIN, 2014; ARRUDA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, nas próximas etapas, o foco é à Atenção Primária, desde a legislação, na construção da saúde pública no Brasil, levantando sua importância na manutenção dos indicadores sociais.

2.1.3 Legislações que definem as Unidades Básicas de Saúde.

Diversas são as legislações que operacionalizam o SUS, nesse sentido, essa seção objetiva fazer um apanhado de algumas dessas portarias e resoluções e explicar sua relevância no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no que concerne a sua instauração, manutenção, a quantidade de pessoas que deve atender, também envolvendo a quantidade de UBS's necessárias para atender a população de uma determinada região.

Dentre as regulamentações destaca-se a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que 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) (BRASIL, 2006, p. 7). Nesta portaria são abordadas as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal, bem como responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, cadastramento das unidades que prestam serviços básicos de saúde, processo de trabalho e atribuições dos membros das equipes de atenção básica. Para o estudo é importante destacar os parâmetros recomendados na portaria para garantir os princípios da Atenção Básica:

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica. Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006, p.8).

Pela Portaria no 2.226, de 18 de setembro de 2009, do Ministério da Saúde, na qual institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de

Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009). Nesse contexto, os objetivos são voltados às ações das Equipes de Saúde da Família – ESF a fim de garantir formas que possibilitam o financiamento das UBS para receber as novas equipes.

Mais tarde, surge a reestruturação da PNAB, registrada na Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011, que altera os parâmetros da infraestrutura passando para as regiões que não possuem as políticas de Saúde da família, a recomendação de uma UBS para até 18 mil habitantes e para regiões com estratégia de saúde da Família o parâmetro de até 12 mil habitantes para cada uma UBS, assim garantindo um atendimento qualificado à população (BRASIL, 2006).

2.2 Atenção Primária na saúde pública do Brasil.

No Brasil, foram realizadas diversas ações que visavam levar a população ao cuidado, desde 1970 essas atuações buscaram utilizar os centros de saúde tradicionais para tentar alcançar esse público (CONILL, 2008). O objetivo é a promoção da descentralização do cuidado (dissolvendo a já comentada visão hospitalocêntrica), contudo, sem perder os princípios do SUS, muito pelo contrário, promovendo sua execução (BRASIL, 2012a).

As UBS são a porta de entrada para o sistema de saúde, é aqui que o indivíduo tem o primeiro contato com uma equipe de saúde e pode relatar suas queixas, podendo receber atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Neste estágio, a população encontra ações de prevenção e tratamento relacionados à saúde da mulher, da criança, saúde mental, promoção à saúde, planejamento familiar, prevenção ao câncer, pré-natal e cuidado de doenças crônicas como diabetes e hipertensão e, além disso, pode encontrar serviços como curativos, vacinações, tratamento odontológico, receber medicamentos e quando necessário, ser encaminhado para especialistas (BRASIL, 2012a).

2.2.1 Levantamento Histórico das UBS e a Política Nacional da Atenção Básica

As primeiras menções a delimitação de área para atenção à saúde acontecem na Alemanha em suas propostas de “política médica”. Na França, durante o período

da Revolução Francesa. Na Inglaterra, no contexto da revolução industrial e ainda nos Estados Unidos durante o século XX (CONILL, 2008).

Conill (2008), ainda afirma que o conceito nasceu no Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde inglês por volta de 1920, nele aparecia pela primeira vez, o cuidado setorizado e hierarquizado, conceito que vem sendo aplicado em diversos países por todo o mundo gradativamente. Dentre outras problemáticas, o crescimento dos problemas de saúde favorece o desenvolvimento e difusão desse padrão de cuidado, mas somente em 1978 a Organização Mundial da Saúde chega a um consenso sobre a difusão e importância de um modelo integralizado a nível nacional.

No Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é finalmente instituída pela Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006 e mais tarde reestruturada pela Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Nessa está organizada a Atenção Primária, base do sistema, e tem como objetivo ordenar os outros níveis hierárquicos e, como dito, é executado na ponta, ou seja, junto aos indivíduos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

Nesse nível (primário), tanto o âmbito individual quanto o coletivo são contemplados, caracterizados por um conjunto de ações em saúde. Em outras palavras, as ações de saúde percebem o indivíduo de forma integral, assim como as características epidemiológicas na comunidade inserida. Além disso, outra característica está no emprego de tecnologia de baixa densidade, estando mais ligado ao contato direto com o usuário, sendo a porta preferencial de acesso ao sistema de saúde público, SUS (ARRUDA *et al.*, 2015; BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde apresenta diretrizes da atenção básica como:

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar Política Nacional de Atenção Básica 21 pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2012a, p. 20).

No Quadro 1, destaca-se oito ações que fundamentam a atenção básica no país.

Quadro 1 – Definição das ações em saúde

Tipo de Ação	Descrição
Promoção	Percepção do problema do indivíduo ou coletivo, fornecendo meios para que a saúde seja mantida em sua integridade – qualidade de vida;
Proteção	Está ligada a prevenção, como a vacinação, por exemplo;
Prevenção de Agravos	Diminuição das chances de desenvolver ou agravar uma condição de saúde específica ;
Diagnóstico	Com foco no diagnóstico precoce, este é uma das principais ações, uma vez que é capaz de identificar cedo alguma condição de saúde e tratá-la antes da piora do indivíduo ou coletivo, impedindo sua progressão no sistema de saúde
Tratamento	Após o diagnóstico, vem o tratamento e acompanhamento de determinada situação de saúde; contudo o foco são os problemas mais comuns daquela localidade;
Redução de Danos	Diminuição da chance de um indivíduo progredir em determinada condição de saúde, como por exemplo, redução de danos pelo abuso de drogas, pelo diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros;
Manutenção da Saúde	Manter os indivíduos em tratamento estáveis, através do acompanhamento;
Reabilitação	Consolidação do objetivo terapêutico.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019).

Um dos objetivos da criação da PNAB é necessariamente, a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira. Para transpassar segurança nas conclusões resultantes desses, os indicadores devem ter algumas características, dentre elas: validade, confiabilidade, sensibilidade, especificidade, mensurabilidade, relevância, entre outros (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, dados obtidos de diversos órgãos como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram alguns indicadores sobre a PNAB. Esses dados demonstram a média anual de consultas por habitante nas especialidades básicas, proporção de nascidos vivos de mães que atenderam a determinado número de consultas, cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade, entre outros (BRASIL, 2008).

Então, podemos observar o quão abrangente é o PNAB, nele é possível adentrar o sistema de saúde público, resolver problemas de baixa complexidade que poderiam evoluir para casos de saúde mais sérios, demandando mais recursos para resolução, assim como representaria uma piora para a qualidade de vida do indivíduo e ou coletivo. Aqui objetiva-se o acesso ao cuidado em locais que antes seria inexistente, promovendo a saúde e a melhora dos indicadores sociais da região.

2.2.2 Redes de Atenção à Saúde

Para organizar o SUS de maneira efetiva pode-se dizer que as necessidades de saúde da população brasileira foram, cuidadosamente, estudadas em seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Quando se fala em demografia, observamos uma mudança acelerada do perfil, a população brasileira está envelhecendo e assemelhando-se às populações de países desenvolvidos, o que acarreta também no aumento da incidência de doenças crônicas; por outro lado o perfil epidemiológico do Brasil apresenta uma transição, houve uma inversão da mortalidade quando se tratando de doenças agudas e crônicas, está sendo a maior causa hoje em dia (MENDES, 2010).

Integralizar um sistema enorme como o SUS não é uma tarefa simples, Arruda et al., (2015) expõe que abranger os diferentes níveis de complexidade da prestação de serviço, sincronizar as fontes de financiamento, e equiparar as diferenças estruturais e tecnológicas encontradas por todo o Brasil é uma tarefa, extremamente, árdua de logística e gestão.

Ainda outros fatores incidem diretamente sobre a operacionalização do SUS, dentre eles pressões de instituições privadas com interesses particulares, os mais diversos contextos regionais no que diz respeito a suas condições de saúde (da população), dentre outros (ARRUDA et al., 2015).

Nesse sentido, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) entraram na tentativa de corrigir esses impasses, são:

(...) organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p. 2300).

Dessa forma, as RAS entram como forma de reestruturar o sistema, com ênfase para a fragmentação, nascendo uma verdadeira rede interdependente que intercambiam recursos e se relacionam horizontalmente, ou seja, todos os pontos de atenção à saúde apresentam a mesma importância frente ao sistema, promovendo o

cuidado integral tanto ao indivíduo quanto a comunidade em seus três níveis de complexidade, com ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas de acordo com os dados levantados naquela comunidade em específico. Desta maneira, para melhor entender como o SUS realmente é organizado, não se pode limitar-se a um pensamento linear, mas sim ter uma visão multidimensional das ações em saúde e da integralização dos diversos serviços, desde aquele que compõe a ponta do atendimento até os componentes especializados e de maior complexidade (MENDES, 2010; ARRUDA *et. al.*, 2015).

Apesar da clara necessidade de uma melhor organização e mais integração, em 2010 surge à primeira Portaria do Ministério da saúde, a Portaria nº 4.279/2010 que “estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2010a).

As principais diretrizes são as relações horizontais (mesma importância de toda a assistência à saúde); comunicação entre os postos de atendimento (integralização do sistema “em rede”); centralidade no que diz respeito ao cuidado em determinada área, tendo atenção às necessidades específicas daquela localidade e daquela população (pois ambos podem e estão interligados, lugares sem saneamento básico impactam de forma particular na saúde daqueles que circundam àquela área, por exemplo); cuidado multiprofissional (equipe multidisciplinar); entre outros (MENDES, 2010; ARRUDA *et. al.*, 2015).

Diversas variáveis impactam na qualidade, dentre elas estão a população, a estrutura operacional e o modelo de cuidado empregado.

Quanto a primeira variável, a atenção à saúde baseada na população, gira em torno da capacidade de identificar problemas de saúde específicos de uma determinada comunidade e programar ações em saúde condizentes, isso são, intervenções que visem solucionar os problemas pontuais. Essa população também é responsável direta dessas unidades de saúde, de forma a ser plenamente registrada em seu banco de dados, também devem ser segmentadas de acordo com suas necessidades pessoais (do indivíduo), suas situações de saúde e comorbidades. Todo esse processo é feito, preferencialmente, pela atenção primária, destacando, mais uma vez, a necessidade desta de estar bem articulada e organizada (MENDES, 2010).

A segunda variável mencionada, a estrutura operacional, é composta por seis principais elementos, “o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os

pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde”, em que “os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós” (MENDES, 2010, p. 2301).

Para que essa estrutura operacional seja de fato válida, ela deve ser focada na atenção básica e organizada de acordo com as necessidades específicas da comunidade; dessa forma, impactando positivamente na saúde dessa população e resolvendo cerca de 85% dos problemas de saúde, diminuindo custos operacionais com o possível agravamento de condições, facilmente, manejáveis pela progressão desses indivíduos pelos níveis de cuidado, não só diminuindo gastos governamentais, mas também dessas famílias que se encontram em situações precárias (MENDES, 2010).

Outros diversos sistemas podem ser empregados tais como o “sistema de apoio diagnóstico e terapêutico” e o “sistema de assistência farmacêutica”, permitindo a operacionalização de diversas ações em saúde. Além disso, os sistemas logísticos são de extrema importância, pois permitem o:

(...) fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde (MENDES, 2010, p. 2302).

Por fim, a terceira variável, é o modelo de atenção à saúde, aqui a organização e funcionamento das unidades de atendimento articula-se para atender de forma a estratificar os riscos e diversificar as diversas intervenções sanitárias cabíveis, cobrindo eficientemente as situações de risco à saúde ou de saúde com base em levantamentos demográficos, epidemiológicos e de determinantes em saúde (MENDES, 2010).

A RAS é um sistema complexo desenvolvido para melhorar a assistência em saúde, com foco na atenção primária, nesse sentido, esse sistema multidimensional apresenta uma grande complexidade em suas relações, aqui, ela foi abordada de maneira didática, contudo, muito mais entroncamentos podem ser visualizados com diversas influências, internas e externas. É um organismo que não pode ser fracionado, se fosse, perderia seu sentido conceitual.

2.2.3 Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi um dos artifícios utilizados pelo governo federal para viabilizar a atenção primária, o “componente estruturante do sistema de saúde brasileiro tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS” (BRASIL, 2010b, p. 9), sendo a porta de entrada prioritária da população ao sistema, baseia-se na equidade do cuidado, hierarquização do serviço de saúde e também na regionalização.

Descrito no PNAB, essa estratégia tem ajudado a moldar o cuidado por todo o Brasil, garantindo a integralidade no acesso à saúde, assim como expandindo cada vez mais, resultando em melhores indicadores de saúde por todo o país (BRASIL, 2010b).

É nesse contexto que surge o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) embasada na Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que “Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF” (BRASIL, 2008). O NASF é composto por profissionais das mais diversas áreas de conhecimento, que atuam de maneira multidisciplinar e integrada, com o objetivo único de apoiar a Equipe de Saúde da Família, situadas nas unidades de atenção básica de saúde, dessa forma, contribuindo para a integralidade do cuidado, ajudando especialmente na análise e intervenções nos problemas de saúde da comunidade inserida ou do indivíduo (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2012b).

A composição da equipe do NASF é realizada pela gestão municipal e deve ter como principal indicador as necessidades demográficas e epidemiológicas da região, levando em consideração a contribuição que cada profissional pode dar para a resolução dos problemas de saúde da territorialidade (BRASIL, 2010b). Os mais diversos profissionais podem compor essa equipe, desde médicos, enfermeiros e farmacêuticos, até profissionais que se utilizam de práticas integrativas e complementares com fins terapêuticos (BRASIL, 2012a).

Todos os municípios brasileiros são capazes de implementar uma equipe NASF, a única real variante é a quantidade e modalidade, uma vez que depende diretamente no número de equipes de saúde da família; a modalidade vai variar de acordo com a população do município (BRASIL, 2012b).

Um dos princípios do NASF está na constante construção de conhecimento, sendo normalmente situacional e mutante, isso é, uma equipe que cuida de uma

população de determinada situação de saúde, devendo dar atenção a capacitação, para que essa população específica receba o cuidado necessário sem riscos a sua saúde e isso pode acontecer pela incorporação de profissionais especialistas

Ainda deve haver uma definição clara da divisão de tarefas, construindo de forma cuidadosa as diretrizes clínicas para atenção à saúde da população em questão. Com a integralidade do cuidado em mente, as equipes devem sempre abordar o indivíduo e a comunidade, levando em consideração um contexto muito mais amplo do que o apresentado momentaneamente; evitando ao máximo a fragmentação do sistema, indo ao encontro a RAS (BRASIL, 2010b).

Além da integralidade, princípio que também fundamenta o SUS, outros princípios e diretrizes devem ser sempre observados pelas equipes do NASF (BRASIL, 2010b), conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Princípios e diretrizes do NASF.

Princípios e Diretrizes	Descrição
Integralidade	conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema;
Território	Conhecer a real situação do local em que estão inseridos;
Educação popular em saúde	Promover sempre a educação em saúde entre os profissionais e a própria população;
Interdisciplinaridade	Aplicar um conjunto de conhecimentos, das mais diversas áreas de conhecimento que se complementam de forma a se vivenciar, não sendo um vetor de ensino, mas um conjunto de vetores de troca de conhecimento;
Participação social	Permitir e estimular a participação da comunidade na construção da própria situação de saúde;
Intersetorialidade	Redes institucionais que permitem a abordagem de temas e situações comuns;
Educação permanente em saúde	A educação permanente permite uma análise sólida do trabalho que vem sendo feito, da mesma forma que traz aprimoramento envolvendo aspectos humanos, técnicos e profissionais;
Promoção a saúde	Promover a saúde vai além de garantir um estado de não-doença, mas também engloba a garantia ao direito básico da cidadania, desenvolvendo ações diárias para que o indivíduo promova a própria saúde.

Fonte: Adaptador de BRASIL, (2010).

Desta feita, foi possível observar a imensidão do sistema de saúde público vigente no Brasil, o SUS. Oriundo da luta popular, esse sistema iniciou e transformou-

se com o passar dos anos, implementando novos conceitos, estratégias e programas a fim de levar para a população o acesso à saúde de forma digna, integral e universal.

O SUS é um dos sistemas mais abrangentes de saúde de todo o mundo e diversos países o utilizam como base para montar seus próprios programas de saúde pública, demonstrando, mais uma vez, como o quão abrangente ele é. Além disso, dados obtidos através de indicadores demonstram o impacto na vida da população brasileira (BRASIL, 2008), que certamente não seriam alcançados caso o modelo previdenciário anterior continuasse em vigência; as mazelas sociais continuariam sem acesso a saúde e os poucos que ainda conseguem adentrar no sistema enfrentaria grandes problemas pela falta da integralização entre os níveis de complexidade, piorando bastante os indicadores sociais brasileiros.

3 METODOLOGIA

Dedica-se este capítulo de metodologia para expor o detalhamento da estrutura e o caminho percorrido na construção da pesquisa.

Nos próximos tópicos serão apresentados o tipo do estudo na sua abordagem, natureza, classificação e procedimento técnico, assim como a população, forma de coleta de dados e análise dos dados, a fim de contribuir para a melhor compreensão dos leitores quanto ao desenvolvimento do estudo.

3.1 Tipo de Pesquisa

A temática escolhida para o estudo buscou avaliar o cumprimento das orientações vigentes do Ministério da Saúde com relação a quantidade de Unidades Básicas de Saúde de Joinville do período de 2008 a 2017 no município, delineando-se então, em uma abordagem quantitativa. Segundo Ramos e Busnello (2003) o estudo quantitativo está relacionado com tudo que pode ser mensurado em números, podendo ser, posteriormente, classificados e analisados, utilizando diversas técnicas.

A pesquisa limitou-se na natureza aplicada, pois buscou novos conhecimentos para a solução de problemas específicos de interesse local, uma vez que as informações são delimitadas a um município de Santa Catarina (SILVA; MENEZES, 2005).

Quanto à classificação da pesquisa, a natureza é caracterizada descritiva, pois foi realizado um levantamento de dados, seguido da análise e descrição das informações obtidas da documentação pesquisada. Nas palavras de Silva e Menezes (2005, p. 21), “a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Assume, em geral, a forma de levantamento”.

O procedimento técnico de pesquisa é documental, trabalhando com fontes secundárias, ou seja, informações já processadas para facilitar o compilamento dos dados, melhor entendimento e visualização. Neste estudo, foram analisadas fontes oficiais como o Relatório Anual de Gestão do Município de Joinville, estudos municipais do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Joinville, dados quantitativos populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,

informações de leis e portarias. Segundo Gil (2008) a pesquisa documental baseia-se em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os elementos apresentados fazem parte da classificação da pesquisa, que foi desenhada conforme o desenvolvimento do estudo.

3.2 População

De acordo com Roesch (1999) população é o grupo de pessoas ou empresas que interessa pesquisar para o objetivo específico de um estudo. Desta forma, a população do estudo compreende todas as unidades básicas de saúde ativas espalhadas pelo município de Joinville. Nesta abordagem, não foram contabilizadas as UBS em reformas que estejam com o seu atendimento interrompido ou em construção. Desta forma não foi oportuno trabalhar com amostragem.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi documental, baseada nas informações divulgadas pelas entidades responsáveis na forma *on-line*, que estão disponibilizados para consulta pública. Segundo Fonseca (2002, p. 32) a pesquisa bibliográfica utiliza fontes constituídas por material já elaborado, constituído basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas.

Neste método, foram analisados os Relatórios Anuais de Gestão do município de Joinville a fim de verificar a quantidade de unidades básicas de saúde no município, este documento encontra-se no site da Prefeitura municipal. Como complementação das informações, foi realizado um levantamento do quantitativo populacional do município referente a um período estabelecido, as informações foram extraídas dos relatórios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Relatório Bairro a Bairro de Joinville, disponibilizados na página *on-line* das instituições.

Os dados utilizados na pesquisa são informações oficiais disponibilizados a população para estudos e melhor conhecimento do município. A fonte é secundária, tendo em vista que os números já foram coletados, tabulados e ordenados. Estas informações atendem a necessidade do andamento do estudo.

Quanto ao período de estudo, buscou-se realizar o levantamento das informações a partir do ano de 2008 até o ano de 2017, a fim de visualizar mais de um modelo de gestão do poder executivo municipal, visualizando suas ações concernente a temática em benefício ou detrimento da população.

Em 1º de janeiro de 2005 até 31 de dezembro de 2008, Joinville teve como prefeito eleito Marco Antônio Tebaldi do Partido Social Democrata Brasileiro (PSDB); De 1º de janeiro de 2009 até 31 de dezembro de 2012 o prefeito eleito do município foi Carlito Merss do Partido dos Trabalhadores (PT); Em 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2016 o prefeito eleito foi Udo Döhler do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), sendo este o atual chefe do executivo municipal por intermédio da reeleição (JOINVILLE, 2017b). Desta forma, buscou-se estudar um período mais abrangente, cruzando informações de diferentes anos e partidos políticos na liderança do município, assim garantindo imparcialidade no estudo.

3.4 Análise dos dados

A partir das informações apuradas dos Relatórios Anuais de Gestão de Joinville e das informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística foi realizada a comparação com a orientação preconizada do Ministério da Saúde, sobre a quantidade indicada de unidades básicas de saúde para cada município de acordo com a demanda populacional.

Primeiramente, os dados foram tabulados anualmente, garantindo melhor visualização das informações. Após esta etapa, sob cada ano base foi realizado o comparativo com a orientação no Ministério da Saúde e a portaria que estava em vigor no período do estudo.

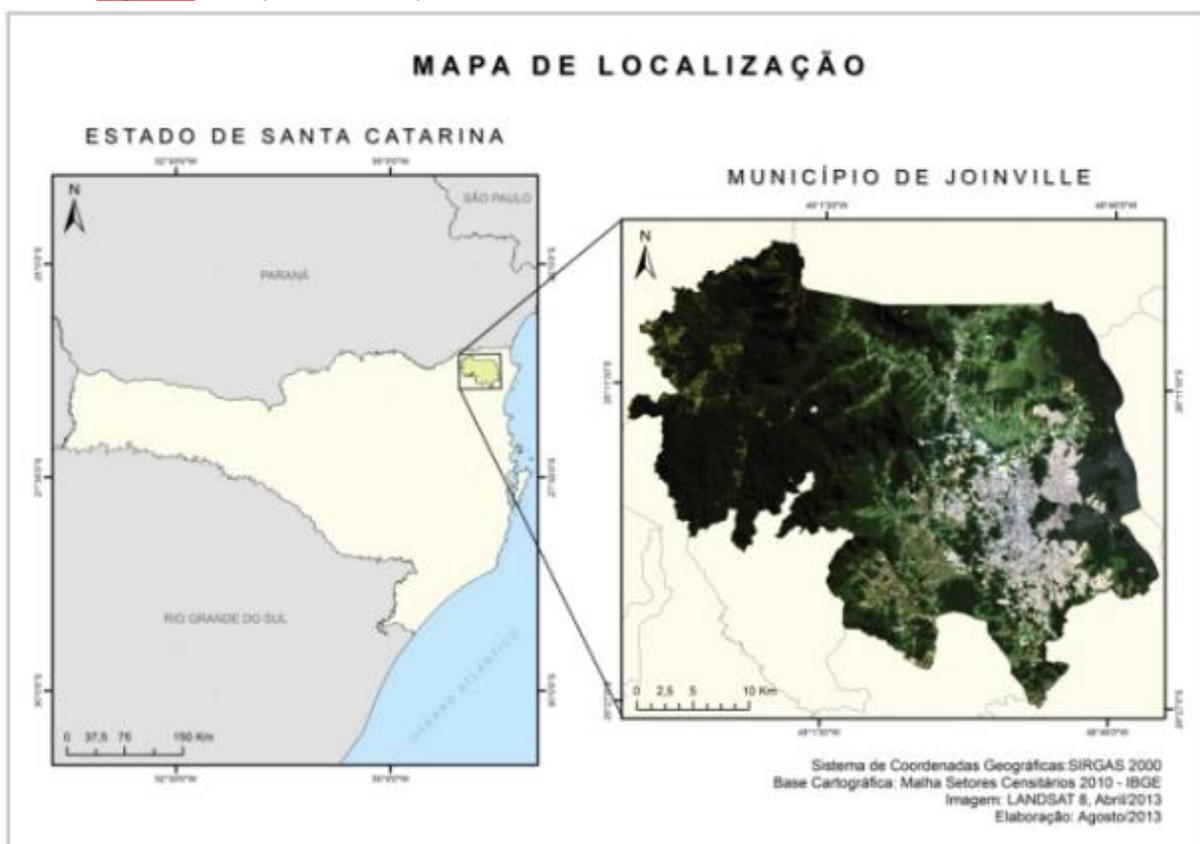
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Apresentação dos dados.

4.1.1 O município de Joinville

O município de Joinville foi fundado em 9 de março de 1851, por imigrantes vindos da Alemanha, Suíça e Noruega. O município de Joinville está localizado na região sul do Brasil, precisamente no nordeste do estado de Santa Catarina (Figura 1) e possui uma área de 1.130,878 quilômetros quadrados segundo o censo do IBGE de 2010.

Figura 1 – Mapa do município de Joinville.



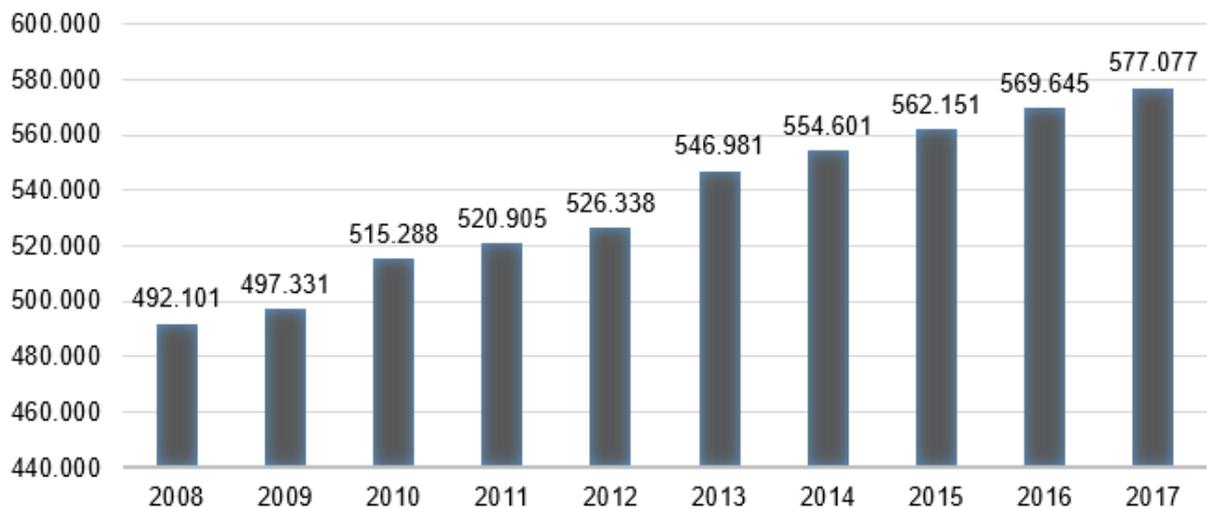
Fonte: GOUDARD; OLIVEIRA; GERENTE (2015)

De acordo com o IBGE (2017) Joinville é o município catarinense mais populoso, responsável por cerca de 20% das exportações do Estado. O município concentra grande parte da atividade econômica na indústria com ênfase para os setores metalmeccânico, têxtil, plástico, metalúrgico, químico e farmacêutico.

Destaca-se o crescimento de Joinville entre as décadas de 1950 e 1980, com o fim da segunda guerra mundial. O Brasil deixou de receber de outros países os produtos industrializados, estimulando a produção nacional e assim transformou o município em um dos principais polos industriais. Com estas mudanças, vieram imigrantes de várias partes do país em busca de condições melhores de vida (JOINVILLE, 2011).

Atualmente, somam-se pessoas das mais diferentes origens étnicas aos descendentes dos primeiros imigrantes do município. No estudo, foi realizado um levantamento populacional baseado nas informações *online* do IBGE do período de 2008 a 2017, conforme Figura 2.

Figura 2: População de Joinville entre 2008 e 2017



Fonte: A Autora (2019).

4.1.2 Atenção Primária de Joinville

A partir dos Relatórios Anuais de Saúde divulgados *on-line* pela prefeitura de Joinville/SC, procedeu-se um levantamento das unidades básicas do município que funcionam com estratégias distintas e se distribuem conforme Tabela 1.

Primeiramente, faz-se necessário mencionar que no período de 2008 a 2015 todas as UBS eram distribuídas em nove regionais de saúde. A divisão ocorria por áreas geográficas delimitadas segundo o conceito de Distrito Sanitário, “território que agrega um conjunto de unidades sanitárias organizados em uma Rede hierarquizada quanto à complexidade, que prestam assistência à população que ali residente”

(JOINVILLE, 2013, p.15). Neste intervalo de tempo, a Gerência de Unidade de Atenção Básica do município gerencia as nove Regionais de Saúde e contava com mais três áreas de coordenação: Núcleo de Apoio Técnico (NAT), Assistência Farmacêutica e Cadastramento e Acompanhamento do Usuário SUS.

Com a ocorrência de uma reforma administrativa no município, mudou-se a organização da rede de atenção à saúde, agora a divisão do território é conforme suas características epidemiológicas e sociais. A começar de 2016, o município está organizado sob a ótica de Distrito de Saúde, sendo Norte, Centro e Sul. Após a reforma administrativa houve a incorporação dos serviços de Vigilância em Saúde pela Atenção Primária.

Tabela 1 – Distribuição das UBS segundo Estratégias.

Ano	UBS Convencional e EACS	UBS com ESF	Quantidade total UBS
2008	19	37	56
2009	19	37	56
2010	20	36	56
2011	20	36	56
2012	20	35	55
2013	20	33	53
2014	16	37	53
2015	18	37	55
2016	17	39	56
2017	17	40	57

Fonte: A Autora (2019).

A partir dos dados levantados, buscou-se a comparação da situação das unidades ativas do município de Joinville com a orientação do Ministério da Saúde. Para a realização de acordo com a portaria vigente, nesta etapa ocorreu uma divisão do período.

Nas Tabelas 2 e 3 foram lançadas as quantidades anuais de unidades básicas de saúde convencionais com EACS (Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde) e as unidades básicas com estratégia de saúde da família. Em seguida, foi realizada a multiplicação da quantidade de unidades, conforme a estratégia com o parâmetro nacional recomendado, a fim de encontrar a capacidade máxima populacional de cada estratégia.

Nos anos de 2008 a 2011, aplicou-se a portaria n. 648/2006, que indica uma UBS sem saúde da família para atender no máximo trinta mil habitantes e ou uma UBS com Saúde da Família para no máximo doze mil habitantes, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição conforme estratégia e parâmetro de 2008 a 2011

Ano	Parametro 30 mil		Parametro 12 mil	
	UBS Conv + EACS	Capacidade Maxima	UBS com ESF	Capacidade Máxima
2008	19	570.000	37	444.000
2009	19	570.000	37	444.000
2010	20	600.000	36	432.000
2011	20	600.000	36	432.000

Fonte: A Autora (2019).

Na continuidade do estudo, nos anos seguintes (2012 a 2017), aplicou-se a portaria n. 2.488/2011, que indica uma UBS sem saúde da família para atender no máximo dezoito mil habitantes e uma UBS com Saúde da Família para no máximo doze mil habitantes, de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição conforme estratégia e parâmetro de 2012 a 2017.

Ano	Parametro 18 mil		Parametro 12 mil	
	UBS Conv + EACS	Capacidade Maxima	UBS com ESF	Capacidade Máxima
2012	20	360.000	35	420.000
2013	20	360.000	33	396.000
2014	16	288.000	37	444.000
2015	18	324.000	37	444.000
2016	17	306.000	39	468.000
2017	17	306.000	40	480.000

Fonte: A Autora (2019).

Dando continuidade na construção do estudo para atingir os objetivos propostos, buscou-se identificar a capacidade instalada, que pode ser descrita como o limite da capacidade, ou seja, a quantidade máxima de habitantes que podem ser atendidos anualmente nas unidades básicas disponíveis no município. Para isso, foi realizada a soma das capacidades máximas de ambas as estratégias anuais, conforme especificado na Tabela 4.

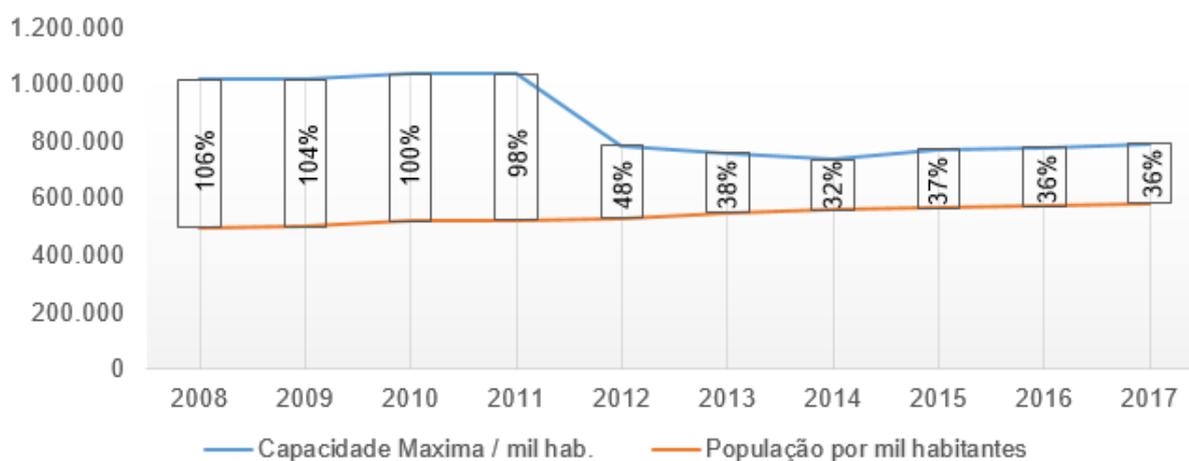
Tabela 4 – Capacidades máximas de atendimento.

Ano	UBS Conv + UBS com ESF	Capacidade Maxima / mil hab.
2008	56	1.014.000
2009	56	1.014.000
2010	56	1.032.000
2011	56	1.032.000
2012	55	780.000
2013	53	756.000
2014	53	732.000
2015	55	768.000
2016	56	774.000
2017	57	786.000

Fonte: A Autora (2019).

Os resultados obtidos, foram lançados na Figura 3, para a comparação das capacidades máximas de atendimento com a quantidade da população de Joinville ano a ano. Em números, pode-se descobrir o quão maior é a estrutura oferecida no município, possibilitando visualizar na forma de porcentagens as capacidades teóricas superiores ao preconizado anualmente.

Figura 3: Comparação das capacidades máximas de atendimento e população.



Fonte: A Autora (2019).

4.2 Análises dos dados

No processo histórico, a saúde pública do Brasil está se desenvolvendo, principalmente, após a Constituição Cidadã de 1988 que beneficiou toda a população,

com direitos e garantias na área da saúde. A divisão dos atendimentos em níveis possibilita ações direcionadas a cada região, tornando o sistema acessível a todos, como por exemplo, as unidades básicas com a estratégia de saúde da família, descrita no PNAB, com equipes multidisciplinares que atuam de acordo com a necessidade demográfica e epidemiológica da região.

Um aspecto importante a destacar, é considerando a legislação abordada a partir dos dados levantados, pode-se perceber que nos anos de 2008 a 2011 a soma das capacidades máximas de atendimento de ambas as estratégias atingem uma abrangência de atendimento de mais de um milhão de habitantes, seguindo os parâmetros da portaria n. 648/2006, que indica uma UBS sem saúde da família para atender no máximo trinta mil habitantes e ou uma UBS com Saúde da Família para no máximo doze mil habitantes. Neste mesmo período, a população de Joinville se manteve em pouco mais de 500.000 mil habitantes, gerando então uma capacidade de atendimento máxima teórica de aproximadamente 100% acima do recomendado pelo Ministério da Saúde.

É importante destacar que no mesmo intervalo de tempo, o município foi administrado por prefeitos diferentes. Iniciando pelo último ano de mandato do ex-prefeito Marco Antônio Tebaldi, que concentra o maior indicador de unidades acima do preconizado pelo MS e seguindo pelos três primeiros anos de mandato do ex-prefeito Carlito Merss. Essa situação começa a mudar no último ano da administração do Partido dos Trabalhadores, onde ocorreu a diminuição de uma unidade básica com estratégia de saúde da família no município e, no ano seguinte, mais duas unidades da mesma estratégia são inativadas, já na administração do atual prefeito Udo Dohler.

Nos anos seguintes, 2012 a 2017, a soma das capacidades máximas de atendimento de ambas as estratégias variou entre 780.000 e 732.000 mil habitantes. Neste espaço de tempo, aplicou-se a análise sob a ótica da portaria n. 2.488/2011 em vigor no período, que indica uma UBS sem saúde da família para atender no máximo dezoito mil habitantes e uma UBS com Saúde da Família para no máximo doze mil habitantes. A população do município se manteve crescente, chegando em 2017 a pouco mais de 577.000 mil habitantes, gerando uma capacidade máxima teórica de atendimento que variou entre 48% a 32% superior ao recomendado pelo MS.

4.3 Discussão dos resultados

No modelo proposto para o estudo, identificou-se que Joinville está ofertando a quantidade de unidades básicas para atendimento acima do indicado pelo MS. Desta forma, respondendo a problematização da pesquisa, sendo esta: No período de 2008 a 2017, o município de Joinville cumpriu as orientações do Ministério da Saúde ofertando a quantidade adequada de UBS para o número de habitantes do município. Esta análise foi construída após o cumprimento dos objetivos apresentados de constatar a quantidade de unidades e habitantes no município e legislação.

Esta interpretação evidencia um grande desafio a gestão do município, pois a oferta está superior ao recomendado para a demanda, segundo parâmetro do MS. Desta forma, não poderia existir insatisfações na área da saúde no município, visto que há um desagrado da população baseado em um conhecimento empírico popular sobre a falta de unidades para atendimento, que pode ser visto nas mídias e redes sociais do município. Sob esse vies, é importante destacar que, estar ofertando unidades para atendimentos acima da capacidade mínima dos parâmetros do MS, não significa ser o suficiente para a satisfação da população, outros fatores nesse contexto precisam ser considerados, como por exemplo o aumento populacional ano a ano e a redução usuários de planos privados, que passam a utilizar unicamente a saúde básica do município. Diante dos resultados obtidos, buscou-se então um entendimento referente às reclamações da população quanto à demora em uma consulta.

Considerando que as UBS convencionais e UBS com Estratégia de Saúde da Família fazem o primeiro atendimento, não ofertam todos os tipos de consultas, ou seja, as demandas de consultas especializadas são registradas em um sistema informatizado de fila e encaminhadas para centros maiores. Deste processo, surge uma possibilidade de embasamento do descontentamento da população quanto a demora no atendimento.

Segundo a Prefeitura de Joinville (2017c), a fila para consultas especializadas é resultado do aumento da procura de cidadãos aos serviços de saúde em comparação ao número de médicos disponíveis. No site do município, o usuário consegue realizar uma pesquisa da sua posição na fila para consulta, algumas especialidades como Proctologia - Geral, tinham 1414 pessoas esperando o atendimento e na especialidade de Cardiologia – Adulto a fila passam de 4050

usuários, dados obtidos no mês de maio de 2019 (JOINVILLE, 2017c).

Este é um cenário que traz muito desagrado aos joinvilenses, sendo esta uma possível causa das reclamações quanto aos atendimentos de consultas no sistema público que são divulgadas nas mídias. Cenário desafiador a gestão municipal e objeto de estudo para melhorias e agilidade.

Destaca-se, que estratégias estão sendo tomadas pela equipe da secretaria de saúde do município, afim de melhorar esses descontentamentos e combater as grandes filas de espera para consulta, seja com um especialista ou de retorno. Primeiramente, foi realizado uma revisão dos pedidos de consultas mais antigos, e priorizando este público nos atendimentos. Outra ação importante a ser destacada, é a integração da base de dados com um sistema informatizado de gestão, possibilitando agilidade nas demandas. E, uma das principais frentes de combate as filas, são os investimentos financeiros na área da saúde, para realizar mutirões de atendimento nas especialidades com mais filas no município (FARIAS, 2019).

Para finalizar, é de fundamental importância destacar que uma equipe de gestão não baseia suas ações e percepções em apenas uma recomendação, pois se trata de um universo complexo que afeta toda a população de um município. Além das considerações do número de unidades, é vital que estas estejam com a infraestrutura completa, por exemplo, quadro de funcionários e serviços oferecidos. Neste caso, também é preciso levar em conta um conjunto de estudos como situação epidemiológica de cada bairro, renda per capita, distância entre unidades de atendimento, distribuição das atividades econômicas, transporte, perfil dos usuários e outras demandas do município.

5 CONCLUSÃO

O SUS é uma conquista de todos cidadãos. Um sistema complexo, que integra o cuidado em diversos níveis de atendimento, a fim de garantir os direitos constitucionais à saúde do usuário. Neste sentido, a atenção primária, foco do estudo, tem grande importância nesta cadeia, resolvendo grande parte dos problemas neste estágio e impedindo o avanço para níveis mais onerosos.

Buscou-se na pesquisa analisar a situação da atenção básica do município de Joinville, aferindo o cumprimento das orientações vigentes do Ministério da Saúde com relação à quantidade das Unidades Básicas de Saúde no período de 2008 a 2017 disponíveis para atendimento da população.

Constatou-se após o levantamento do número de unidades de atendimento e da população do município, que a oferta está superior a recomendação, totalizando uma capacidade de atendimento teórica superior de 106% no início do período e, aproximadamente, 36% no fim da abordagem, neste âmbito pode-se perceber que existe uma capacidade subdimensionada para atendimento no município conforme a legislação.

Destaca-se também que no decorrer do período estudado, ocorreram algumas alterações significativas nas quantidades de unidades de atendimento no município, podendo citar que no último ano da gestão do ex-prefeito Carlito Meres (2012), ocorreu o fechamento de uma unidade e em 2013 já com a gestão do atual prefeito reeleito Udo Dohler houve a diminuição de mais três unidades para atendimento e, apenas em 2015, este número cresce novamente. Outra informação pertinente é que a população no município aumentou, significativamente, nos últimos dez anos.

A pesquisa utilizou como base de dados relatórios gerenciais de saúde do município e do IBGE. Esse método só foi possível, pois as plataformas digitais estavam atualizadas e disponíveis para consulta da população. As demais bibliografias relacionadas a saúde no Brasil, corresponderam a necessidade para compor esse estudo, sem alteração na metodologia planejada.

É importante ressaltar que a pesquisa foi realizada sob a consulta de duas recomendações, registrada na Portaria N. 648 de 2006 e N. 2.488 de 2011 e que para uma compreensão geral das autoridades da saúde, é necessário a complementação de outros estudos, como a situação epidemiológica de cada bairro, renda per capita, distância entre unidades de atendimento, distribuição das atividades econômicas,

transporte, perfil dos usuários e outras demandas do município.

Com a realização do estudo, percebeu-se que as atuais reclamações da população quanto à demora ou filas nos atendimentos podem estar relacionadas a outros fatores não ligados a quantidade de UBS de cada região, como por exemplo, falta de atendimento especializado, falta de suprimentos, equipes desfalcadas, assuntos que necessitam estudos para melhor compreensão.

Os direitos a saúde são destinados a toda a população do país. No enteando, no município de Joinville, observou-se que não existe, por parte da atenção básica, um atendimento especializado e direcionado as demandas da população em situação de rua, como por exemplo os consultórios moveis. Tendo em vista que o número de moradores de rua vem aumentando, sugere-se para futuras pesquisas, o dimensionamento, comportamento e situação dessa população no município, afim de proporcionar um atendimento digno a essa “esquecida” população.

Do mesmo modo, as temáticas de sistema desatualizado, parâmetro nacional desatualizado, elemento humano no processo, capacidade subdimensionada, localização das unidades e problemas de gestão necessitam de estudo profundo para prover ações e ajustes que melhore a performance dos serviços de saúde no município e conseqüentemente conquiste a satisfação da população.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. *et. al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, v. 19, p. 169-173, março e 2015.

BERTOLLI, Cláudio Filho. **História da Saúde no Brasil**. São Paulo, Atica, 2003, p. 5 á 71.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**: Perguntas mais frequentes. 2012 b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php>. Acesso em: 24 de out 2014.

_____. **Portaria n. 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). Diário Oficial da União, 30 mar. 2008.

_____. **Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 24 out. 2011.

_____. **Portaria n. 4279, de 30 de dez. de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 31 dez. de 2010a.

_____. **Portaria no 2.226, de 18 de setembro de 2009**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Republicada pelo DOU No 222 de 20.11.2009, seção, pág. 118).

_____. **Portaria n. 154, de 24 de jan. de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, 25 jan. de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estudos Avançados, v. 27, n. 78, 2013.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Sup 1, S7- S27, 2008.

FARIAS, Hassan. Tempo de espera para consultas especializadas em Joinville chega a oito meses. **A Notícia**, Joinville, ano 19, 30 mar. 2019. Disponível em: <<https://www.nsctotal.com.br/noticias/tempo-de-espera-para-consultas-especializadas-em-joinville-chega-a-oito-meses>>. Acesso em: 03 dez. 2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930**. Caderno de textos de Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Pedro, p. 1-33, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 19 de out 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOUDARD, B.; OLIVEIRA, F. H.; GERENTE, J.. **Avaliação de Modelos de Localização para Análise da Distribuição Espacial de Unidades Básicas de Saúde**. RBC. Revista Brasileira de Cartografia (Online), v. 67, p. 15-34, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Santa Catarina – Joinville**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil=santa-catarina|joinville>>. Acesso em: 28 mai. 2017.

JOINVILLE. Fundação Instituto de Pesquisa e Planejamento para o Desenvolvimento Sustentável de Joinville. **Joinville em números 2011**. Prefeitura Municipal de Joinville: 2011. Disponível em: <<https://C:/Users/Josias/Downloads/7021c4f58fcf3507a3ca66e152bbf23b.pdf> >. Acesso em: 04 de abr 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2013**. Prefeitura Municipal de Joinville: 2013. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Relat%C3%B3rio-de-Gest%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-do-Munic%C3%ADpio-de-Joinville-referente-a-2013.pdf>>. Acesso em: 10 de mai 2019.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Prefeitura Municipal de Joinville: 2017a. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/.../Relatório-de-Gestão-em-Saúde-do-Município-de-Joinville>>. Acesso em: 19 de out 2017.

_____. Prefeitura Municipal de Joinville. **Lista de prefeitos municipais: 2017b**. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/como-o-governo-funciona/prefeito-municipal/#listas-de-prefeitos-municipais>>. Acesso em: 19 de nov. 2017.

_____. Prefeitura Municipal de Joinville. **Fila para consultas especializadas em saúde: 2017c**. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/servicos/fila-para-consultas-especializadas-em-saude/>>. Acesso em: 07 de jun. 2019.

MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 51, p. 647-660, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, março e 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, 2010.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Mimeo, 2010, 35p. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf>. Acesso em: 21 de out 2017.

RAMOS, Paulo; RAMOS, Magda Maria; BUSNELLO, Saul José. **Manual prático de metodologia da pesquisa: artigo, resenha, monografia, dissertação e tese**. Blumenau: Acadêmica, 2003.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 301 p.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4ª edição. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p. Disponível em: <http://www.portaldeconhecimentos.org.br/index.php/por/content/view/full/10232>>. Acesso em: 20 maio 2017.

VICTORA, Cesar *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, 2042–53, 2011.