

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/322554139>

# Município POLIS: caderno de cenário simulado 2017

Book · January 2018

CITATIONS

0

READS

1,391

8 authors, including:



**Marilda Siriani de Oliveria**

Hospital do Coração - HCor

27 PUBLICATIONS 84 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Valeria Vernaschi Lima**

Universidade Federal de São Carlos

49 PUBLICATIONS 424 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Sissi Marília dos Santos F. Pereira**

Universidade Federal de São Carlos

23 PUBLICATIONS 48 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Gilson Caleman**

Faculdade de Medicina de Marília

6 PUBLICATIONS 25 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Gestão da Clínica [View project](#)



Gestão em Saúde [View project](#)

# Município Polis

CADERNO DO CENÁRIO SIMULADO 2017



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS



CONASS



PROADI-SUS



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## **Ministério da Saúde**

Ricardo José Magalhães Barros – Ministro da Saúde

Francisco de Assis Figueiredo – Secretário da Secretaria de Atenção à Saúde

Gerlane Baccarin – Secretária da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Rogério Luiz Zeraik Abdalla – Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Adeilson Loureiro Cavalcante – Secretário da Secretaria de Vigilância em Saúde

Marco Antônio de Araújo Fireman – Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Antonio Carlos Figueiredo Nardi – Secretário da Secretaria Executiva

## **CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde**

João Gabbardo dos Reis – Presidente

Jurandi Frutuoso Silva – Secretário Executivo

## **CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**

Mauro Guimarães Junqueira – Presidente

José Ênio Sevilha Duarte – Secretário Executivo

## **HSL – Hospital Sírio-Libanês**

Marta Kehdi Schain – Presidente da Sociedade Beneficente de Senhoras

Paulo Chapchap – Diretor Geral

Fernando Andreatta Torelly – Diretor Executivo

Luiz Fernando Lima Reis – Diretor de Ensino e Pesquisa

Gisleine Eimantas – Superintendente de Ensino

Equipe do Instituto de Ensino e Pesquisa – IEP

# Município Polis

## CADERNO DO CENÁRIO SIMULADO 2017

### AUTORES

Roberto de Queiroz Padilha	José Maurício de Oliveira
Sílvio Fernandes da Silva	Leila Ramos
Marilda Siriani de Oliveira	Eliana Claudia Otero Ribeiro
Valéria Vernaschi Lima	Helena Lemos Petta
Sissi Marília dos Santos Forghieri Pereira	Patrícia Tempiski
Gilson Caleman	Altair Massaro
Everton Soeiro	Laura Maria Cesar Schiesari

### CONSULTORES/ESPECIALISTAS

Alice Alves Souza • Alice Maria Correia Pequeno Marinho • Ana Coelho de Albuquerque  
Ana Julia Calazans Duarte • Ana Maria A. Figueiredo de Souza • Beatriz de Faria Leão  
Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda • Cristina Magnabosco • Daniel Roberto Coradi de Freitas  
Edna Maria Covem • Eliane Lima e Silva • Elisete Duarte • Elizeu Diniz • Expedito José de Albuquerque Luna  
Felipe Teixeira de Mello Freitas • Gessyanne Vale Paulino • Ivan de Mattos Paiva Filho  
Jonas Lotufo Brant de Carvalho • Joria Viana Guerreiro • Marcio Henrique de Oliveira Garcia  
Maria Amélia de Sousa Mascena Veras • Ricardo Kuchenberker • Salma Regina Rodrigues Balista  
Vera Lúcia Gattás • Design EAD



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## Ficha Catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar  
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

© Reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino, não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

**M933**

Município Polis: caderno do cenário simulado 2016 / Roberto de Queiroz Padilha ... [et al.]. 1. ed. 1 reimpr.. -- São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2016.

70 p. (Projetos de Apoio ao SUS)

ISBN 978-85-66757-72-9

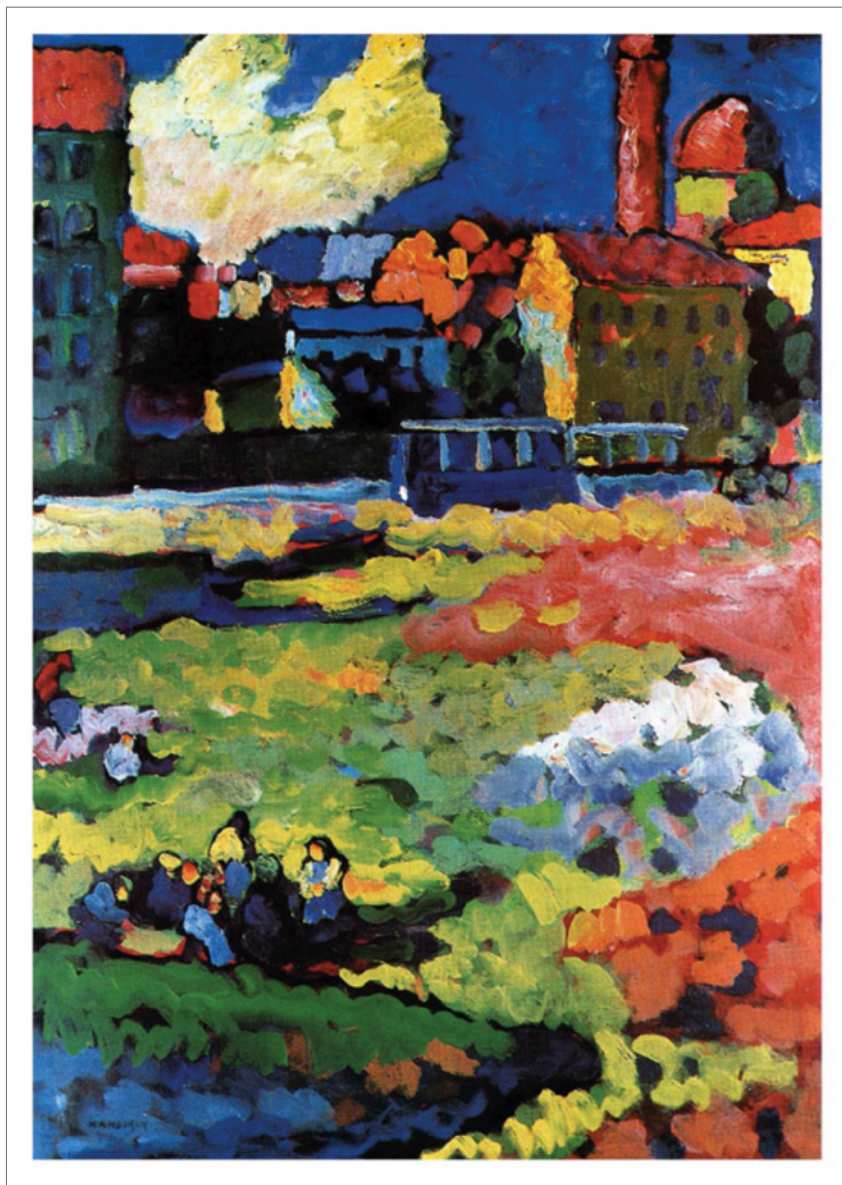
Vários autores: Roberto de Queiroz Padilha; Sílvio Fernandes da Silva; Marilda Siriani de Oliveira; Valéria Vernaschi Lima; Sissi Marília dos Santos Forghieri Pereira; Gilson Caleman; Everton Soeiro; José Maurício de Oliveira; Leila Ramos; Eliana Claudia Otero Ribeiro; Helena Lemos Petta; Patrícia Tempski; Altair Massaro; Laura Maria Cesar Schiesari.

1. Gestão em saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Serviços de saúde. 5. Saúde suplementar. 6. Educação de pós-graduação. I. Título.

**NLM: WA 546**

# Sumário

Apresentação .....	7
<b>1. POLIS: capital de um novo tempo...</b> .....	<b>8</b>
<b>2. História do município</b> .....	<b>8</b>
2.1. Um pouco sobre a formação do município .....	8
2.2. História de saúde e de educação de POLIS .....	10
<b>3. Território e população</b> .....	<b>12</b>
3.1. Localização geográfica .....	12
3.2. Aspectos demográficos .....	12
3.3. Habitação e infraestrutura .....	15
3.4. Educação .....	16
3.5. Condições de vida .....	17
3.6. Emprego e rendimento .....	18
3.7. Economia .....	19
3.8. Saúde .....	20
3.9. Metas do milênio .....	27
<b>4. Gestão pública em saúde</b> .....	<b>32</b>
4.1. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde .....	33
4.2. Orçamento público privado no município .....	34
4.3. Regulação .....	34
4.4. Sistemas de informação em saúde .....	35
4.5. Sistema municipal de vigilância em saúde .....	36
<b>5. Rede de atenção à saúde</b> .....	<b>39</b>
5.1. Atenção básica .....	40
5.1.1. UBS Tarento .....	42
5.1.2. UBS Paros .....	43
5.1.3. UBS Saramenha .....	44
5.1.4. UBS Vera Cruz .....	45
5.1.5. UBS Bérgamo .....	45
5.2. Urgência e emergência .....	46
5.2.1. UPA Bitínia .....	47
5.3. Atenção especializada .....	47
5.3.1. Hospital Delphos .....	48
5.3.2. Hospital Federal Abdera .....	49
5.3.3. Hospital Éfeso .....	51
5.3.4. Hospital Universitário Estagira .....	52
5.3.5. Santa Casa de POLIS .....	55
5.4. Saúde suplementar .....	56
<b>6. Distritos de saúde</b> .....	<b>58</b>
6.1. Distrito centro .....	58
6.2. Distrito norte .....	60
6.3. Distrito sul .....	62
6.4. Distrito leste .....	64
6.5. Distrito oeste .....	66
<b>7. Estrutura de educação</b> .....	<b>68</b>
7.1. Educação superior na saúde .....	68
7.1.1. Universidade Federal de Polis – UFPOL .....	68
7.1.2. Universidade Filantrópica de Polis – UNIFIPO .....	69
7.1.3. Universidade Polis – UNIPOLIS .....	69
7.1.4. Faculdades Integradas da Saúde – FIS .....	70



Wassily Kandinsky, 1908

*"A leitura do mundo precede a leitura da palavra."*

Paulo Freire

## Apresentação

A utilização de cenários simulados para o desenvolvimento de capacidades profissionais tem sido uma tendência advinda do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. O município de POLIS é uma cidade fictícia do sudeste brasileiro, na qual simulamos o contexto de vida e de saúde de seus habitantes, assim como equipamentos sociais e alguns elementos da natureza que interagem no ecossistema.

Como recurso educacional, POLIS é utilizada nas iniciativas de apoio ao Sistema Único de Saúde – SUS, desenvolvidas pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL, em parceria com o Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, ANVISA e instituições de ensino superior do país.

A utilização desse cenário simulado favorece a contextualização da aprendizagem e potencializa o desenvolvimento de capacidades de análise de conjuntura e de produção de intervenções nas áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde, no sentido da construção de cidades melhores e da consolidação do SUS.

Esperamos que esse material contribua para uma capacitação mais efetiva de profissionais de saúde, uma vez que o conhecimento contextualizado apresenta maior potência educacional.

**Valéria Vernaschi Lima**

---

Coordenação Pedagógica  
Projetos de Apoio ao SUS – IEP/HSL



# 1. POLIS: capital de um novo tempo...

O município POLIS está localizado a 130 km da capital do Estado de São Paulo. Cresceu sob a herança colonizatória portuguesa com um povo miscigenado e que há muito expandiu os limites do município para além dos dois ribeirões que demarcaram sua criação.

De município agrícola a centro industrial, POLIS tornou-se um potente polo interiorano. É o 3º município mais populoso do Estado e o 20º do Brasil, com uma região metropolitana composta de 19 municípios com mais de 3 milhões de habitantes.

O povoado hospitaleiro no sopé do Morro do Pica-pau, inicialmente chamado de povo de Mandacaru, que depois se transformou na efervescente POLIS, acolheu desde o século XIX todo bom trabalhador que por ali passasse.

As plantações cafeeiras e a pecuária fortaleceram o crescimento do município, que teve o seu apogeu na década de 1970 em função do processo de industrialização, o que tornou POLIS uma referência no interior do Estado.

Os bens e males do crescimento desordenado nos anos de franco desenvolvimento trouxeram a POLIS os típicos desafios de gestão das grandes cidades, com zonas de riqueza e pobreza, e a preocupação com a qualidade e eficiência nas áreas sociais, de educação e saúde.

## 2. História do município

8

### 2.1. UM POUCO SOBRE A FORMAÇÃO DO MUNICÍPIO

Quem hoje contempla a vista de POLIS do alto do Morro do Pica-pau pode ficar abismado que aquela pacata cidade tenha se transformado nesse turbilhão de luzes e ruídos vespertinos.

Era o final do século XVIII, após as longas e bravas incursões bandeirantes no território de São Paulo, região sudeste do Brasil, que tiveram como aclamado o capitão-mor Amador Bueno, que surgiu POLIS.



Sua origem foi às margens do Ribeirão Mandacaru, onde surgiu, timidamente, o povoado como reflexo da mestiçagem entre índios, portugueses, espanhóis e bandeirantes, além de migrantes de Minas Gerais, em torno do que seria a praça da matriz.

No início da constituição da cidade, era possível vislumbrar os limites citadinos do coreto da praça. Avistava-se imponente diante dela a Igreja Nossa Senhora Aparecida, que desde o início apadrinhou bandeirantes e índios na região, irmanando as diferentes culturas. À direita da igreja ergueu-se o Centro Administrativo, que mais tarde, em meados do século XIX, transformou-se em ajuntamento e, no século XX, em Prefeitura Municipal.

Fora ali, naquela construção um tanto barroca, que o capitão-mor Amador Bueno, seu primeiro comandante, cunhou as iniciativas de organização urbana, transformando o povoado em vilarejo, e de vila a povoado e cidade em 30 anos de administração. Homem de grande liderança, o capitão Bueno, como o chamavam, foi o mentor de políticas econômicas e migratórias, acolhendo os que chegavam com apoio do cura Mariano Bergamo, italiano de nascença. Em 30 anos de existência, a população de POLIS triplicou.



À esquerda do coreto, do outro lado da rua, situava-se o mercadão. Era ali que inicialmente os fazendeiros da região negociavam negros e índios trabalhadores nas lavouras de café, que evoluiu com a cidade e passou a ser chamado de Mercado Municipal e, com o advento do desenvolvimento, Centro Comercial, e hoje Shopping & Business Bueno, uma homenagem do grupo empreendedor ao Capitão.

O ciclo do café foi rentoso para a região, e a chegada da embarcação do capitão grego Calliopi Séferis, escoando a produção pelas águas do Ribeirão Mandacaru, perpetrou o crescimento a olhos vistos; e, apesar de expressivos desastres naturais que ocorrem na zona tropical na qual a cidade se incrusta, o povoado cresceu e tornou-se uma importante cidade interiorana.

A intensa atividade de comércio estabelecida pelo capitão Séferis favoreceu a vinda de diversas famílias do sul da Europa, particularmente gregas e turcas. A imigração grega para o povoado de Mandacaru foi bastante expressiva. Essas famílias, diferentemente do ocorrido com outros vilarejos da região, trouxeram forte tradição

política e educacional, voltada à formação da cidade e dos cidadãos. Essa influência promoveu repercussões na prática política do município, influenciando a mudança de nome do povoado de Mandacaru para POLIS. Os nomes de vários estabelecimentos de saúde e de educação, inclusive de uma parte dos moradores de POLIS, revelam essa influência e ascendência de famílias gregas, vindas pelo Mar Egeu, braço do Mar Mediterrâneo, localizado entre a Grécia e a Turquia. Por outro lado, os nomes dos acidentes geográficos, rios, animais e de alguns hábitos, herdados dos habitantes primitivos dessa região, mantiveram parte da cultura indígena nativa.

POLIS localiza-se a 130 km da capital de São Paulo e tem a BR-101 como principal via de acesso. Além de encontrar em Santos a principal parceira de escoamento de seus produtos, a cidade possui no setor industrial sua principal fonte de subsistência.

O acesso rodoviário é realizado por uma estrada estadual que, ao longo do tempo, foi incorporada como alternativa no sistema viário da cidade, trazendo risco de acidentes para a população local e viajantes. Hoje, a área física da cidade supera os limites entre o Ribeirão Mandacaru e o Ribeirão das Águas Claras, comportando o crescimento desenfreado e a típica composição urbana brasileira de centros abastados e periferias menos favorecidas, o que chamam de cinturão em desenvolvimento.

Acompanhando o desenvolvimento citadino característico do Brasil, foi depois da Segunda Guerra Mundial que POLIS assentiu o desenvolvimento de sua indústria como principal fonte de crescimento do PIB, não abandonando a característica inicial da lavoura e da pecuária, mas incorporando o setor industrial como fundamental no seu desenvolvimento. Foi no início da década de 1970 que esse processo solidificou-se, tendo como exemplo o crescimento populacional, que era de 375.864 habitantes; e, já no final da mesma década, esse número praticamente dobrou. Atualmente, POLIS é o 3º município mais populoso do Estado e o 20º do Brasil. Com uma taxa de crescimento anual de 1,2%, a população foi estimada, em 2016, em 1.250 milhão de habitantes. Sua região metropolitana é composta de 19 municípios, que totalizam uma população estimada de 3.076.000 habitantes, para o mesmo ano. O atual prefeito tem nas áreas da Educação e da Saúde sua principal fonte de preocupação e, portanto, prioridade de investimento.



## 2.2. HISTÓRIA DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO DE POLIS

A história da estrutura de saúde constituída em POLIS decorre e funde-se com a História da Saúde do Brasil. Como nos primórdios da ciência de Hipócrates, o território de POLIS fora povoado também de curandeiros, benzedeiros, pajés, parteiras e charlatães, e ainda cirurgiões-barbeiros que tratavam de apaziguar as mazelas de saúde de sua população migratória ou imigratória, curando com chás e ervas as doenças recorrentes do nomadismo civilizatório, como escorbuto, e que ainda se utilizavam em grande escala no século XVIII, como a Triaga Brasília, medicamento produzido originariamente pelos jesuítas da Bahia com extratos de plantas de nossa flora e com ampla utilização em diversas doenças.



À época do surgimento de POLIS, o Brasil já se organizava politicamente menos como Colônia e mais como República, pois já contava com três escolas de Medicina e Cirurgia em seu território que se ocupavam do desenvolvimento de estudo das chamadas doenças tropicais. Eram elas a Escola de Cirurgia do Brasil, criada em Salvador em 1808; a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia, localizada no Hospital Militar do Morro do Castelo, no Rio de Janeiro, e a Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul.

Assim como o desenvolvimento de POLIS, a primeira Constituição Republicana Brasileira foi promulgada em fevereiro de 1891. Foi inspirada no modelo norte-americano, consagrando a República Federativa Liberal. Os estados, outrora denominados províncias, ficavam autorizados ao exercício de diversas funções, como as de organizar forças militares próprias ou contrair empréstimos no exterior. A organização e o custeio dos serviços de saúde estavam a cargo dos estados, pelo princípio da autonomia que a Constituição preconizava. Alguns estados, como São Paulo, organizaram em seus regulamentos a divisão de tarefas entre o que pertencia ao estado e o que pertencia aos municípios, como o saneamento básico,

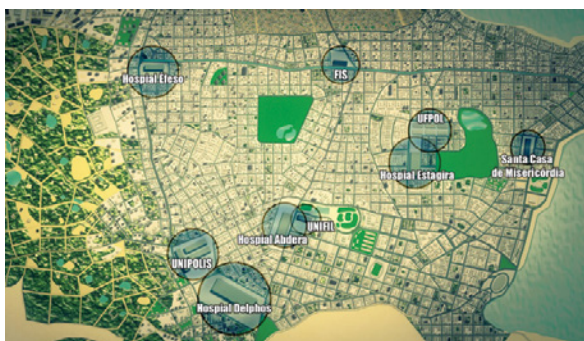


o policiamento sanitário das habitações, a fiscalização das fábricas e outros estabelecimentos, da alimentação, da vacinação e assistência pública aos indigentes. Ao Estado coube a organização e intervenção em relação a epidemias e a supervisão dos serviços conferidos aos municípios. Essa época revolucionou a História da Saúde do Brasil, com o trabalho dos sanitaristas Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, os quais, segundo alguns historiadores, foram os precursores de uma História de Saúde genuinamente científica e brasileira.

A liberdade e a responsabilidade garantidas pela Constituição de 1988 no que diz respeito à Saúde reforçaram a necessidade de uma estrutura de atenção em saúde mais sólida e abrangente para o município. POLIS qualificou a estrutura médico-hospitalar na área de urgência, e emergência, e internação, com expansão dos leitos de terapia intensiva e hospitalares. Passou a investir em sua estrutura própria de saúde.

Foi assim que surgiu, entre outras, a política de criação e consolidação da rede hospitalar de POLIS, hoje constituída de 5 principais hospitais. O primeiro Hospital de POLIS data de 1886 com a fundação da Santa Casa; em 1905 surgiu para atender os imigrantes advindos da primeira corrente imigratória, um esforço liderado por Angelos Séferis, primeiro médico estrangeiro a formar-se no Brasil, acompanhado de muitos médicos diplomados em seus países de origem e que impulsionaram os cuidados de saúde na região de POLIS. Delphos foi, por muito tempo, o único hospital do município; porém, após o movimento de industrialização do século XX, surgiram os Hospitais Universitários Estagira, como hospital-escola da Universidade Federal de POLIS, em 1960, e Abdera, em 1975, ambos provindos de autarquias públicas e motivados pela crescente expansão da educação no país e da necessidade de cuidados da população. O Hospital Éfeso surgiu da expansão de um centro clínico de médicos formados na região e, após passar por sérios problemas financeiros, foi arrendado pela operadora Biomed em 2007.

Ainda da ordem de organização de saúde, com base nas políticas públicas de saúde e na consolidação do SUS e da rede de atenção primária, POLIS dividiu-se em cinco distritos de saúde, cada um com microterritórios definidos na busca por uma política igualitária e eficiente no que diz respeito à qualidade de vida da sua população.



A autonomia municipal, garantida por lei, permitiu que as políticas de educação também se consolidassem. Apesar de ser responsável pelo Ensino Básico, o município conta com três universidades e uma faculdade. A Universidade Federal de POLIS, UFPOL, data de 1960 e é a mais antiga do município. Surgiu pela necessidade das carreiras da Saúde e do Direito. A Universidade Filantrópica, UNIFIPO, foi criada em 1978, no final do período ditatorial brasileiro, e início da abertura da valorização da educação para todos.

Com 24 anos de fundação, surgida em 1992, a UNIPOLIS é privada e tem investido ultimamente na abertura de cursos na área da Saúde. A instituição de educação mais jovem é a FIS – Faculdades Integradas de Saúde, surgida em 2005 e ainda em expansão na busca pelo título de universidade, tão logo preencha os requisitos exigidos pelo Ministério da Educação.

A história de POLIS acompanha a história da constituição civilizatória do Brasil.



### 3. Território e população

#### 3.1. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

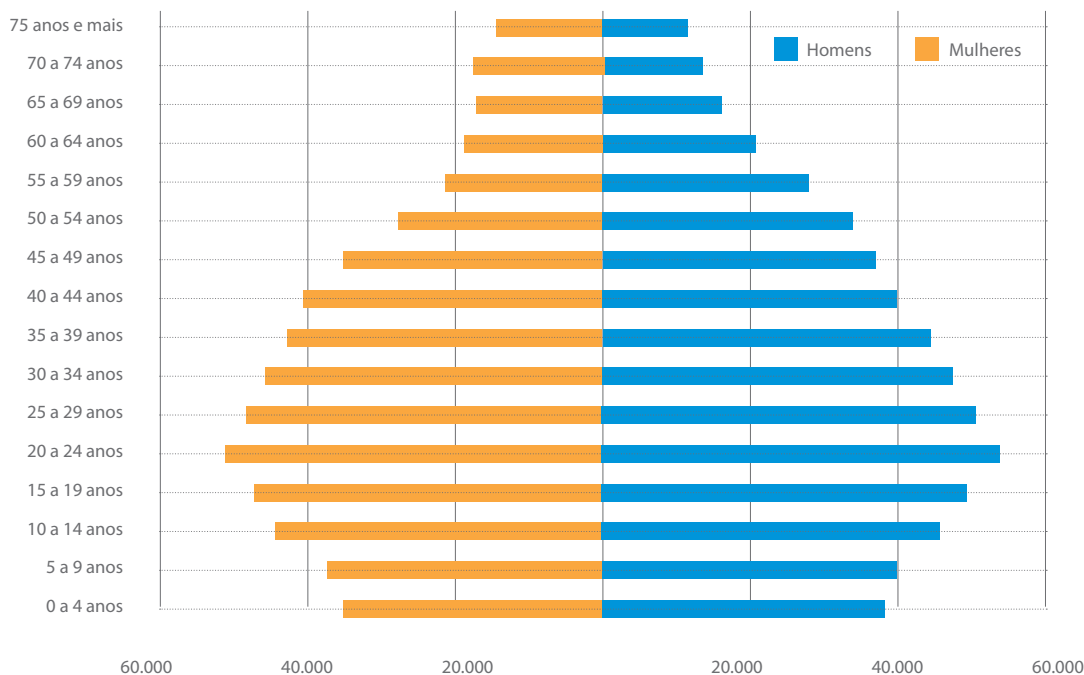
POLIS localiza-se na região centro-leste, uma das mais desenvolvidas do estado paulista. A cidade, ladeada por florestas remanescentes de Mata Atlântica, tem a BR-101 como principal via de acesso.

O município cresceu às margens dos ribeirões Mandacaru e Águas Claras, circundado ao norte pela região serrana. O clima tropical de altitude com temperaturas amenas durante o ano tem nas chuvas do período do verão as principais ocorrências de desastres naturais, principalmente inundações e deslizamentos, provocados pela ocupação desordenada, especialmente nas encostas dos morros.

#### 3.2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

POLIS tem baixa razão entre os sexos, a população é homogênea nas faixas etárias, com exceção da faixa acima de 60 anos, em que as mulheres são maioria. Percebe-se a prevalência de habitantes nas faixas etárias economicamente ativas, mas a base maior que o ápice ainda aponta para o crescimento populacional (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Pirâmide etária, POLIS, 2015.

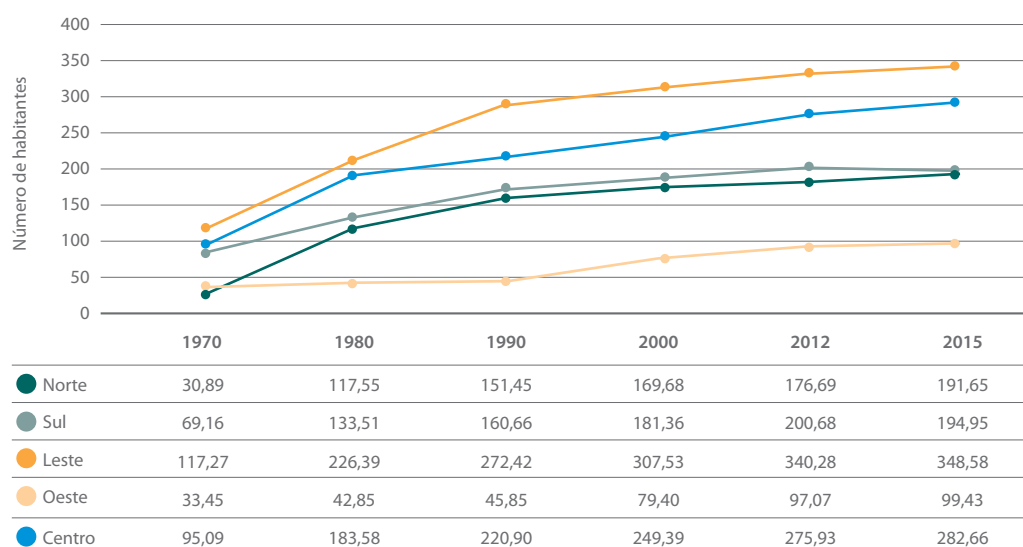


Os anos 1970 despontam como a década de maior crescimento tanto em POLIS quanto nas outras unidades federativas. A redução gradual na população é uma tendência reproduzida durante os anos e com a propensão de redução nas taxas de natalidade e imigração. POLIS encontra-se atualmente na média estadual de taxa de crescimento (GRÁFICO 2).

**Gráfico 2 – Taxa de crescimento populacional por década, POLIS, 1970-2012.**

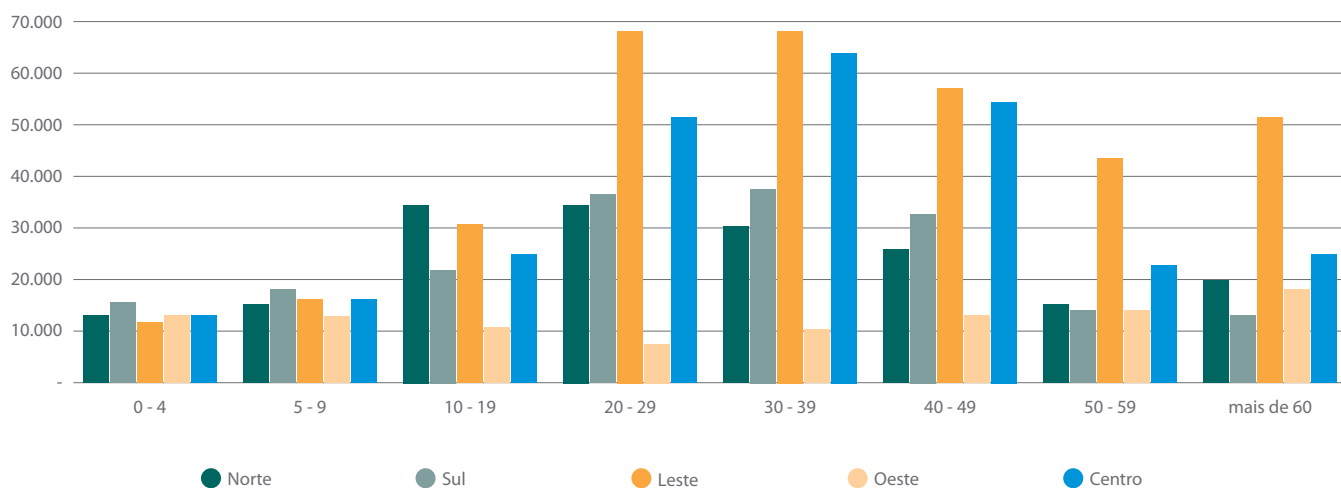
Desde o início do século XXI, a população de POLIS apresenta uma tendência de desaceleração do ritmo de crescimento. Com exceção do distrito Sul, que teve uma queda no crescimento populacional nos últimos anos, os demais distritos apresentam um crescimento em torno de 3% ao ano (GRÁFICO 3).

13

**Gráfico 3 – Evolução populacional dos distritos (em 1.000 habitantes), POLIS, 1970-2015.**

Os distritos de POLIS seguem uma tendência de redução populacional na faixa etária infantil e grande concentração de moradores economicamente ativos. Consta-se disparidade entre os dados do Oeste perante os outros distritos que apresentam uma pirâmide etária de base e ápice reduzidos, com concentração populacional nas faixas centrais (GRÁFICO 4).

**Gráfico 4 – Distribuição etária por distrito, POLIS, 2015.**



POLIS possui uma taxa de crescimento populacional próxima a 1,2% ao ano. Em 2015, contava com mais de 1 milhão de pessoas, estando entre os municípios mais populosos do Brasil.

O município de POLIS possui maior número de mulheres do que de homens (Razão dos Sexos - número de homens para cada grupo de 100 mulheres) de 97,6. Na mesma linha segue o município de São Paulo, possuindo uma taxa ainda maior.

O município de POLIS possui uma elevada taxa de urbanização, e mais de 98,8% dos moradores vivem em áreas urbanas, um pouco maior daquela encontrada no Estado (96,2%). Grande parte dos 1,2% dos moradores da zona rural de POLIS encontra-se no Distrito Oeste, que vive a conurbação de antigos sítios, fortemente derivada da expansão comercial do município.

O Índice de Envelhecimento avalia o processo de ampliação do segmento idoso da população, sendo obtido por meio da razão entre a população idosa e a população jovem. Esse indicador permite observar a evolução do ritmo de envelhecimento de uma determinada população, podendo subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde e de previdência social. POLIS possui um índice (51,5%) menor do que o observado no Estado (67,2%). O Quadro 1 resume alguns indicadores demográficos selecionados.

**Quadro 1** – Indicadores demográficos selecionados, POLIS, município de São Paulo e Estado de São Paulo, 2015.

Indicadores	POLIS	Município São Paulo*	Estado São Paulo*
População	1.117.240	11.581.798	43.046.555
Densidade demográfica (hab/km <sup>2</sup> )	1247,8	7398,3	177,4
Razão dos sexos	97,6	90,4	94,8
Grau de urbanização	98,8	99,1	96,2
% População menor 15 anos	21,5	19,5	19,6
% População maior 60 anos	11,2	13,5	13,2
Índice de envelhecimento	51,5	69,3	67,2

Fonte: Fundação SEADE

### 3.3. HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA

15

#### HABITAÇÃO

Considerando o rápido crescimento de POLIS, os indicadores de habitação e de infraestrutura apontam o grau de ajuste das famílias e do planejamento urbano às mudanças econômicas e demográficas do município e da região. Em relação às habitações, pode-se observar que a análise do espaço interno dos domicílios encontra-se num percentual abaixo do identificado na região. No tocante à infraestrutura interna desses domicílios, POLIS tem percentual discretamente mais alto que o regional em relação às dimensões domiciliares.

#### MANEJO DO LIXO

O lixo coletado em POLIS segue para destinos sanitários. Em relação à região do estado, a coleta do município apresenta percentual menor de coleta e tratamento.

#### ABASTECIMENTO DE ÁGUA

O município, cercado pelas águas dos ribeirões Águas Claras e Mandacaru, consegue responder pelo abastecimento de água, que chega encanada a mais de 97% do território, considerando os domicílios e estabelecimentos de POLIS.

#### MANEJO DE ESGOTO SANITÁRIO

POLIS cumpre com as responsabilidades sanitárias de seu território. Conta com um sistema sanitário para esgoto que dá cobertura a 85% dos domicílios e estabelecimentos. Em relação ao tratamento desse rejeito, o município enfrenta dificuldades e desafios.

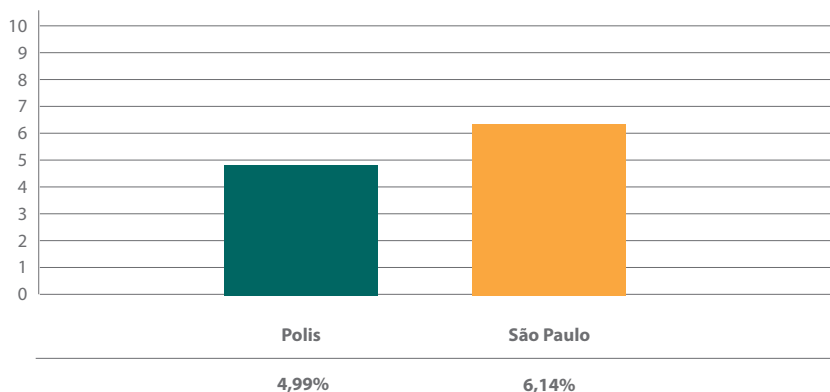


### 3.4. EDUCAÇÃO

Os indicadores em educação revelam que POLIS tem quase 50% de seus moradores jovens adultos com Ensino Médio completo e que a população entre 15 e 64 anos tem 8,5 anos de média de estudo, ambos acima do calculado para a região de governo. A população acima de 25 anos com Ensino Básico em POLIS tem taxa menor que a da região de governo em que o município está localizado.

Considerando a população de maiores de 15 anos, POLIS apresenta uma porcentagem de analfabetismo de 4,99. Esse percentual encontra-se abaixo do calculado para a região governamental (GRÁFICO 5).

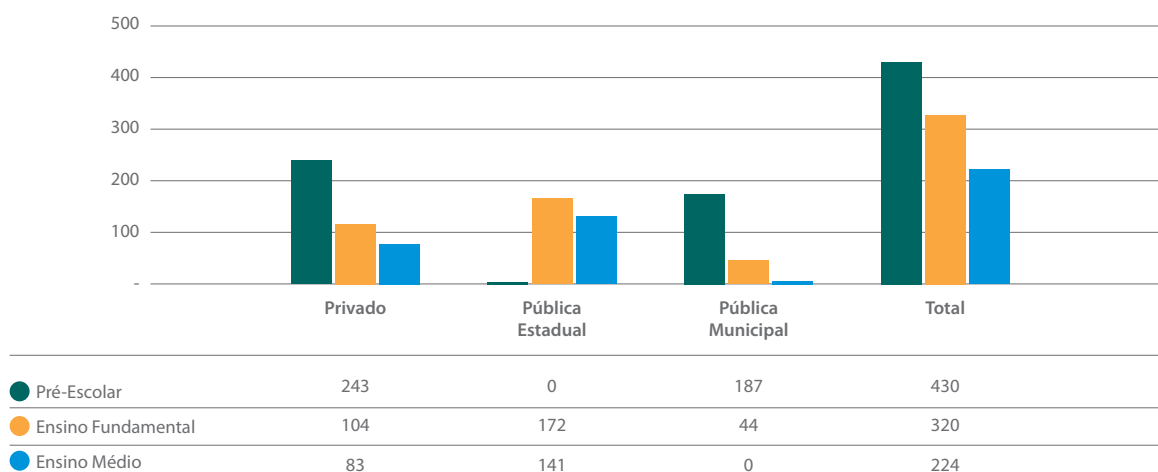
**Gráfico 5 – Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais, POLIS, 2015.**



16

POLIS possui uma rede de Ensino Básico com grande cobertura. A prefeitura municipal é responsável pelas vagas gratuitas no ensino Pré-escolar e no Ensino Fundamental, o governo do estado oferta vagas de Ensino Fundamental e Médio. A rede privada de ensino atua nos três estágios educacionais (Gráfico 6).

**Gráfico 6 – Número de escolas por estágio educacional e setor, POLIS, 2015.**

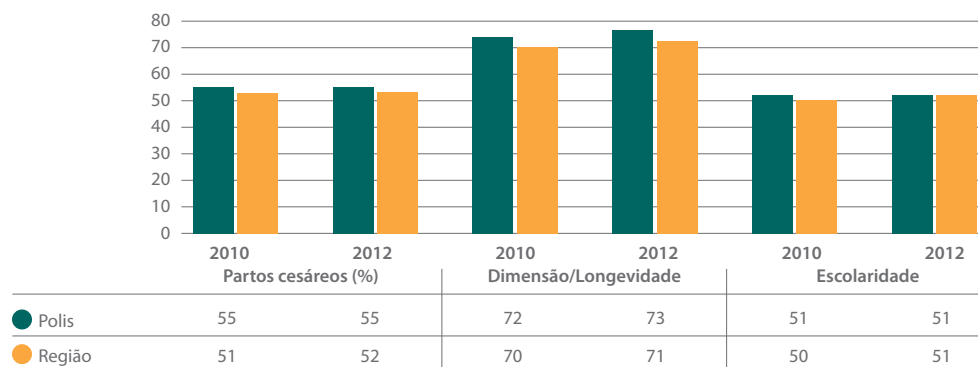


### 3.5. CONDIÇÕES DE VIDA

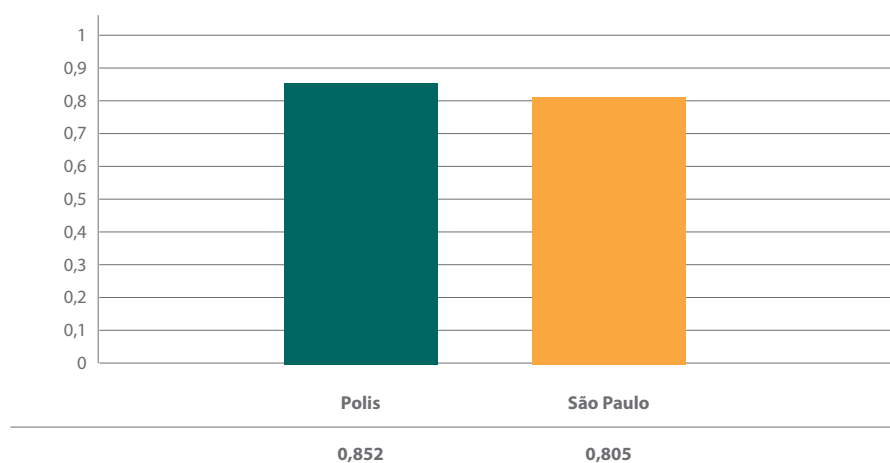
O Índice Paulista de Responsabilidade Social sintetiza a situação de cada município no que diz respeito à riqueza, escolaridade e longevidade. O IPRS é usado para classificar em cinco categorias os municípios de São Paulo, POLIS está classificada no Grupo 1, com alta riqueza, alta longevidade e média escolaridade (GRÁFICO 7).

POLIS possui o terceiro melhor IDHM do estado, perdendo apenas para os municípios que apresentam IDHM de 0,862 e de 0,854. A capital do estado encontra-se na 14ª posição no ranking estadual (GRÁFICO 8).

**Gráfico 7** – Índice de responsabilidade social (IPRS), segundo dimensões, POLIS e região, 2010 e 2012.

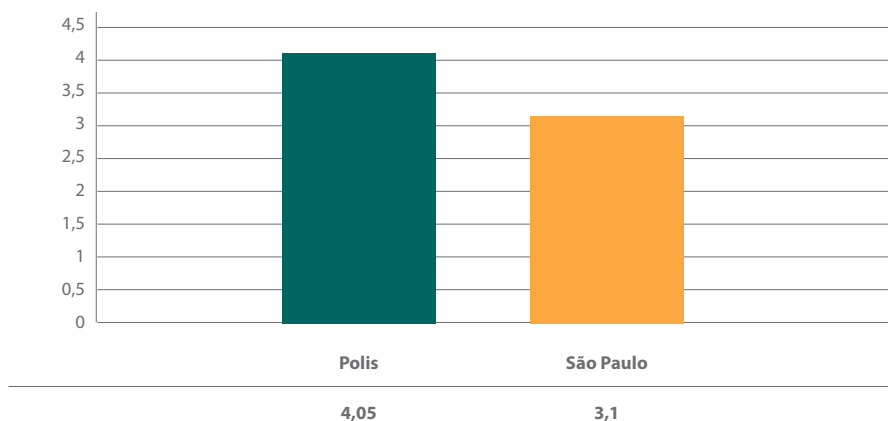


**Gráfico 8** – Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), POLIS, 2015.



A renda per capita em salários mínimos de POLIS está acima da média de sua região de governo (GRÁFICO 9).

**Gráfico 9** – Renda per capita (em salários mínimos), POLIS e região, 2015.

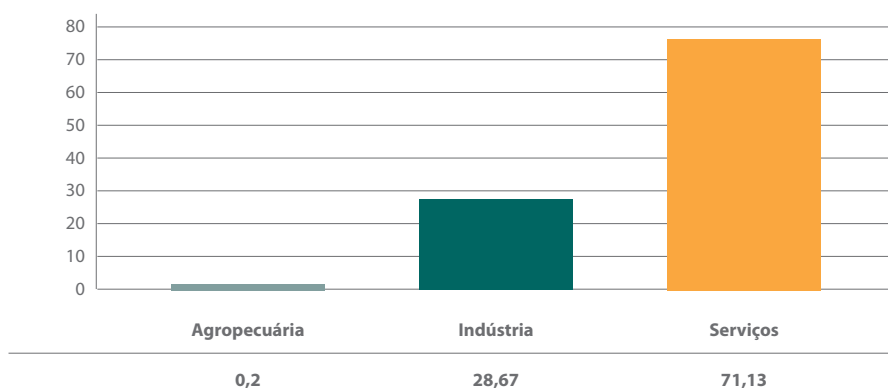


### 3.6. EMPREGO E RENDIMENTO

18

A economia de POLIS foi fortalecida nos primórdios do município pelas plantações cafeeiras e outros dividendos vindos do mundo agrícola; hoje esse setor é o que menos influencia economicamente o município. A indústria e, principalmente, os serviços são as bases fundamentais da economia atual de POLIS (GRÁFICO 10).

**Gráfico 10** – Participação econômica por setor, POLIS, 2015.



A agropecuária, que também teve importante contribuição na base das atividades econômicas de POLIS, atualmente tem pequena participação na geração de empregos no município, que gira, fundamentalmente, em torno do setor de serviços, seguido pela indústria. A indústria e o conjunto de serviços são as principais fontes de rendimento em POLIS. A construção civil também tem ganhado destaque por remunerar melhor que o comércio (GRÁFICOS 11 e 12).

Gráfico 11 – Participação de vínculos empregatícios por setor, POLIS, 2015.

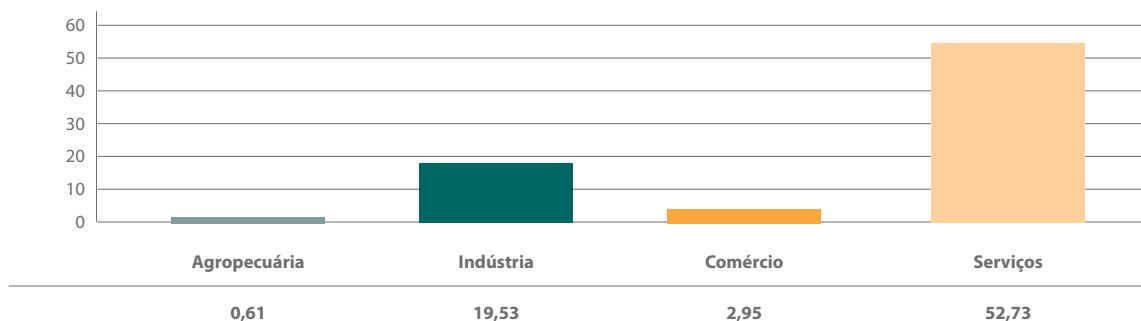
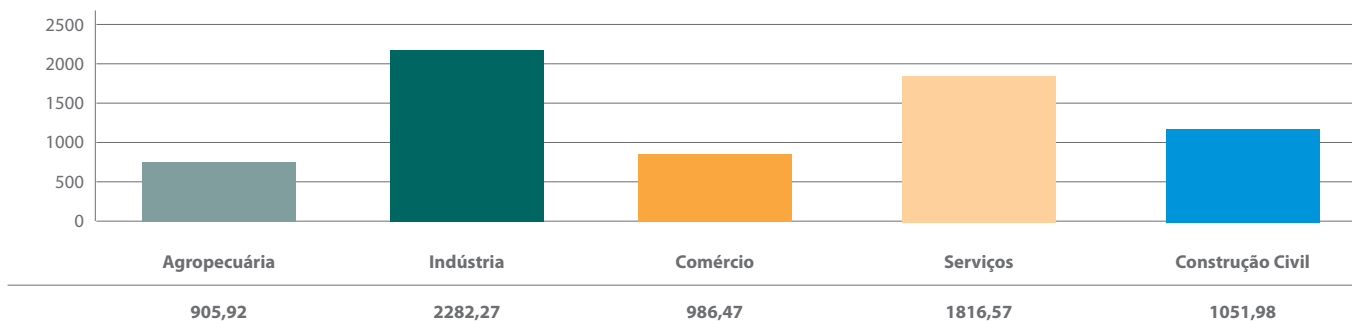


Gráfico 12 – Rendimento médio nos vínculos empregatícios (reais correntes) por setor, POLIS, 2015.



### 3.7. ECONOMIA

O Produto Interno Bruto de POLIS representa 2,83% do PIB do estado de São Paulo. Com mais de 30 bilhões anuais, o município segue o mercado de sua região, tendo na indústria e nos serviços a maior parte de sua receita (GRÁFICO 13). POLIS é um município desenvolvido e de grande potencial econômico baseado na indústria e serviços. O PIB per capita encontrado no município se aproxima ao da capital do estado, município brasileiro de maior desenvolvimento (GRÁFICO 14).

Gráfico 13 – Produto Interno Bruto (PIB) por setor, POLIS, 2015.

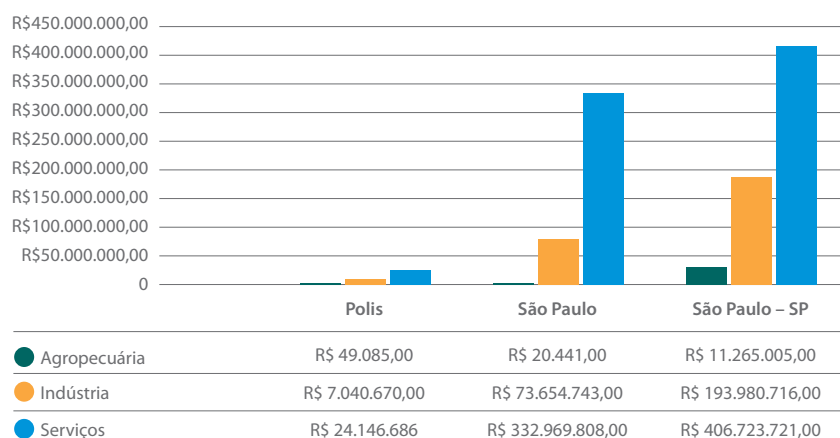
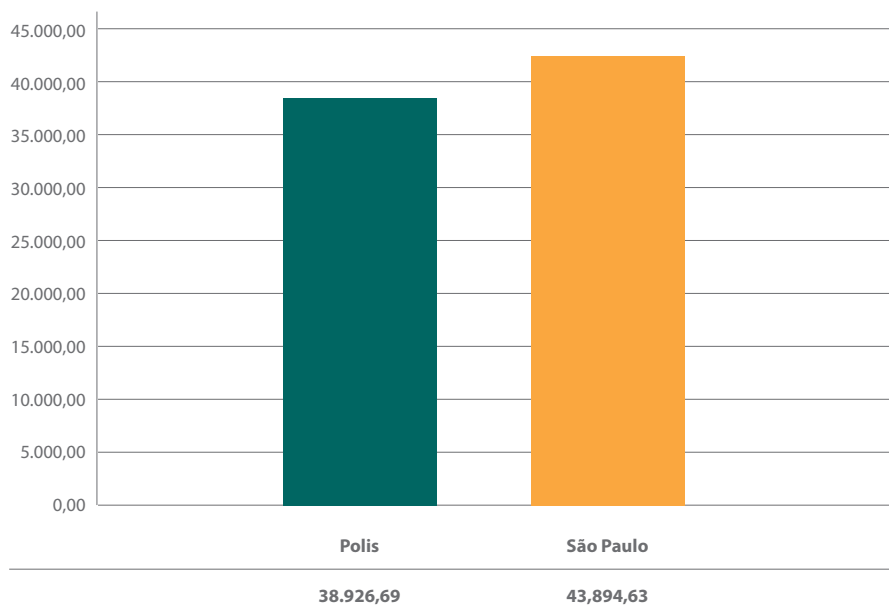


Gráfico 14 – Produto Interno Bruto (PIB) per capita (reais correntes), POLIS, 2015.



### 3.8. SAÚDE

Ao considerarmos a tendência demográfica e epidemiológica das populações ocidentais urbanas de países em desenvolvimento, observamos um processo acentuado de envelhecimento populacional, com declínio das taxas de natalidade e um predomínio de doenças crônicas. A realidade em POLIS confirma essa tendência. As taxas de natalidade e fecundidade são menores do que aquelas observadas para o Estado de São Paulo.

O perfil de mortalidade em POLIS mostra que as três principais causas de morte no município são as mesmas do estado de São Paulo e do Brasil, no ano de 2015. Em primeiro lugar estão as doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias. Esse perfil é característico do fenômeno da transição epidemiológica, em que as doenças e os agravos não transmissíveis passam a responder pela maioria dos óbitos, em função do processo de envelhecimento da população, da melhoria de acesso aos serviços de saúde, do longo período de latência para o surgimento dessas doenças e o estilo de vida em nossa sociedade (GRÁFICOS 15 e 16; FIGURA 1).

Gráfico 15 – Mortalidade geral proporcional por causas, POLIS, 2015.

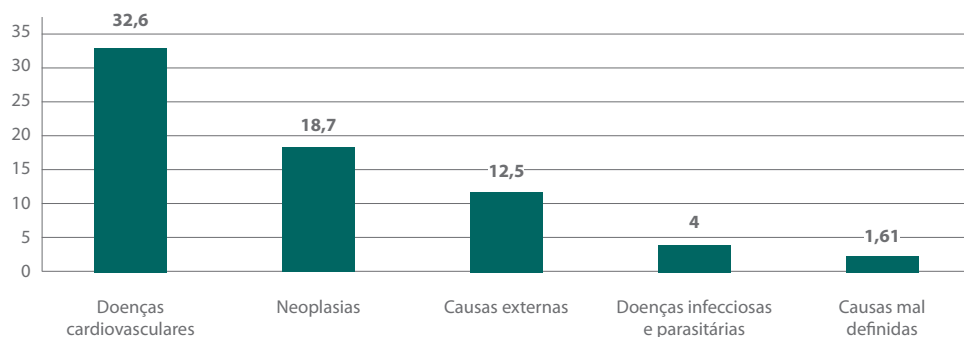
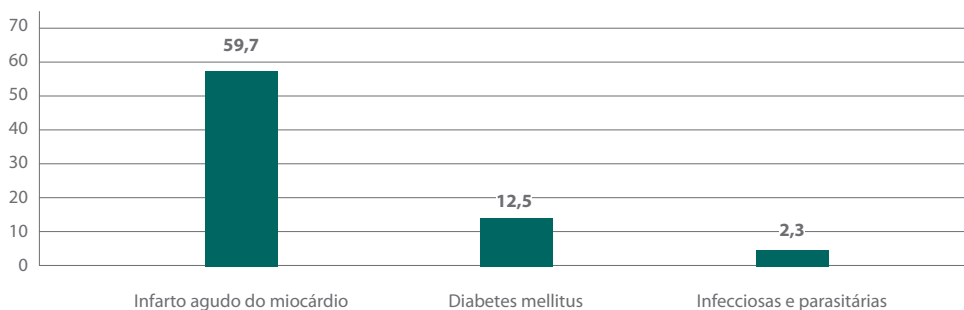


Gráfico 16 – Mortalidade por causas selecionadas (por 100.000 hab.) POLIS, 2015.



Pulmão, traqueia e brônquios - 21,1  
Próstata - 12,7

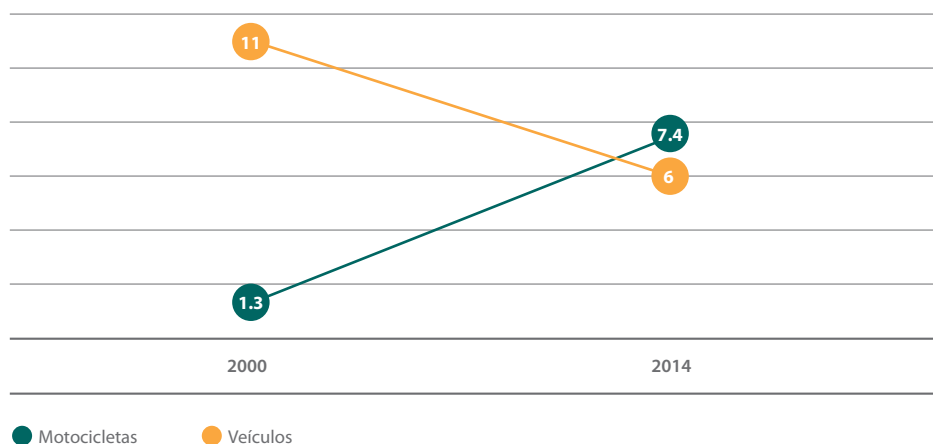


Mama - 15,6  
Cólon e reto - 10,2

Figura 1 – Mortes por neoplasias conforme o sexo (coeficientes por 100.000 hab.).

Os acidentes e as violências vêm ganhando cada vez mais importância no perfil epidemiológico de POLIS nos últimos anos. Nesse grupo, que também é denominado de causas externas, os acidentes de trânsito lideram as causas de morte no município, superando as causas por outras violências, como arma de fogo e outras agressões. Cabe ressaltar que, entre os acidentes, aqueles que envolvem a utilização de motocicletas são a principal causa de óbitos por causas externas em POLIS.

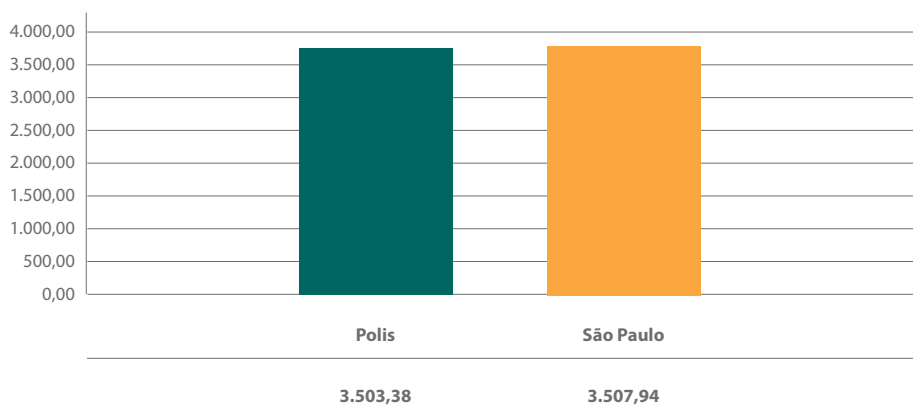
Gráfico 17 – Comparativo da taxa de mortalidade em acidentes de trânsito (por 100.000 hab.), POLIS 2010 e 2014.



A taxa de mortalidade em acidentes com motociclistas aumentou no relatório de notificações divulgado em 2014, já a de outros veículos reduziu, como pode ser visto no Gráfico 17. O risco de morte por acidentes de moto é diferente de acordo com a idade e o sexo. Os homens com idade entre 15 e 34 anos são a maioria das vítimas fatais por acidentes desse tipo. Além disso, em POLIS, os homens têm o risco 10,6 vezes maior de morrer de acidente de moto do que as mulheres.

A taxa de mortalidade na população de terceira idade é, em POLIS, menor do que a taxa calculada para o Estado (GRÁFICO 18).

Gráfico 18 – Taxa de mortalidade da população de 60 anos ou mais (por 100.000 hab.), POLIS, 2015.



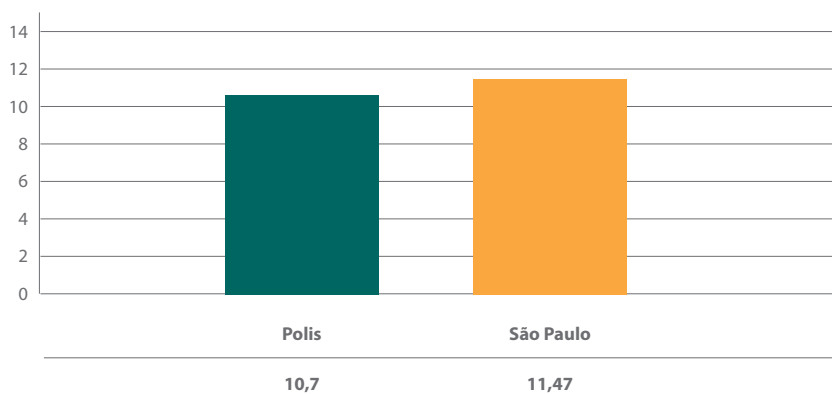
Em relação à mortalidade infantil, pode-se observar uma trajetória descendente, com início na década de 1970. Em 2015, a taxa de mortalidade infantil atingiu o nível mais baixo, chegando a 10,70 por mil nascidos vivos. Os principais componentes da mortalidade infantil mostram que 50% das mortes observadas em 2015 ocorreram nos primeiros sete dias de vida, correspondendo à mortalidade neonatal precoce; 20% dos óbitos de crianças com 7–27 dias, considerados como mortalidade neonatal tardia e, 30% com 28–364 dias, definidos como mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia.

No entanto, observa-se que o distrito norte não acompanha a queda na mortalidade infantil ocorrida no município, persistindo acima dos 20 por 1.000 nascidos vivos e o componente pós-neonatal responsável por mais de 50% dos óbitos infantis (GRÁFICO 19).

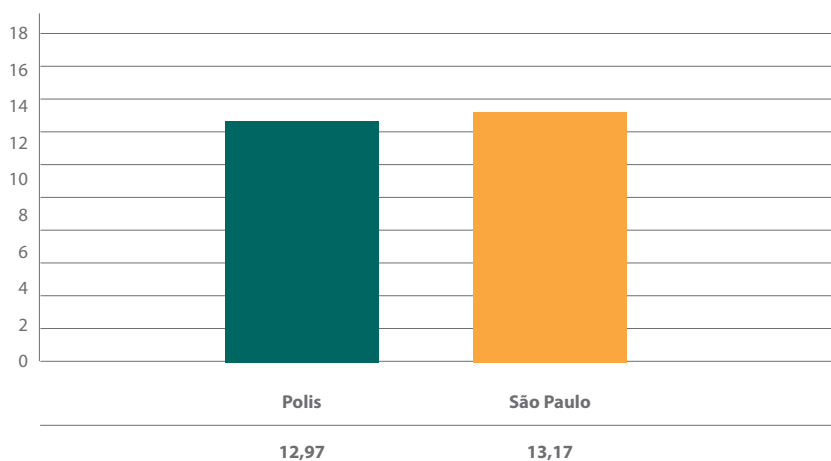
A mortalidade materna também tem mostrado declínio nos últimos anos, embora num ritmo mais lento do que o observado na mortalidade infantil. Em 2015, a taxa de mortalidade materna foi de 29,3 por 100.000 nascidos vivos. Os óbitos por causas maternas de residentes em POLIS, foram devidos a causas diretamente ligadas ao pré-natal, parto e puerpério e apenas um por causas indiretas.

Do mesmo modo que a mortalidade infantil, a queda na taxa de mortalidade materna não foi homogênea em todos os distritos, destacando-se a região oeste com as maiores taxas ao longo dos anos. Com relação à taxa de parto cesáreo, observa-se um crescimento em todos os distritos de POLIS, atingindo 42%, acima dos níveis recomendados pela OMS, 15%. Os óbitos de menores de 5 anos de idade em POLIS encontram-se abaixo da média estadual (GRÁFICO 20). A taxa de mortalidade entre adolescentes e adultos jovens em POLIS (113,32/100.000) também está abaixo do percentual encontrado no estado (121,76/100.000).

**Gráfico 19** – Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos), POLIS, 2015.



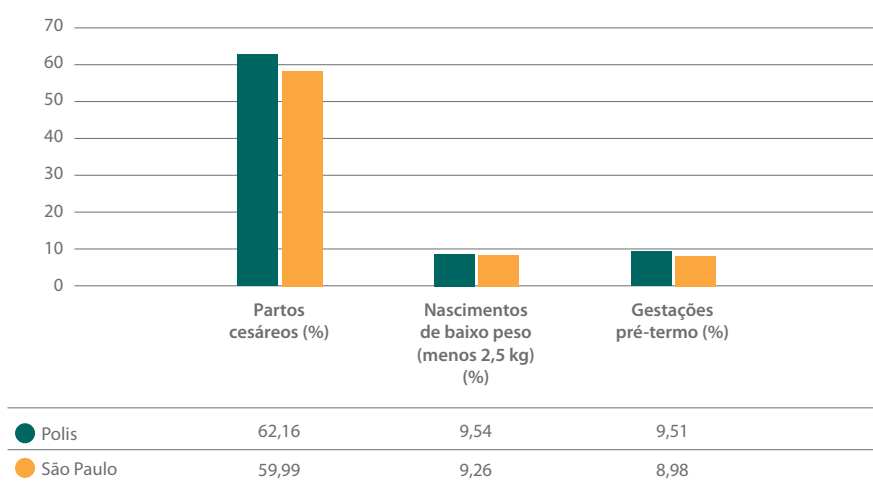
**Gráfico 20** – Taxa de mortalidade na infância (por 1000 nascidos vivos), POLIS, 2015.



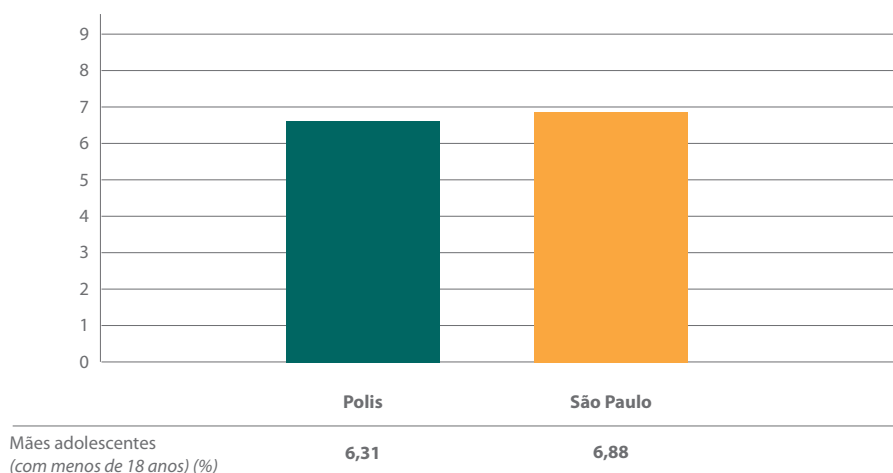


POLIS tem uma rede estruturada de atendimento às gestantes, o que resulta em taxas positivas para os indicadores relacionados à atenção pré-natal e ao parto. O percentual de atendimento às mães no pré-natal (83,29%) mostra-se maior do que a taxa estadual (78,33%). Seguindo a tendência do Estado, o município tem um número alto de partos cesáreos, acima dos índices de 5 a 15% recomendados pela Organização das Nações Unidas. A gravidez na adolescência é a realidade de 6,31% das gestações que acontecem em POLIS, um percentual ligeiramente mais baixo do que o encontrado no estado (GRÁFICOS 21 e 22).

**Gráfico 21 – Estatísticas de Obstetrícia, POLIS e São Paulo, 2015**



**Gráfico 22 – Mães adolescentes, POLIS e São Paulo, 2015**



Nos últimos 20 anos, mudanças no perfil de morbimortalidade, especialmente em decorrência da relevância assumida pelos acidentes de trânsito, homicídios e doenças crônicas na carga global de doenças anteriormente controladas, e o surgimento de novas doenças veiculadas por transmissores ainda não controlados apresenta-se como um novo desafio. A dengue encontra-se em estado endêmico, com vários episódios epidêmicos na última década, e outras situações de risco, como Zika Vírus, a febre chikungunya, e surtos de infecção hospitalar, são exemplos desse quadro. A AIDS representa o principal componente da mortalidade entre as doenças infecciosas e parasitárias.

As doenças infecciosas, apesar de terem apresentado redução na composição do perfil de morbidade em POLIS, continuam sendo importante problema de saúde pública no município, especialmente na área rural e nos distritos norte e oeste.

Ainda no grupo das doenças transmissíveis sob vigilância estão principalmente aquelas passíveis de prevenção por vacinação, que apresentaram franco declínio em todo o Brasil, como sarampo, difteria, tétano neonatal, raiva humana e coqueluche. A vigilância epidemiológica estadual inclui ainda, nesse grupo, a rubéola e a meningite por haemophilus. Outras doenças com tendência declinante, e ainda sem prevenção por vacina, são doença de chagas, hanseníase e febre tifoide associada a condições sanitárias.

No grupo das doenças transmissíveis com quadro de persistência encontram-se:

**(i) Leptospirose:** os casos no município apresentam sazonalidade nítida nos meses chuvosos, apesar de ocorrerem o ano todo. Há uma média anual constante de casos que geralmente se relacionam com áreas de enchentes e situações precárias de moradia. As taxas de letalidade estiveram altas no início dos anos 2000, tendo apresentado forte redução após a realização de ações de capacitação para os profissionais das Unidades Básicas e dos Prontos-Socorros. Nos dois últimos anos não ocorreram óbitos pela doença no município;

**(ii) Esquistossomose:** é sabidamente transmitida no município desde meados do século passado, sendo notificados cerca de 200 pacientes por ano. A transmissão dessa doença em POLIS ocorre, principalmente, em áreas de urbanização inadequada, sendo a principal forma de contato as atividades de lazer em lagoas da periferia. Nos últimos anos houve o registro de pacientes com formas medulares graves;

**(iii) Meningites:** destaca-se nesse grupo a meningite causada por meningococo. Em 1996 ocorreu uma epidemia no município que resultou na vacinação contra os meningococos dos tipos A e C. A partir de 1997, houve diminuição no número dos casos, com coeficiente de incidência em torno de 2 por 100.000 habitantes, com letalidade de, aproximadamente, 30%;

**(iv) Sífilis congênita:** a notificação de casos de sífilis congênita foi, em média, de seis por ano, no período entre 1998 e 2003. Como a partir de julho de 2004 a notificação de casos de sífilis congênita passou a ser obrigatória em todo o país, observou-se um incremento de casos, tendo sido notificados 32 em 2010 e, em média, 40 casos anuais entre 2011 e 2015;

**(v) Tuberculose:** o perfil epidemiológico da tuberculose no município caracteriza-se pela tendência de queda do coeficiente de incidência nos últimos anos e pela estabilidade do coeficiente de mortalidade específica em torno de 1 por 100.000 habitantes. Apesar disso, os indicadores do programa de controle da tuberculose apresentam-se abaixo das metas propostas pela Organização Mundial da Saúde, como a taxa de cura em torno de 70% e o abandono de 9% a 12% de óbitos, principalmente associados à infecção por HIV;

**(vi) Doenças transmitidas por alimentos e de veiculação hídrica:** em relação às doenças diarreicas agudas, ocorreram dois surtos, provavelmente ocasionados pelo rotavírus, com 1000 a 2500 casos notificados, respectivamente nos anos de 2010 e 2014. Em 2015 (dados até junho), foram notificados e investigados 16 surtos de doenças diarreicas agudas e dois casos de diarreia pelo agente E. coli H.O:157, além de um surto de toxinfecção alimentar entre estudantes de escola municipal.

No quadro de doenças emergentes e reemergentes destaca-se a Influenza por H1N1: 30 casos de Influenza pelo vírus A(H1N1), em 2009, relacionados à pandemia. Em 2015 houve 4 casos sem registro de óbitos.

## RISCOS SANITÁRIOS, AMBIENTAIS E OCUPACIONAIS

Em 2015, as equipes de vigilância de POLIS contabilizaram 59 áreas contaminadas sujeitas à vigilância e ao controle quanto aos riscos sanitários, ocupacionais e ambientais, 35 das quais cadastradas oficialmente pelo órgão estadual de controle ambiental, e as demais classificadas como suspeitas e indicativas de investigação. Os resultados do monitoramento da qualidade da água de consumo humano encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

A gestão de resíduos urbanos tem tido a participação dos agentes de saúde no município, a partir dos programas de controle de dengue e zoonoses prevalentes, como leptospirose. As equipes de vigilância também são acionadas para atendimento emergencial ao descarte criminoso de resíduos em áreas públicas, sendo responsáveis pelas providências na perspectiva de correção e prevenção desses eventos.

A geração diária de resíduos domésticos urbanos varia em torno de 0,7 a 1 kg/habitante/dia; e de resíduos da construção civil, em torno de 3 kg/habitante/dia.

As políticas de controle da qualidade do ar estão em estágio incipiente. POLIS possui uma frota de mais de 500.000 veículos em circulação, atingindo índice de um veículo para cada dois habitantes.

A poluição eletromagnética, originada do funcionamento de sistemas de rádio e telecomunicação sem fio, tem recebido tratamento diferenciado no município, a partir de pioneira legislação municipal que disciplina a matéria, particularmente a partir da expansão dos sistemas de telefonia móvel.

A fauna urbana de POLIS caracteriza-se pela grande presença de animais sinantrópicos e domésticos, com destaque para a população de roedores, pombos, cães e gatos. A estimativa populacional aponta uma relação com a população humana: cão de 7:1 e de gatos de 18:1. A população de morcegos é diversificada, incluindo morcegos hematófagos. Temos a presença de equinos na área urbana, bem como criações de suínos e ruminantes. Apesar da crescente urbanização ainda há persistência de pequenas criações de animais na área rural.

### PRINCIPAIS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

26

Os usuários de motocicleta, especialmente os trabalhadores que utilizam esse tipo de veículo em suas atividades diárias, representam a parcela mais significativamente envolvida em acidentes com vítimas fatais e com sequelas graves.

Outros trabalhos informais, também considerados vulneráveis, relacionam-se aos extratores de areia e catadores de material reciclável, tendo havido pouca mudança do perfil epidemiológico, por essas causas, nos últimos dez anos.

Registrou-se aumento de casos de lesão por esforço repetitivo – LER, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT e de perda auditiva induzida por ruído – PAIR, bem como cânceres relacionados ao trabalho, intoxicações exógenas, transtornos mentais e acidentes com exposição a material biológico.

### VIOLÊNCIA

No que diz respeito à violência em POLIS, é possível observar um crescimento nas notificações contra crianças e adolescentes, as quais corresponderam a um total de 674 registros em 2015. O número de casos de agressão contra idosos também vem aumentando, com um total de 79 registros em 2015. Quando analisado o tipo de violência, observa-se que no mesmo ano a violência física correspondeu a 36,7% dos casos registrados e, com relação ao grau de parentesco do agressor com a vítima, mãe/pai totalizou 36,8% dos casos notificados.

As violências e os acidentes são monitorados em POLIS através do VIVA-SINAN e VIVA – inquérito. Os maiores notificadores são as unidades de pronto atendimento. A violência contra a mulher continua a mais prevalente, configurando 72% dos casos, sendo a predominância na faixa etária de 20 a 34 anos. Os dados relacionados à cor/etnia são de preenchimento falho, além de inexistirem os dados relacionados à opção/preferência sexual. Os casos de homofobia chegam ao setor saúde por meio das ONGS, da mídia ou da Coordenadoria Municipal da Diversidade, e também apresentam tendência de aumento.

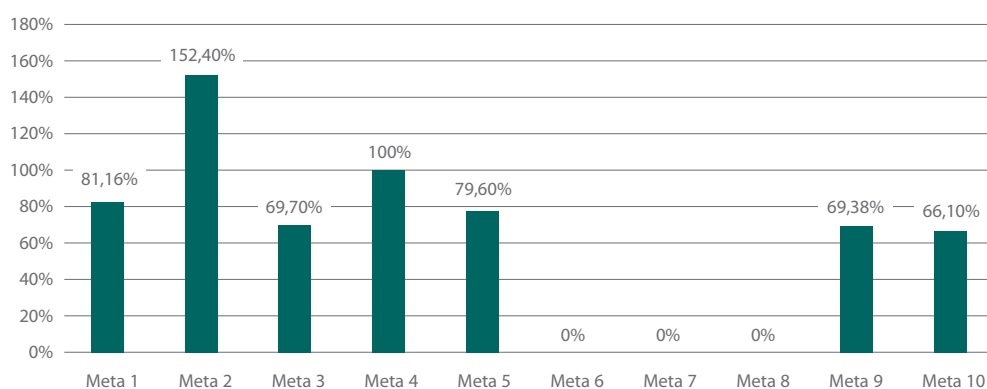
### 3.9. METAS DO MILÊNIO

#### OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

Em setembro de 2000, 189 nações firmaram um compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Esse compromisso foi concretizado por meio da definição dos sete Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que deveriam ser alcançados até dezembro de 2015.

A partir dos objetivos, foram definidas 10 metas e, ao se aproximar o prazo estipulado para o alcance dos ODM, o Brasil apresenta resultados positivos em algumas das metas traçadas, mas precisa avançar em outras. O município de POLIS já atingiu duas metas e precisa melhorar em outras.

Veja os resultados alcançados por POLIS em cada uma das metas:



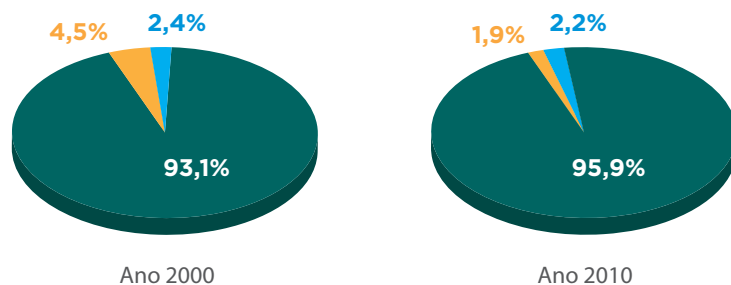
27

#### OBJETIVO 1 - ERRADICAR A EXTREMA POBREZA E A FOME

Esse objetivo visa reduzir pela metade o número de pessoas extremamente pobres, ou seja, aquelas que vivem com menos de 1,25 dólar por dia, e a proporção da população que sofre de fome.

**META 1: REDUZIR PELA METADE, ATÉ 2015, A PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COM RENDA ABAIXO DA LINHA DA POBREZA.**

#### Proporção de pessoas em relação à linha da pobreza



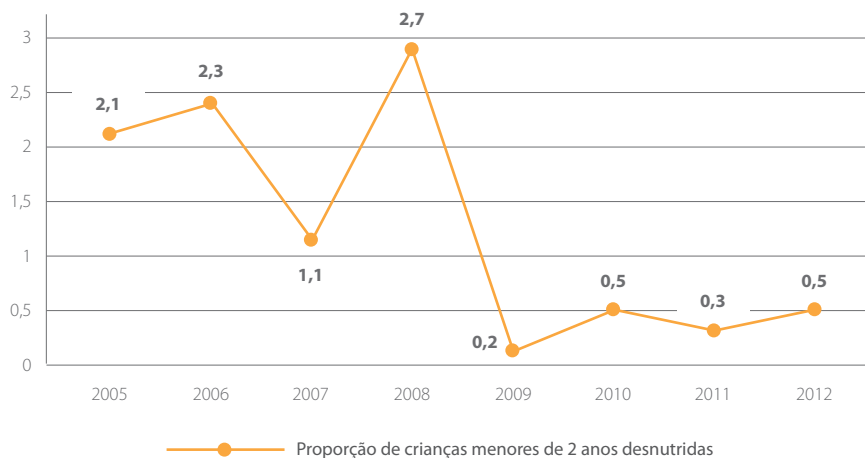
Em 2000, o município de POLIS tinha 6,9% de sua população vivendo com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00, percentual que reduziu para 4,1% em 2010. Mesmo apresentando uma redução de 40,58% no período, a meta ainda não foi atingida.

- Acima da linha da pobreza
- Entre a linha da indigência e pobreza
- Abaixo da linha da indigência

META 2: REDUZIR PELA METADE, ATÉ 2015, A PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO QUE SOFRE DE FOME.

Para o cálculo dessa meta foi considerada a condição de nutrição das crianças de 0 a 2 anos de POLIS.

**Proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas**



No município, em 2010, 2,1% das crianças de 0 a 2 anos de idade estavam na condição de desnutrição. Em 2012, o número de crianças desnutridas, menores de 2 anos, era de 0,5%, indicando uma diminuição de 76,2% e, conseqüentemente, o atingimento da meta.

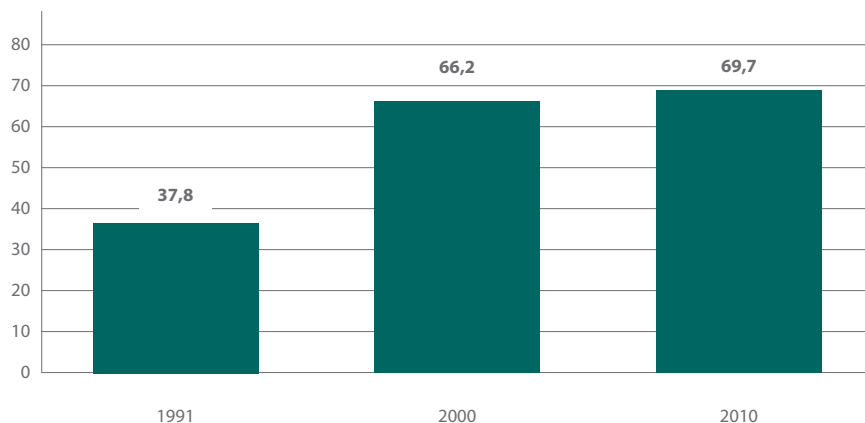
**OBJETIVO 2 - GARANTIR O ENSINO BÁSICO FUNDAMENTAL A TODOS**

Esse objetivo busca garantir que todas as crianças, de ambos os sexos, de todas as regiões, independentemente da cor, raça e do sexo, terminem o Ensino Fundamental. O esforço global é pela melhoria da qualidade do ensino e pela ampliação do número de anos de estudo.

META 3: GARANTIR QUE, ATÉ 2015, TODAS AS CRIANÇAS TERMINEM O ENSINO FUNDAMENTAL.

Resultados:

**Taxa de Conclusão no Ensino Fundamental**



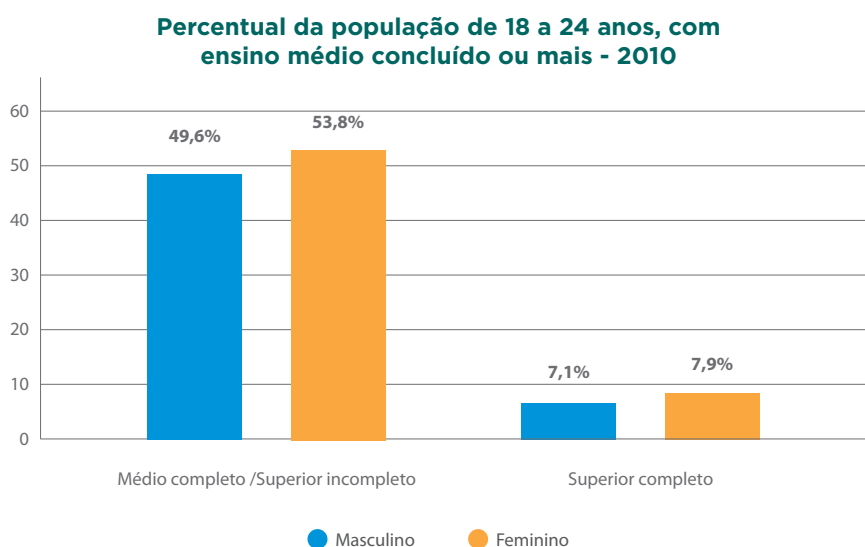
Em POLIS, a taxa de conclusão do Ensino Fundamental, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 37,8% em 1991. Em 2010, esse percentual passou para 69,7%. Apesar da melhora significativa, o município precisa investir mais na educação para que os jovens sintam-se motivados a continuar na escola.

### OBJETIVO 3 – PROMOVER A IGUALDADE DE GÊNERO E A AUTONOMIA DAS MULHERES

Esse objetivo visa promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, eliminando as disparidades em todos os níveis de ensino. Além disso, busca-se combater o preconceito, ampliar as chances das mulheres no mercado de trabalho, com melhores empregos, salário igual ao dos homens para iguais funções e maior participação feminina na política.

#### META 4: ELIMINAR A DISPARIDADE ENTRE OS SEXOS NO ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO ATÉ 2015.

Resultados:



Para esta meta ser alcançada, a diferença entre os percentuais de pessoas do sexo masculino e feminino, com Ensino Médio concluído ou mais, deve ser menor que 5%.

Em 2010, em POLIS, o percentual de pessoas do sexo feminino, de 18 a 24 anos, com Ensino Médio completo e Superior incompleto, era de 55,4%, e com Ensino Superior completo, 9,0%. Já entre os indivíduos do sexo masculino, com idade de 18 a 24 anos, 48,9% havia concluído o Ensino Médio ou estavam cursando o Ensino Superior, e 6,2% possuíam Ensino Superior completo. Considerando os dois grupos, o município atingiu exatamente a meta almejada.

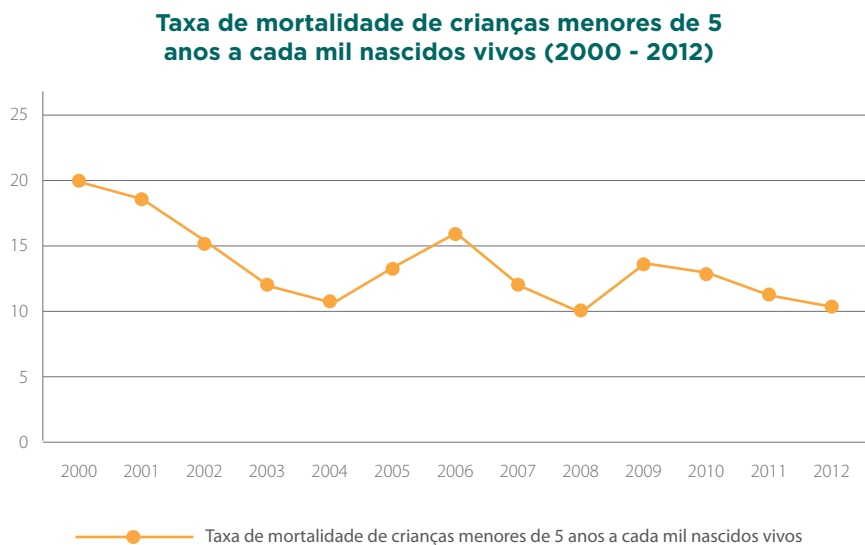
29

### OBJETIVO 4 – REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL

Para alcançar esse objetivo deve-se reduzir em 2/3 a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade.

#### META 5: REDUZIR EM DOIS TERÇOS, ATÉ 2015, A MORTALIDADE DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS.

Resultados:



A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, em 2000, era de 19,6 óbitos a cada mil nascidos vivos; em 2012, esse percentual passou para 10,4 óbitos a cada mil nascidos vivos, representando uma redução de 53,1% da mortalidade, ainda não suficiente para alcançar a meta.

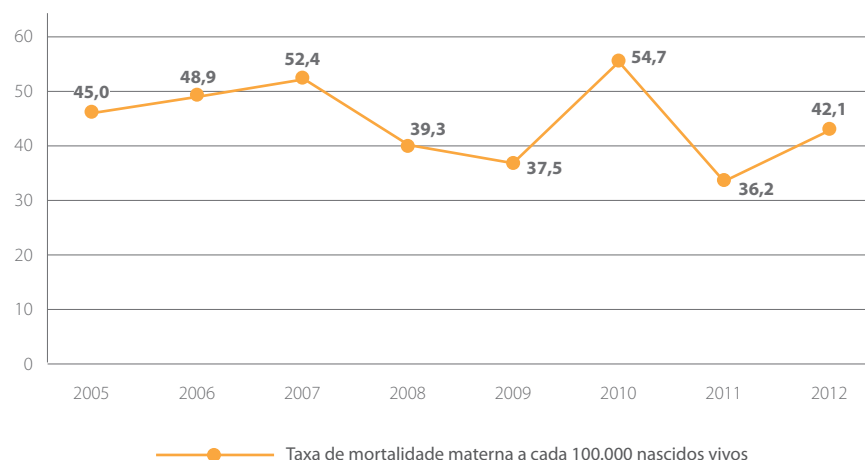
**OBJETIVO 5 - MELHORAR A SAÚDE MATERNA**

Esse objetivo pode ser alcançado com a promoção integral da saúde das mulheres em idade reprodutiva. Conforme dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), hoje 500 mil mulheres morrem anualmente por complicações na gravidez ou no parto. Mas, em alguns países, os índices de mortalidade materna têm apresentado melhoras significativas.

**META 6: REDUZIR EM TRÊS QUARTOS, ATÉ 2015, A TAXA DE MORTALIDADE MATERNA.**

Resultados:

**Taxa de mortalidade materna a cada 100.000 nascidos vivos**



A taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos. A meta estabelecida para o Brasil é de 35 casos.

Em POLIS, a meta ainda não foi atingida, com o número de mortes maternas superando, a cada ano, os 35 casos da meta.

30

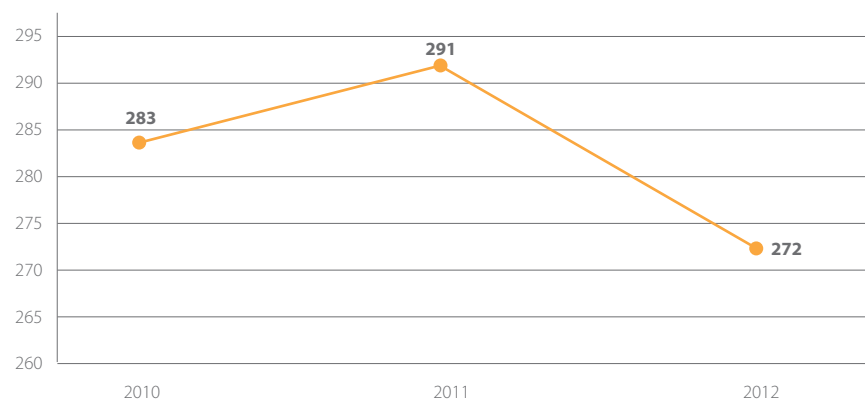
**OBJETIVO 6 - COMBATER A AIDS, A MALÁRIA E OUTRAS DOENÇAS**

Esse objetivo visa combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças, procurando deter sua propagação e inverter a tendência atual.

**META 7: ATÉ 2015, TER DETIDO E COMEÇADO A REVERTER A PROPAGAÇÃO DO HIV.**

Resultados:

**Número de casos de AIDS registrados por ano de diagnóstico (2010 - 2012)**



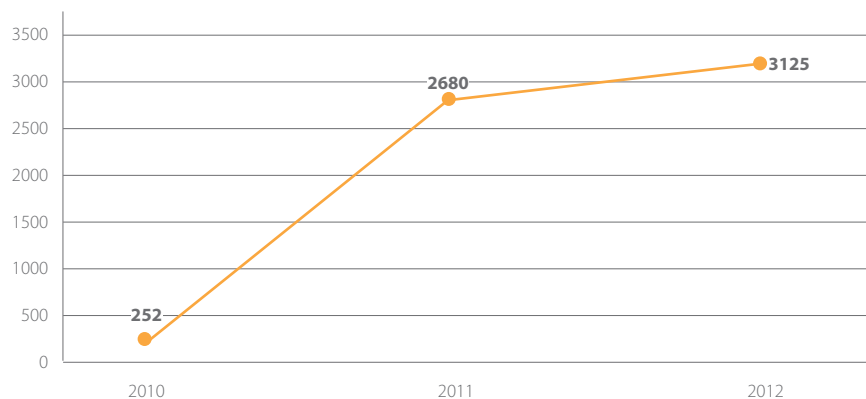
O município teve, de 2010 a 2012, 846 casos de AIDS diagnosticados; sendo 283 casos em 2010, 291 em 2011 e 272 em 2012. Além disso, em 2012, do número total de casos de AIDS, 13,2% eram jovens de 15 a 24 anos, enquanto as mulheres representavam 32,1% dos casos.

Para que a meta 7 seja alcançada, o número de casos de AIDS deve diminuir ou se manter constante nos últimos três anos. Como isso não ocorreu em POLIS, essa meta não foi alcançada.

**META 8: ATÉ 2015, TER DETIDO E COMEÇADO A REVERTER A PROPAGAÇÃO DA MALÁRIA E DE OUTRAS DOENÇAS.**

Resultados:

**Número de casos de doenças transmissíveis por mosquitos (2010 - 2012)**



Algumas doenças são transmitidas por insetos, chamados vetores, como as espécies que transmitem malária, febre amarela, leishmaniose, dengue, entre outras.

No município de POLIS, entre 2010 e 2012, houve 6057 casos de doenças transmitidas por mosquitos, entre os quais 73 casos confirmados de malária, 1 caso confirmado de febre amarela, 87 casos confirmados de leishmaniose e 5896 notificações de dengue.

Para que essa meta seja alcançada, o número de casos de doenças transmissíveis por mosquitos deve diminuir ou se manter constante nos últimos três anos. Como POLIS apresentou um número crescente de casos, a meta não foi alcançada.

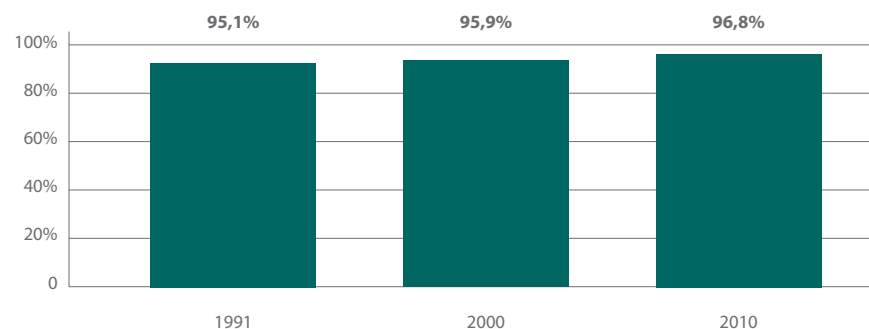
## OBJETIVO 7 - ASSEGURAR A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

Esse objetivo busca garantir a sustentabilidade ambiental e tem importantes desafios a serem superados: a integração dos princípios da sustentabilidade às políticas nacionais; o acesso à água potável e o esgotamento sanitário; e a melhoria dos assentamentos precários.

**META 9: REDUZIR À METADE, ATÉ 2015, A PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO SEM ACESSO SUSTENTÁVEL À ÁGUA POTÁVEL SEGURA.**

Resultados:

**Percentual de moradores urbanos com acesso à água ligada à rede**



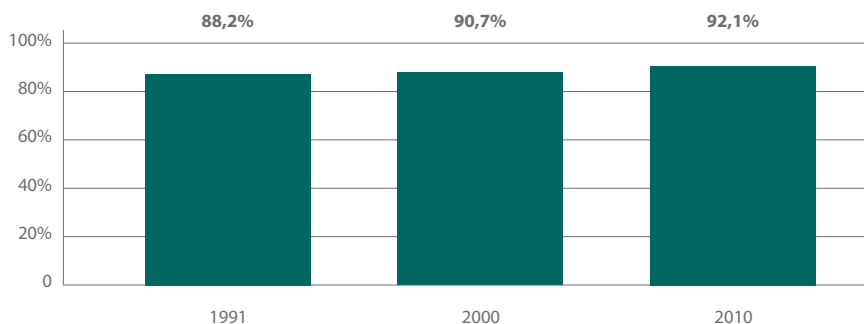
Nesse município, em 1991, 95,1% dos moradores urbanos tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo. Em 2010, esse percentual subiu para 96,8%. Apesar da queda no número de moradores sem acesso à água potável, a meta não foi alcançada.



META 10: REDUZIR À METADE, ATÉ 2015, A PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO SEM ACESSO A SANEAMENTO E SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Resultados:

#### Percentual de moradores urbanos com acesso a esgoto sanitário adequado



Em POLIS, em 1991, 88,2% dos moradores urbanos tinham acesso à rede de esgoto adequada (rede geral ou fossa séptica), passando para 90,7% em 2000 e para 92,1% em 2010. Apesar da redução de 3,9% no número de moradores sem acesso a esgoto sanitário adequado, a meta almejada ainda não foi atingida.

## 4. Gestão pública em saúde

POLIS foi um dos primeiros municípios do estado a municipalizar a gestão da saúde. Em meados da década de 1990, habilitou-se à condição de gestão semiplena, conforme previsto na Norma Operacional Básica do SUS - NOB/93, e posteriormente, em 1998, à gestão plena do sistema municipal de saúde, quando passou a vigorar a NOB/96. Atualmente, a transferência de recursos financeiros federais dos blocos previstos no Pacto pela Saúde corresponde a cerca de 30 milhões por mês, o que confere ao fundo municipal de saúde a condição de 2º maior orçamento público do município, atrás apenas do orçamento da própria prefeitura. Participa da Comissão Intergestores Regional – CIR, juntamente com os demais municípios da região e o órgão regional da Secretaria Estadual de Saúde - SES. Nas reuniões desse colegiado, são debatidos diversos assuntos, como os pactos de gestão, o combate às endemias, a adesão aos cursos de capacitação, predominando os temas relacionados às dificuldades assistenciais na rede de atenção à saúde na região. Mais recentemente, algumas lideranças têm procurado destacar a importância de se organizarem para firmar Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP. O último relatório da CIR mostrou que existem muitas dúvidas e divergências sobre a implementação da proposta.

Com relação à gestão do trabalho, o município vem enfrentando vários movimentos reivindicatórios, incluindo movimentos de paralisação em função dos profissionais de saúde de algumas categorias serem contratados por entidades parceiras, como organizações filantrópicas e sociais – OS, com diferentes vínculos empregatícios e cargas horárias. Nesse contexto, destacam-se situações conflitantes que envolvem determinados cargos com atividades e funções semelhantes e diferentes remunerações.

O município tem participado da formação de recursos humanos por meio de parcerias com as universidades locais para o desenvolvimento da residência multiprofissional em diferentes áreas de concentração, residência médica, assim como para o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na vigilância em saúde. Desde o final dos anos 1990, a rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde constitui-se em cenário de práticas para vários cursos de graduação da área da saúde.

## 4.1. ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O organograma institucional da Secretaria Municipal de Saúde de POLIS estrutura a organização e a intersectorialidade do órgão público. Além de assessorias jurídica, de comunicação, de projetos estratégicos, conselho gestor e ouvidoria, a Secretaria divide-se em uma Superintendência de administração e planejamento, uma Superintendência responsável pela gerência dos três níveis de atenção em saúde e uma Superintendência de Vigilância em Saúde (FIGURA 2).

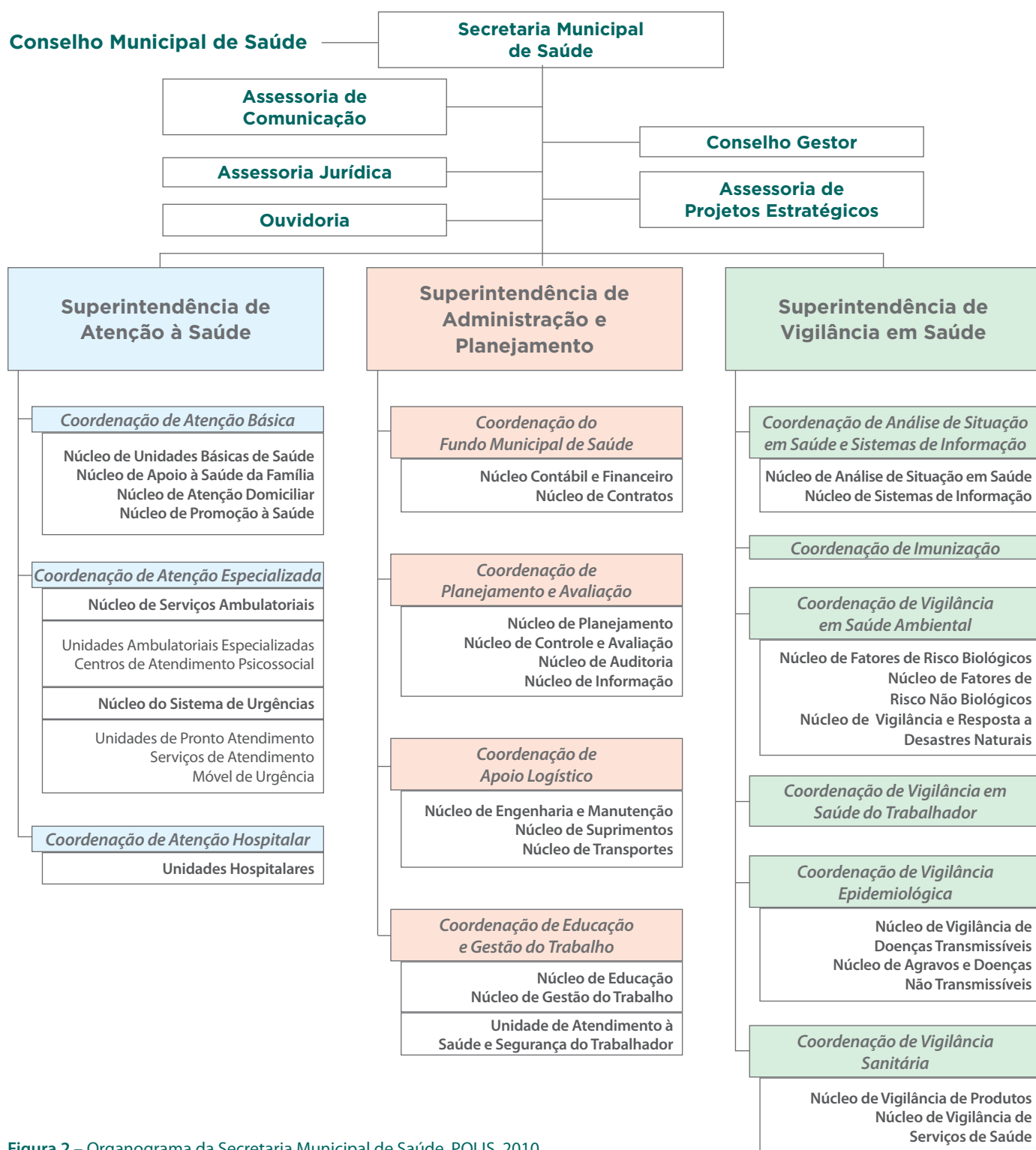


Figura 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde, POLIS, 2010.

## 4.2. ORÇAMENTO PÚBLICO PRIVADO NO MUNICÍPIO

POLIS tem gestão plena do sistema municipal de saúde desde 1996. A cobertura do sistema de saúde com recursos próprios ou por instituições conveniadas ao SUS corresponde a 65%. A aplicação dos recursos federais corresponde a cerca de 30 milhões por mês, o que confere ao fundo municipal de saúde a condição de 2º maior orçamento público municipal (QUADRO 2).

**Quadro 2** – Financiamento do sistema municipal de saúde, POLIS, 2015.

Sistema de Saúde	Cobertura Populacional	Recursos Financeiros
Próprios e conveniados SUS	726.026	920.869.084,80
Saúde Suplementar	391.214	481.969.248,00
Total	1.117.240	1.402.838.708,80

FONTE: SIOPS/MS e SIB/DIOPS E FIPE/ANS-2015.

## 4.3. REGULAÇÃO

POLIS tem responsabilidade pela gestão de quase todos os serviços do SUS no município, exceto o Hospital Universitário. Em alguns serviços existe duplicidade de comando com o governo do estado, com paralelismo na regulação de algumas situações, especialmente aquelas para as quais o acesso é mais difícil, como urgência/emergência e especialidades ambulatoriais que envolvem alta densidade tecnológica.

Estudos de uma consultoria especializada apontaram fragilidades do modelo de regulação na região de saúde, com destaque para:

- 1) falta de uma imagem objetivo para otimização da capacidade instalada e implementação de fluxos assistenciais;
- 2) desatualização dos cadastros da maioria dos estabelecimentos e das informações gerenciais e de oferta/utilização dos serviços de saúde;
- 3) fragilidade do sistema de informação e de suas condições de informatização;
- 4) ausência e/ou incipiência de regras e protocolos que orientem o acesso aos serviços e ações de saúde;
- 5) insuficiência (desatualização/falta) de um planejamento sistêmico para investimentos voltados à integralidade do cuidado.

Foi também apontado que os serviços de atenção básica, tanto em POLIS como na região, apresentam baixa resolubilidade e pouca influência na regulação do acesso aos outros níveis de atenção. Muitos municípios, pressionados pelas situações decorrentes de demandas reprimidas, fazem contratos com prestadores para atender demandas específicas – como para exames e procedimentos ambulatoriais especializados – desvinculados das diretrizes do SUS.

### COMPLEXO REGULADOR

Em 2005 e 2006, a Secretaria Municipal de Saúde de POLIS implantou o complexo regulador, com o objetivo de estabelecer mecanismos de controle de oferta e gestão da demanda para os serviços públicos e privados. As ações foram desenvolvidas para estabelecer o controle dos leitos de emergência, incluindo os leitos de terapia intensiva, leitos eletivos, consultas de especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de alta densidade tecnológica e alto custo.

A implantação do complexo implicou a construção de pactos com as corporações de profissionais de saúde, prestadores públicos e privados e gestores da região de saúde, desde o licenciamento sanitário de estabelecimentos até a elaboração e implementação de protocolos técnicos e clínicos.

A regulação do SUS tem sido frequentemente acionada para autorizar a utilização de terapia intensiva, colocação de órteses e próteses e outras terapias de alto custo em pacientes internados por planos de saúde com insuficiente cobertura de procedimentos e serviços. Ações judiciais decorrentes de recusas dos gestores do SUS também são frequentes, especialmente na assistência farmacêutica.

#### 4.4. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Historicamente, as informações sobre saúde no Brasil são fragmentadas, resultado da implementação de vários sistemas de informação, voltados para diferentes dimensões: epidemiológica, demográfica, de produção de serviços, entre outras.

No município de POLIS, não é diferente. Diversos sistemas são utilizados pelos estabelecimentos de saúde do município, sistemas esses alimentados com informações muitas vezes duplicadas e dados representados de formas diversas. Além disso, o problema de interoperabilidade está agravado, no momento, pela transição de alguns sistemas de informação desenvolvidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), como SIAB e SIA, para o sistema e-SUS.

Como a adesão ao e-SUS está sendo feita de forma gradual pelo município, em 2014 as unidades de saúde de um dos distritos passaram a utilizá-lo e, a partir de janeiro de 2015, o sistema começou a ser instalado nas demais unidades, que foram equipadas no decorrer de 2014. A questão de conectividade das unidades com a internet também é um problema. Em alguns locais, o município está instalando fibra ótica para garantir o acesso permanente ao e-SUS, que é um sistema acessado pela web.

A Secretaria Municipal de Saúde de POLIS utiliza diversos sistemas desenvolvidos pelo DATASUS:

- CADSUS – Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
- SISCOLO – Sistema de Informação do câncer do colo do útero
- SISMAMA – Sistema de Informação do câncer de mama
- SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento da Gestante
- GIL – Sistema de Gerenciamento de Informações Locais
- SIA – Sistema de Informações Ambulatorial
- SNT – Sistema Nacional de Transplantes (Órgãos e Tecidos)
- SISREG – Sistema de Centrais de Regulação
- SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- HEMOVIDA – Sistema de Gerenciamento em Serviços de Hemoterapia
- SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
- SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
- SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação
- GAL – Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial
- SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
- SGIF – Sistema de Gestão de Informações Financeiras do SUS

## 4.5. SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### ESTRUTURA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Na Secretaria Municipal de Saúde de POLIS, as atividades de vigilância em saúde ficam sob responsabilidade da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) e de suas coordenações e gerências. A SVS é composta de duas assessorias, seis coordenações e dez gerências. (Figura 2). As assessorias ficam ligadas diretamente à Superintendência.

A infraestrutura organizacional e operacional de vigilância em saúde é composta de um sistema descentralizado em POLIS. O município, habilitado à Gestão Plena do Sistema Municipal, desenvolve as ações de vigilância de baixa ou média complexidade nos cinco distritos, abordando as áreas priorizadas no processo de descentralização.

Além da estrutura do nível central, há divisões de vigilância em saúde descentralizadas. Cada distrito possui Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Vigilância Sanitária e Núcleo de Vigilância Ambiental com equipes técnicas multidisciplinares que ficam com a responsabilidade de executar as ações em consonância com a política municipal de vigilância em saúde.

O Laboratório de Saúde Pública referência para as ações de vigilância em saúde é de gestão estadual.

A Superintendência de Vigilância em Saúde produz análises e informações estratégicas que são apresentadas em forma de informes e boletins epidemiológicos, relatórios e notas técnicas.

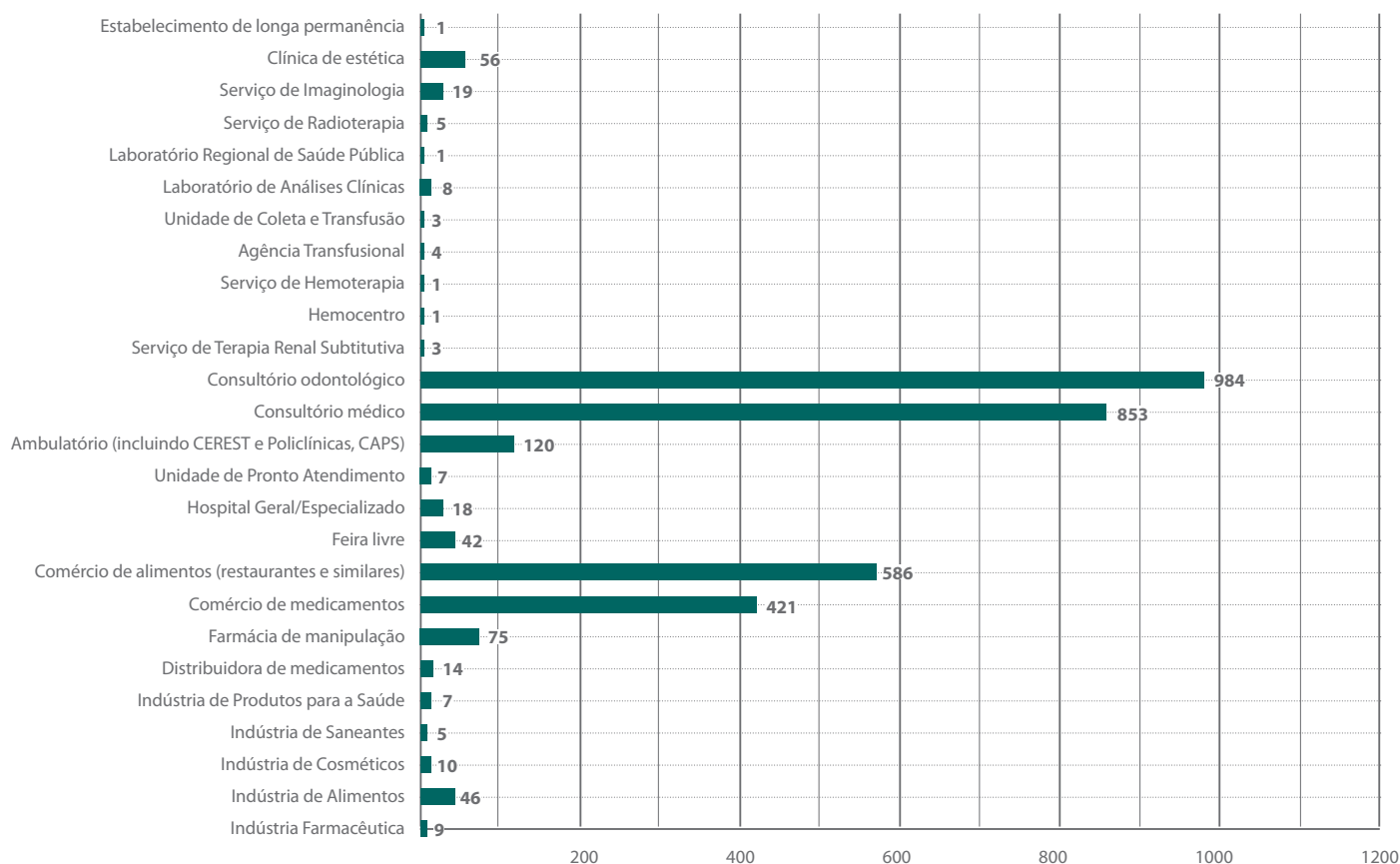
O compartilhamento e a corresponsabilização pelas ações de promoção à saúde permanecem um desafio para os profissionais da vigilância e da assistência em POLIS. Entretanto, há iniciativas de integração das ações de vigilância, tanto no colegiado central de gestão da secretaria, com a participação das áreas assistenciais, de educação e de regulação, como na interação com os demais prestadores de serviços, comunidade em geral e instâncias de controle social, por meio do conselho municipal e dos conselhos gestores de unidades de saúde.

Na agenda de trabalho da vigilância em saúde constam as seguintes prioridades: redução da mortalidade infantil e materna; prevenção e detecção precoce de câncer de colo de útero e mama; redução no consumo de álcool e drogas, com destaque para uso de drogas injetáveis e crack e redução da incidência de DST/AIDS (com destaque para a sífilis) e dengue.

Com a implementação do Pacto pela Saúde, em 2006 e 2007, outras prioridades que constam no Pacto pela Vida – como saúde do idoso, tuberculose e hanseníase – também passaram a fazer parte da agenda prioritária da vigilância em saúde.

A Vigilância Sanitária de POLIS conta com 3.299 estabelecimentos sob vistoria, no gráfico 23 pode-se observar a distribuição por tipo de estabelecimento.

Gráfico 23 – Distribuição de estabelecimentos sob vistoria da Vigilância Sanitária por tipo, POLIS, 2015.



No que tange especificamente à Vigilância Sanitária, foram priorizadas ações que visam à qualidade da água de abastecimento, à melhoria dos serviços de saúde, às inspeções aos estabelecimentos de longa permanência, bem como notificação e investigação de eventos adversos/queixas técnicas de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária. A adequação dos processos de produção às normas sanitárias vigentes ocorre por meio da fiscalização sanitária, e os maiores problemas identificados nessa área relacionam-se ao não cumprimento das boas práticas de fabricação de produtos e aos constantes desvios da qualidade de produtos expostos ao consumo denunciados pela população.

## FINANCIAMENTO E GESTÃO DOS RECURSOS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A gestão dos recursos financeiros da saúde é feita por meio do Fundo Municipal de Saúde, ligado diretamente à Secretaria Municipal de Saúde, instituído por lei, mantido em funcionamento pela administração direta do Município, e constitui uma unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde.

Os recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações de vigilância em saúde são representados por recursos federais e municipais como parte do financiamento tripartite, e ficam sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde.

O bloco de financiamento das ações de vigilância em saúde é repassado de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, sendo dividido em dois componentes: da Vigilância em Saúde e da Vigilância Sanitária, ambos constituídos pelo piso fixo e variável. De acordo com a legislação os componentes podem ser usados entre si, mas não podem custear ações e serviços entre os blocos de financiamento.

A Lei Orçamentária Anual do município não é elaborada de forma compartilhada, mas o Fundo Municipal de Saúde detém autonomia para gerenciar os recursos orçamentários e financeiros das ações e dos serviços de saúde.

A série histórica dos recursos orçamentários programados e executados no município de POLIS, destinados às ações de Vigilância em Saúde, nos anos de 2013 a novembro de 2015, pode ser observada no QUADRO 3.

**Quadro 3** – Recursos orçamentários programados e executados em ações de Vigilância em Saúde, SMS/POLIS, 2013 a novembro de 2015.

Ano	Recursos Programados (R\$)			Recursos Executados (R\$)			% Execução
	Recursos Municipais	Recursos Federais	Total	Recursos Municipais	Recursos Federais	Total	
<b>2013</b>	2.945.680,00	4.442.360,00	7.388.040,00	2.010.900,00	3.515.118,00	5.526.018,00	74,79
<b>2014</b>	3.515.690,00	5.633.020,00	9.148.710,00	2.923.600,00	4.505.365,00	7.428.965,00	81,20
<b>2015</b>	3.419.060,00	5.513.546,00	8.932.606,00	2.020.700,00	4.618.810,00	6.639.510,00	74,32

FONTE: Fundo Municipal de Saúde de POLIS.

Observa-se que o aporte de recursos federais é significativo em relação aos recursos municipais; porém, o acréscimo de valor de um ano para outro não é relevante, o que demonstra pouco investimento de recursos nas ações de vigilância em saúde no município com uma execução desses recursos na média de 74%.

Principais dificuldades na execução dos recursos orçamentários e financeiros:

- pouco conhecimento dos técnicos da Vigilância em Saúde sobre normas e procedimentos que regulam e asseguram os repasses financeiros para vigilância;
- falta de autonomia real do Fundo Municipal de Saúde;
- centralização na Secretaria de Finanças do Município das informações gerenciais da execução dos recursos financeiros;
- desconhecimento do gestor dos procedimentos administrativos para gastar os recursos.

## 5. Rede de atenção à saúde

POLIS foi um dos primeiros municípios do estado a municipalizar a gestão da saúde. Com uma rede de atenção complexa que inclui atividades assistenciais, de regulação da atenção, de saúde ambiental, de epidemiologia, de educação permanente, entre outras.

A rede de saúde de POLIS é composta de unidades das secretarias municipal e estadual de saúde, do consórcio intermunicipal, constituído pela associação de municípios da região, do setor privado contratado pelo Sistema Único de Saúde – SUS e dos serviços privados que não atendem o SUS, sendo:

### Unidades da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de POLIS

- 50 unidades básicas de saúde tradicionais – UBS;
- 30 unidades básicas com estratégia de saúde da família;
- 7 unidades de pronto atendimento;
- 1 hospital geral com unidade de urgência e emergência;
- 1 hospital maternidade;
- 1 central de regulação do serviço móvel de urgência - SAMU;
- 1 serviço de transporte agendado de pacientes;
- 3 policlínicas de especialidades;
- 3 centros de especialidades odontológicas;
- 6 centros de apoio psicossocial – 1 CAPS ad; 1 CAPS infantil; 2 CAPS tipo II e 2 CAPS tipo III;
- 1 laboratório de análises clínicas;
- 1 serviço de atenção domiciliar;
- 1 CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento);
- 1 Centro de Vigilância de Zoonoses;
- 1 SVO (Serviço de Verificação de Óbito);
- 1 CIEVS (Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde);
- 1 CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais);
- 1 unidade de avaliação, controle e auditoria;
- 1 unidade de acondicionamento e armazenamento de medicamentos e insumos;
- 3 unidades de coleta e transfusão de sangue;
- 1 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador;
- 4 farmácias populares.

### Unidades sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde

- 3 hospitais gerais, um dos quais com unidade de urgência e emergência, e 1 hospital universitário com contrato de gestão que não possui unidade de urgência e emergência, integrante da Rede Sentinela;
- 1 serviço de transporte de pacientes da rede de urgência do estado;
- 1 hemocentro vinculado ao hospital universitário;
- 1 laboratório regional de Saúde Pública.



## Consórcio intermunicipal de saúde

- 1 ambulatório de especialidades médicas;
- 1 serviço de cirurgia ambulatorial.

## Unidades do corpo de bombeiros

- Grupamentos de salvamento e resgate – GSR que atuam em POLIS e nos demais municípios da região que possuem 02 ambulâncias tipo C.

## Unidades do setor privado contratadas pelo SUS

- 9 hospitais gerais e especializados, incluindo de câncer, saúde mental, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, entre outros, com serviços de atenção ambulatorial especializada contratada;
- 3 unidades de terapia renal substitutiva;
- 8 ambulatórios de especialidades médicas;
- 12 clínicas de fisioterapia;
- 5 laboratórios de análises clínicas;
- 4 centros de imagens;
- 4 agências transfusionais.

40

## Unidades privadas sem vínculo com o SUS

- 3 hospitais especializados;
- 1 hospital de operadora de plano de saúde;
- clínicas e consultórios médicos;
- 3 laboratórios de análises clínicas;
- 6 clínicas de fisioterapia;
- 6 centros de imagens;
- 3 serviços de home care;
- 1 serviço de hemoterapia;
- 4 agências transfusionais;
- 3 casas de apoio para saúde mental.

## 5.1. ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica, vinculada à Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de POLIS, coordena as unidades básicas de saúde – UBS e aquelas com a Estratégia de Saúde da Família – ESF. O modelo de atenção à saúde estabelece essas unidades como sendo a porta preferencial de entrada no sistema de saúde. As UBS são responsáveis por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo. Algumas ações coletivas são direcionadas à totalidade de grupos populacionais do município, como as campanhas de vacinação. O município de POLIS tem uma população SUS dependente de 74%, com vinculação à atenção básica.

A atenção básica conta com (i) equipes constituídas por médicos das especialidades básicas (clínicos, gineco-obstetras e pediatras), enfermeiros, auxiliares de enfermagem e (ii) equipes de Saúde da Família – ESF. Cada equipe de SF é composta de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um dentista e seis agentes comunitários de saúde. As 90 ESF cobrem cerca de 30% da população do município e estão inseridas em 30 unidades básicas, sendo três equipes em cada uma. Todas estão localizadas em áreas mais periféricas do município.

Na saúde bucal atuam odontólogos, técnicos de higiene dental – THD e auxiliares odontológicos nas clínicas existentes em cada Unidade Básica de Saúde – UBS. Nessas 30 UBS também atuam equipes de saúde bucal, que integram o módulo I do Programa de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, em parceria com o Ministério da Saúde.

Em 2011, com incentivo do Ministério da Saúde, o município reestruturou os núcleos de apoio à saúde da família – NASF que havia implantado, ampliando sua abrangência e o número de ações. Atualmente, POLIS conta com 18 NASF, modalidade II, que apoiam as 90 ESF. Esses núcleos são compostos de profissionais fisioterapeutas, sanitaristas, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Essa composição foi estabelecida a partir das necessidades locais de atuação e da oferta de profissionais no mercado de trabalho.

Nesse mesmo ano, a gestão local aderiu ao “Programa Melhor em Casa”, tendo implantado o serviço de atenção domiciliar – SAD constituído por seis equipes multidisciplinares de atenção domiciliar – EMAD com, respectivamente, duas equipes multidisciplinares de apoio – EMAP. As EMAD são constituídas por dois médicos, dois enfermeiros, um fisioterapeuta e quatro técnicos de enfermagem. As EMAP são compostas de um psicólogo, um assistente social e um nutricionista. As equipes atendem pacientes egressos dos serviços de urgência/emergência, serviços hospitalares e oriundos da atenção básica ou por demanda espontânea.

As ações de intervenção planejadas pelo município e aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde, para 2015, visaram ao fortalecimento da atenção básica e focalizaram a:

- reforma e ampliação das unidades de saúde e da capacidade de atendimento dos pronto atendimentos;
- implantação de acolhimento humanizado e matriciamento com especialistas para aumentar a resolubilidade;
- abertura de novos concursos para profissionais de saúde, com a criação de um plano de cargos e vencimentos para os profissionais;
- reestruturação das ações de atenção básica nas linhas de cuidado prioritárias: materno-infantil, urgência/emergência e de cuidado aos dependentes de crack e outras drogas;
- implantação do programa de melhoria do acesso e da qualidade – PMAQ, incentivado pelo Ministério da Saúde, no distrito de saúde da Região Norte, como projeto-piloto.

Após um ano de desenvolvimento desse plano, observou-se um deslocamento das filas e dos profissionais das UBS para as unidades de pronto atendimento, que oferecem um atendimento mais rápido para os usuários e salários mais convidativos para os médicos.

As unidades de atenção básica não atendem casos de urgência e emergência, sendo estes encaminhados aos hospitais ou pronto atendimentos. No serviço de ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde vários usuários informam que os profissionais das unidades orientam os pacientes a sair da unidade e acionar o SAMU do telefone público, quando estes não possuem transporte para recorrer aos pronto atendimentos.

A vigilância em saúde gerencia as informações dos nascimentos e óbitos, das doenças de notificação compulsória e do perfil de atendimento ambulatorial eletivo e do pronto atendimento. Os comitês de mortalidade infantil e materna estão constituídos.

As unidades básicas de saúde informam cerca de 30% dos casos de doenças de notificação compulsória.

Na pauta das reuniões dos conselhos locais de saúde predominam:

- a alta rotatividade dos profissionais médicos;
- o acolhimento desumanizado pelas equipes da atenção básica;
- a falta de médicos nas ESF;
- a dificuldade de agendamento de consultas eletivas nas UBS; e
- o elevado número de encaminhamentos aguardando agendamento para os especialistas, principalmente nas áreas de geriatria, oftalmologia, ortopedia e cardiologia.

Na imprensa local, as notícias sobre os atendimentos na saúde apareceram no formato de denúncias, com análises pouco abrangentes dessas reclamações, dificultando a reflexão sobre possíveis causas ou alternativas para a melhoria. As recentes propostas governamentais para a área da saúde também têm sido alvo de debates na mídia, especialmente envolvendo a necessidade de médicos e a formação médica.

Em reunião convocada pelo secretário de saúde para a avaliação da rede de atenção, com a presença da equipe gestora e das coordenações dos núcleos da unidade de avaliação e da unidade de controle e auditoria, foram apontados os custos crescentes e a baixa resolubilidade da atenção básica. Diante dessa situação e das dificuldades de implementação do plano municipal de saúde, a Secretaria de Saúde contratou uma consultoria para avaliar a gestão na área da saúde, em particular na atenção básica.

As análises da consultoria revelaram a falta de constância das diretrizes de gestão na área, sempre alteradas com as mudanças de governo e, de modo mais expressivo, com as mudanças de governança na Coordenação de Atenção à Saúde. Em relação à gestão do trabalho nos serviços de atenção básica e especializada, embora tenham sido constatadas iniciativas para a ampliação do quadro de pessoal, essas esbarraram em dificuldades financeiras da Prefeitura Municipal e em limites da Lei de Responsabilidade Fiscal. Com relação à ampliação de cargos para profissionais médicos, um agravante foi apontado: nos últimos concursos e processos seletivos, a procura foi menor do que as vagas ofertadas, especialmente em determinadas especialidades e para postos localizados na periferia do município.

### 5.1.1. UBS TARENTO

A UBS Tarento é a porta de entrada do SUS para muitos dos moradores do distrito Norte de POLIS. A Unidade conta com 3 equipes de saúde da família – ESF e participa do projeto-piloto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), assim como todas as outras UBS do distrito Norte. O programa encontra-se no passo três do processo de implantação, já tendo solicitado a avaliação externa para certificação das equipes.

No ano de 2014 os deslizamentos e as inundações que atingiram POLIS comprometeram boa parte da estrutura da UBS e a Defesa Civil interditou a Unidade por risco de desabamento; as principais salas comprometidas foram o depósito, a sala de expurgo e esterilização e a sala administrativa. Devido aos estragos causados em POLIS, a prefeitura declarou Estado de Calamidade Pública e os recursos federais financiaram a reforma e ampliação da unidade, que ficou sem atendimento por mais de 8 meses.

A Unidade tem bons indicadores no atendimento ao público e é um dos locais de estágio para os universitários da UFPOL, também tem o grupo de Gestantes mais atuante da Rede Básica de POLIS. Por outro lado, a dificuldade na consulta com especialistas e no agendamento de exames é reclamação constante dos cidadãos adscritos à unidade.

A desarticulação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador com outros órgãos potencializa a falta de integração das ações de saúde na unidade, de maneira que os profissionais da assistência não se corresponsabilizam pelas intervenções de vigilância, nem os profissionais de vigilância conseguem atuar na prevenção de riscos e promoção à saúde.

Serviços Prestados: Acolhimento; Atendimento de consultas para demanda espontânea; Agendamento de consultas especializadas; Consultas de pediatria, clínica geral e ginecologia/obstetrícia; Procedimentos de enfermagem e vacinação; Assistência odontológica e nutricional. Grupos de saúde bucal, hipertensão e diabetes, planejamento familiar e de apoio/aconselhamento ao tabagismo.

## INDICADORES

População coberta (situação ao final do ano de 2015)	8.905
% população coberta pelo programa	79
Média mensal de visitas por família	0,1
% de crianças com esquema vacinal básico em dia	85
% de crianças com aleitamento materno exclusivo	60
% de cobertura de consultas de pré-natal	80
Taxa de mortalidade infantil por diarreia (por 1000 nascidos vivos)	0,4
Prevalência de desnutrição (em menores de 2 anos, por 100)	0,2

### 5.1.2. UBS PAROS

O atendimento médico em POLIS foi durante muitos anos baseado em instituições privadas ou beneficentes. No Centro de POLIS, a casa do Doutor Almeida de Souza era o local para consulta da população mais necessitada. O médico, que não cobrava pelas consultas, pleiteou junto com a Associação dos Moradores de POLIS a construção de uma UBS que atendesse a população crescente da área. O projeto de implantação da nova UBS foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, e também o credenciamento de uma equipe ESF, uma de Saúde Bucal e de ACS foram aprovados.

Em seus primeiros anos a UBS PAROS foi sediada em uma casa alugada pelo município, em 2014, com recursos do Fundo Nacional de Saúde, foi construída a nova sede. A unidade é a mais nova do município, com diversos profissionais compondo as equipes multidisciplinares e prestando o modelo de atendimento integral aos pacientes.

A carência no monitoramento e na avaliação das ações de saúde da Unidade não permite o planejamento estratégico nem valoriza as evidências epidemiológicas, refletindo em respostas inadequadas da Vigilância em Saúde na identificação de riscos e nas vulnerabilidades da população adscrita.

Serviços Prestados: Acolhimento; Atendimento de consultas para demanda espontânea; Agendamento de consultas especializadas; Agendamento para idosos por telefone, diariamente, das 11h às 12h, respeitando as vagas disponíveis; Consultas de pediatria, clínica geral e ginecologia/obstetrícia; Procedimentos de enfermagem e vacinação; Atendimento em fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional; Assistência odontológica e nutricional. Grupos de saúde bucal, saúde do trabalhador, planejamento familiar e de apoio/aconselhamento ao tabagismo, álcool e drogas.

INDICADORES:

População coberta (situação ao final do ano de 2015)	10.175
% população coberta pelo programa	54
Média mensal de visitas por família	0,02
% de crianças com esquema vacinal básico em dia	76
% de crianças com aleitamento materno exclusivo	62,3
% de cobertura de consultas de pré-natal	78
Taxa de mortalidade infantil por diarreia (por 1000 nascidos vivos)	0,08
Prevalência de desnutrição (em menores de 2 anos, por 100)	0,05

5.1.3. UBS SARAMENHA

Incrustada no meio do distrito Norte está a UBS Saramenha. Com 3 equipes de saúde da família – ESF atuantes, o movimento é sempre intenso dentro da UBS. A unidade atende a população há 15 anos em uma casa alugada, com uma grande demanda e constantes atritos entre os profissionais devido ao reduzido espaço. A prefeitura realizou uma obra de ampliação, ao lado dos 6 cômodos antigos, foram construídos dois banheiros e uma cozinha para os funcionários.

A qualificação deficiente das equipes, principalmente no domínio de ferramentas para gestão do trabalho em equipe multiprofissional, compromete o processo de trabalho e os resultados alcançados nos diferentes contextos sociais e institucionais na área adscrita. A ausência de espaços dentro da agenda dos profissionais para a reflexão coletiva sobre os processos de trabalho também debilita o processo institucional de gestão da vigilância em saúde e o enfrentamento dos problemas. A Unidade tem parceria para o exercício da preceptoria dos universitários da UFPOL.

Serviços Prestados: Acolhimento; Atendimento de consultas para demanda espontânea; Agendamento de consultas especializadas; Consultas de clínica geral e ginecologia; Procedimentos de enfermagem e vacinação; Assistência odontológica. Grupos de saúde bucal, hipertensão e diabetes, planejamento familiar e de apoio/aconselhamento ao tabagismo, álcool e drogas.

INDICADORES:

População coberta (situação ao final do ano de 2015)	5.411
% população coberta pelo programa	48
Média mensal de visitas por família	0,06
% de crianças com esquema vacinal básico em dia	70
% de crianças com aleitamento materno exclusivo	68
% de cobertura de consultas de pré-natal	54
Taxa de mortalidade infantil por diarreia (por 1000 nascidos vivos)	0,4
Prevalência de desnutrição (em menores de 2 anos, por 100)	0,3

#### 5.1.4. UBS VERA CRUZ

A UBS Vera Cruz atende a população adscrita ao distrito Leste de POLIS. A Unidade foi a primeira do município a aderir à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, implementando ações e serviços de fitoterapia, homeopatia e medicina antroposófica, o que vem gerando diversos debates e ajustes na agenda de atendimento da Unidade.

A Unidade trabalha em horário estendido há 6 meses, na tentativa de reduzir as ausências nas consultas agendadas e ampliar o acesso da população, beneficiando as pessoas que trabalham em horário comercial.

O uso de diversos instrumentos de coleta de dados na vigilância em saúde, associado à fragmentação dos processos de trabalho das equipes e à ausência de análise das intervenções realizadas, compromete a qualidade, utilidade e produção de conhecimento relacionados ao cuidado prestado pela UBS e para produção e aplicação de evidência científica na Atenção Básica.

Serviços Prestados: Acolhimento; Atendimento de consultas para demanda espontânea; Agendamento de consultas especializadas; Agendamento para idosos por telefone, diariamente, das 11h às 12h, respeitando as vagas disponíveis; Consultas de pediatria, clínica geral e ginecologia/obstetrícia; Procedimentos de enfermagem e vacinação; Atendimento em fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e práticas integrativas; Assistência odontológica e nutricional. Grupos de saúde bucal, planejamento familiar, atividade física, de apoio/ aconselhamento ao tabagismo, álcool e drogas.

#### INDICADORES:

População coberta (situação ao final do ano de 2015)	9.760
% população coberta pelo programa	56
Média mensal de visitas por família	0,07
% de crianças com esquema vacinal básico em dia	89
% de crianças com aleitamento materno exclusivo	73
% de cobertura de consultas de pré-natal	90
Taxa de mortalidade infantil por diarreia (por 1000 nascidos vivos)	0,1
Prevalência de desnutrição (em menores de 2 anos, por 100)	0,03

#### 5.1.5. UBS BÉRGAMO

A UBS Bérgamo, situada no Distrito Leste, foi a segunda Unidade Básica de Saúde criada pelo município. Atualmente conta com 3 equipes de saúde da família – ESF e sedia um grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. A equipe administrativa da Unidade enviou proposta para o programa Requalifica UBS requerendo recursos para reforma das instalações elétricas, hidrossanitárias e revestimentos, conforme o Projeto de Prevenção e Combate a Incêndio, solicitado após a última vistoria do Corpo de Bombeiros.

O despreparo dos profissionais de saúde com as tecnologias da informação e comunicação, a falta de proatividade da equipe em comunicar-se com os diversos públicos, profissionais de saúde e população, e sua subordinação à veiculação de notícias de interesse dos meios de comunicação, reduzem a participação social, a transparência e a efetividade das ações em saúde na unidade, fragmentando os processos de trabalho realizados.

Serviços Prestados: Acolhimento; Atendimento de consultas para demanda espontânea; Agendamento de consultas especializadas; Consultas de pediatria, clínica geral e ginecologia/obstetrícia; Procedimentos de enfermagem e vacinação; Assistência odontológica e nutricional. Grupos de saúde bucal, planejamento familiar, hipertensão e diabetes.

**INDICADORES:**

População coberta (situação ao final do ano de 2015)	8.714
% população coberta pelo programa	50
Média mensal de visitas por família	0,08
% de crianças com esquema vacinal básico em dia	72
% de crianças com aleitamento materno exclusivo	67
% de cobertura de consultas de pré-natal	75
Taxa de mortalidade infantil por diarreia (por 1000 nascidos vivos)	0,18
Prevalência de desnutrição (em menores de 2 anos, por 100)	0,08

**5.2. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

46

O acesso aos serviços de urgência/emergência ocorre pela procura direta, nas unidades de pronto atendimento e pronto-socorro, além da regulação realizada pelo serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU. As unidades públicas de pronto atendimento e pronto-socorro dos hospitais têm porta aberta para procura direta na urgência, mas o Hospital Universitário, periodicamente, restringe a demanda espontânea para o pronto-socorro. Segundo informações do coordenador do PS do Hospital Universitário, a maioria dos pacientes que procuram atendimento é classificada como sendo de baixo risco, e os pacientes justificam a procura porque há recusa dos profissionais da atenção básica em atender casos fora do agendamento.

O coordenador do complexo regulador do município informou que há insuficiência de leitos de terapia intensiva e de serviços de alta densidade tecnológica, o que faz com que os pacientes aguardem regulação por dias nas unidades de pronto atendimento, muitos deles não conseguem os recursos necessários. Ainda segundo dados do complexo regulador, o sistema de transplante tem um dos piores índices do país na captação de órgãos. Há uma migração de pacientes não regulados para POLIS por causa da deficiência assistencial dos municípios do entorno, inclusive com casas de apoio para abrigo desses pacientes e familiares durante o tratamento.

A comissão de acompanhamento da contratualização do Hospital Abdera tem identificado dificuldades decorrentes da organização da rede de atenção como causa desses problemas, mas também aponta problemas internos do hospital que se refletem na rede, como a falta de resolubilidade do PS, o tempo de permanência elevado decorrente de retenção de leitos por “motivos acadêmicos” e a ineficiência de setores internos em finais de semana e horários noturnos. As unidades privadas conveniadas/contratadas não têm porta aberta para urgência, só aceitando pacientes encaminhados pela regulação do SAMU e pela central de regulação da Secretaria Estadual de Saúde. Apesar de trabalhar com o conceito de vaga zero, as centrais de regulação convivem cotidianamente com a recusa de pacientes, sob o argumento de superlotação.

### 5.2.1. UPA BITINIA

A Unidade de Pronto Atendimento Bitinia é a mais nova das 7 UPAs que existem em POLIS. Com dez leitos e capacidade de atendimento de até 300 pacientes por dia, a unidade oferece atendimento com clínico geral, cirurgião, pediatra e ortopedista. Ligada ao sistema SAMU, a Unidade funciona 24 horas e resolve grande parte de casos urgentes, como crise hipertensiva, febre alta, fraturas, cortes, infecções de trato gastrointestinal e de vias respiratórias superiores, infarto do miocárdio e doenças cerebrovasculares. A taxa de resolução de problemas na unidade é de 95%. Além de consultórios e área de acolhimento com classificação de risco, a unidade conta com leitos de observação e enfermaria, eletrocardiografia, laboratório de exames e sala de raio-x.

### 5.3. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O acesso à atenção especializada pública eletiva é solicitado pelas unidades de atenção básica, não havendo procura direta ao especialista, exceto em oftalmologia. O sistema de agendamento é informatizado e a programação da oferta é regulada pelo Núcleo de Avaliação e Controle – NAC. Como o agendamento é concentrado nos primeiros dias do mês, quando as UBS abrem a agenda dos especialistas para marcação, formam-se longas filas, com disputa de vagas. Em algumas áreas de especialidade, geralmente de alto custo, como a cardiologia e a ortopedia, há oferta acima da necessidade, ao passo que, em outras, observa-se importante restrição, como dermatologia e ortopedia, para procedimentos simples.

A Prefeitura de POLIS abriu policlínicas especializadas em três distritos de saúde do município, visando ampliar a oferta assistencial e a maior integração com a atenção básica, sem mudanças substanciais na situação, considerando-se a pequena capacidade instalada dessas unidades especializadas. A oferta insuficiente de consultas especializadas, associada à falta de acesso do especialista à realização dos procedimentos de diagnose e terapia nos hospitais e ambulatórios cirúrgicos, repercute na resolubilidade da assistência ambulatorial. Após o acesso à consulta, existe outro conjunto de dificuldades relacionado à realização de procedimentos. Recente levantamento da Secretaria Municipal de Saúde mostra o número de usuários que aguarda consultas e o respectivo tempo de espera (QUADRO 4).

**Quadro 4** – Número de usuários e tempo de espera por especialidade, POLIS, 2015.

<b>Especialidade</b>	<b>Nº de usuários em espera</b>	<b>Tempo médio de espera (em meses)</b>
Dermatologia	1800	26
Otorrinolaringologia	1550	19
Ortopedia	1200	14
Cirurgia Vascolar	950	11
Oftalmologia	3600	9
Hematologia	480	7
Mastologia	390	6



Em reunião do Conselho Municipal de Saúde, os gestores apontaram que as restrições orçamentárias e financeiras do Fundo Municipal de Saúde e a excessiva demanda oriunda dos municípios próximos a POLIS são as principais causas das dificuldades para o acesso às especialidades. Por outro lado, os representantes da Secretaria Estadual de Saúde e alguns representantes regionais do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS argumentam que o município restringe indevidamente o acesso aos usuários da região e não cumpre a Programação Pactuada e Integrada – PPI.

A oferta de leitos hospitalares é de 3,1 para 1.000 habitantes, e a taxa de ocupação é de 90% para os leitos gerais e de 100% para a terapia intensiva.

### 5.3.1. HOSPITAL DELPHOS



O Hospital Delphos foi fundado em 1905 para atender famílias de imigrantes que prosperavam de modo rápido e expressivo no Estado. O hospital foi expandido e, a partir da década de 1950, passou a ocupar um lugar de destaque no setor. Fez uma opção por diferenciar-se no mercado por meio de uma forte incorporação tecnológica aliada à gestão profissionalizada. A maior fonte de recursos é proveniente das seguradoras, empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e de

particulares, do país e do exterior. Todos os resultados financeiros são reinvestidos no próprio hospital e em seus projetos. Com corpo clínico aberto, o Hospital Delphos, há 2 anos, foi acreditado pela Joint Commission International – JCI e iniciou, em 2010, sua internacionalização.

O Delphos é uma instituição privada e filantrópica, conta com 1.835 profissionais credenciados em seu corpo clínico e 4.665 colaboradores. O hospital tem uma área construída de 113.250 m<sup>2</sup>, e o seu faturamento anual está em torno dos R\$ 450 milhões.

#### INDICADORES HOSPITALARES:

Capacidades	Ano 2015
Número de leitos operacionais	425 leitos (60 de UTI e 120 semicríticos)
Centro cirúrgico	12 salas
Atendimentos	377.500 pacientes
Internações	21.250 (média 1.770 internações/mês)
Cirurgias	20.400 (média 1.700 procedimentos/mês)
Pronto-socorro	82.700 atendimentos
Ambulatórios	48.000 consultas
SADT	2.020.567 procedimentos
Taxa de ocupação	92%
Média de permanência	5,6 dias
Taxa de infecção de cirurgia limpa	1,5%

A governança do hospital tem um Conselho de Administração, um Conselho Fiscal e o Comitê Executivo, que representam as instâncias colegiadas do modelo de gestão do hospital. Os cargos de direção, coordenados pela superintendência corporativa, respondem pelos serviços de assistência, filantropia e educação.

O movimento de profissionalização da gestão passou a trabalhar com o desafio de articular as ações e os serviços do hospital, equilibrando desenvolvimento técnico-científico, assistência centrada nas necessidades de saúde de seus clientes e promoção e potencialização dos talentos de seus profissionais. O movimento de constituição de equipes multiprofissionais de referência vem encontrando dificuldades decorrentes da lógica verticalizada de organização do trabalho e da cultura tradicional de concentração de poder na categoria médica. De modo geral, há uma forte identificação de seus colaboradores com os valores da organização e um clima organizacional voltado à melhoria contínua e ao crescimento.

### VIGILÂNCIA DE ÂMBITO HOSPITALAR

O hospital tem um Núcleo de Epidemiologia Hospitalar que é composto por um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e um escritório de qualidade e segurança do paciente. O hospital prioriza a segurança do paciente como parte de sua missão, e essas atividades geram indicadores para manter a acreditação do hospital. O SCIH realiza a vigilância das infecções hospitalares e tem meta de zerar as infecções relacionadas a cateter venoso central em suas UTIs. O SCIH também realiza a notificação das doenças de notificação compulsória (DNC). O escritório de qualidade e segurança do paciente realiza as ações de fármaco, tecno e hemovigilância. Há um sistema de vigilância de incidentes (que representam tanto incidentes sem dano como com dano – eventos adversos) operante no hospital com uma equipe responsável pela investigação dos mesmos. No ano passado, foram notificados 650 eventos adversos. Todos os eventos sentinela foram investigados, sendo 15 moderados e um grave, que resultou em óbito. O hospital pertence à rede sentinela da ANVISA e notifica online os eventos adversos do hospital.

49

### 5.3.2. HOSPITAL FEDERAL ABDERA



O Hospital Federal Abdera foi fundado em 1975, como autarquia pública municipal, para atender urgência/emergência na cidade. Em 2001, após o financiamento do hospital ser contingenciado por dificuldades financeiras da Prefeitura, a autarquia municipal realizou a doação do hospital à Universidade Federal de POLIS (UFPOL), que desde então administra a unidade com recursos do governo federal. Nos últimos dez anos, houve um crescimento do atendimento aos quadros oncológicos, que passaram a responder por 50% das internações. Essa mudança

no perfil comprometeu a disponibilidade de leitos para as urgências/emergências e vem gerando superlotação do pronto-socorro. O pagamento dos funcionários é regular; mas o hospital está há dois anos sem recursos para investimento. As demais despesas de custeio são financiadas com recursos do faturamento SUS.

Na contratualização realizada no início de 2015, com o gestor local, foi firmado o valor de R\$ 4.350.000,00 por mês pelos serviços prestados. Em média, tem sido pagos R\$ 3.900.000,00, o que totaliza aproximadamente 46,8 milhões de reais. Foi certificado pelo Ministério da Saúde como hospital de ensino em outubro/2004 e recertificado em setembro/2010.

O hospital está localizado no centro de POLIS e tem 38.167,61 m<sup>2</sup> de área construída e 3.200 funcionários; 72% são servidores públicos e 28% terceirizados.

**INDICADORES HOSPITALARES**

<b>Capacidades</b>	<b>Ano 2015</b>
Número de leitos operacionais	460 leitos (48 leitos UTI e 30 leitos semi-intensivos)
Centro cirúrgico	12 salas
Centro cirúrgico ambulatorial	8 salas
Internações	19.510
Cirurgias	11.998
Pronto-socorro	436.876
Ambulatórios	173.342 em 28 especialidades
Oncologia: UNACON – radioterapia	11.422 consultas e 33.956 aplicações
SADT	1.646.600
Taxa de ocupação	88,28%
Média de permanência	5,89 dias
Mortalidade hospitalar	8%
Mortalidade institucional	6%
Taxa de infecção cirurgia limpa	6,19%

A gestão do hospital Abdera é realizada com colegiados gestores de diretores, coordenadores e de trabalhadores. Suas instâncias deliberativas são: colegiado da unidade de produção; colegiado gestor do hospital; e conselho local de saúde. As instâncias executivas são representadas pela: Diretoria Executiva, composta de Presidência, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa e Área de Ensino; e Gerências das unidades de produção. As diretrizes do hospital são traçadas pelo conjunto dos Colegiados dos Gestores e do Conselho Local de Saúde.

Somado à tradição na prestação de assistência à saúde, desde 2001 o hospital coloca as atividades de pesquisa e de ensino como parte de sua missão institucional, definindo concepções claras para o direcionamento e desenvolvimento de ambos.

Uma das diretrizes estabelecidas foi a indissociabilidade entre atenção, ensino e pesquisa. Como desdobramentos, foram criados grupos e linhas de pesquisa institucionais, de modo a contemplar as questões centrais da assistência à saúde no Brasil, como:

- a) a abordagem das necessidades do SUS;
- b) a organização do trabalho em saúde em redes de atenção;
- c) a humanização do cuidado;
- d) o desenvolvimento da pesquisa científica de cunho epidemiológico, clínico e social em saúde;
- e) a necessidade da construção e incorporação de protocolos ou diretrizes de cuidados;
- f) a avaliação da incorporação de novas tecnologias.

**VIGILÂNCIA DE ÂMBITO HOSPITALAR**

O hospital tem um Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) que notifica as DNC e um Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) que atende a POLIS. Também possui um Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar, com uma comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) formalmente nomeada. A gestão do hospital tem interesse que o NVE seja incorporado como um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

(NHE) nível III do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar do Ministério da Saúde para que tenha acesso ao incentivo financeiro disponibilizado por esse Ministério. Porém a gestão do hospital está com dificuldades de contratação de profissionais para o NVE. Soma-se a isso o fato de o hospital ainda não ter um Núcleo de Segurança do Paciente, que passou a ser obrigatório pela RDC 36/2013 da ANVISA, nem disponibilidade de profissional, com formação em vigilância, para trabalhar nesses núcleos.

### 5.3.3. HOSPITAL ÉFESO



O Hospital Éfeso é uma instituição privada que atende as operadoras de planos de saúde e particulares, estando atualmente sob a gestão da operadora Biomed, que arrendou o hospital em 2007. A operadora Biomed tem concentrado nesse hospital grande parte do atendimento, especialmente as internações, pronto-socorro e SADT, de seus próprios beneficiários e de beneficiários de operadoras de outros municípios.

O hospital conta com 405 funcionários, tem 63 médicos credenciados sem vínculo empregatício e 24 médicos contratados, atuantes no Pronto Atendimento, UTI, SADT e cobertura nas enfermarias. O Éfeso tem uma área construída de 9.235 m<sup>2</sup> e localiza-se no centro de POLIS.

Há um ano, o hospital vem recebendo autuações do Centro de Vigilância Sanitária de POLIS. Vários serviços, segundo essa fiscalização, estão em desacordo com as normas e os regulamentos da VISA. No último mês, foi exigido que toda a infraestrutura física do serviço de radiologia fosse reformada. A diretoria do hospital recorreu de tal autuação em função da previsão de custos da obra. Há dois anos o hospital se preparou para ser certificado pela ONA, conseguindo, em 2014, o nível 1 de certificação.

#### INDICADORES HOSPITALARES:

Capacidades	Ano 2015
Número de leitos operacionais	115
Centro cirúrgico	5 salas cirúrgicas
Internações	5.700
Cirurgias	2.854
Pronto-socorro	57.800 atendimentos
SADT	211.975 procedimentos
Taxa de ocupação	60%
Média de permanência	4,5 dias
Intervalo de substituição	1,8 dia
Total de óbitos	65
Giro de rotatividade	48 internações/leito
Total de saídas	5.596
Taxa de mortalidade	1,2%
Taxa de infecção de cirurgia limpa	4,5%

A gestão hospitalar é constituída pelo diretor técnico e pelos diretores de serviço e chefias de setores, todos indicados pela operadora Biomed. Conta com diretoria clínica, eleita pelo corpo clínico do hospital. Em 2014 e 2015, as diretorias da operadora e do hospital iniciaram negociação com uma cooperativa médica visando à realização de contrato de prestação de serviços hospitalares para os beneficiários da cooperativa. Essas negociações não evoluíram em função da tabela de remuneração proposta pela cooperativa e da resistência dos médicos cooperados em relação a essa parceria. Mais recentemente, em função da possibilidade de suspensão do contrato da cooperativa com o hospital filantrópico de POLIS, as negociações encontram-se em estágio avançado e com possibilidade da efetivação do referido contrato, sem ainda a concordância dos médicos.

### VIGILÂNCIA DE ÂMBITO HOSPITALAR

O hospital foi autuado pela vigilância sanitária por não ter uma CCIH formalmente constituída. As ações de controle de infecção são da responsabilidade de uma única enfermeira que trabalha 10 horas por semana no hospital. Não há um núcleo de vigilância epidemiológica, as notificações de DNC ficam a cargo da enfermeira que responde pelo controle de infecção, mas no ano anterior o hospital não notificou nenhuma DNC. O hospital não possui um Núcleo de Segurança do Paciente e não realiza nenhuma atividade de fármaco, tecno ou hemovigilância.

### 5.3.4. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ESTAGIRA



Fundado em 1960, atualmente sob gestão estadual, o Hospital Universitário Estágira está contratualizado com a Secretaria Estadual de Saúde, e o alcance das metas é objeto de avaliação trimestral por comissão de acompanhamento específica. Certificado junto ao Ministério da Saúde como Hospital de Ensino, constitui-se em cenário de práticas para estudantes de graduação e pós-graduação da área da saúde, especialmente para as residências em saúde.

O hospital Localizado no distrito Leste, tem área construída de 33.300 m<sup>2</sup> e o corpo de funcionários é de 2.050 trabalhadores, 50% destes em atividade de cuidado. A contratualização com o SUS gera recursos de R\$ 48 milhões.

A atual gestão estabeleceu os seguintes objetivos estratégicos para os próximos quatro anos: repactuar o projeto do complexo assistencial; romper o isolamento político e promover a rearticulação com as forças da sociedade civil organizada; ampliar parcerias; reestruturar o processo de gestão; instituir a educação permanente, integrando serviço e academia; promover a mudança do modelo de atenção; implantar programa de acreditação internacional; criar mecanismos/dispositivos de valorização profissional; fortalecer a integração com a rede de atenção do SUS locorregional; e aprimorar os processos de comunicação no complexo.

## INDICADORES HOSPITALARES:

Capacidades	Ano 2015
Número de leitos operacionais	290 leitos
Centro obstétrico	5 salas
Centro cirúrgico	12 salas (taxa de suspensão de cirurgias de 25%)
Internações	14995
Internação domiciliar	20 leitos
Cirurgias	7600
Pronto-socorro	108.000 atendimentos
Oncologia – CACON	37 500 procedimentos
Ambulatórios	603.000 atendimentos, sendo: 462.000 consultas médicas, 7,3% de primeiras consultas e 10,3% de percentual de alta mensal
Hemocentro	41.600 coletas
SADT	1.215.000 procedimentos
Alimentação e nutrição	795.600 dietas, 60.060 mamadeiras e 756 nutrições parenterais
Taxa de ocupação	0,862
Média de permanência	6 dias
Intervalo de substituição	0,96
Giro de rotatividade	52,4
Mortalidade hospitalar	5,5
Total de óbitos	715
Taxa de IH anual média	0,082
Taxa de infecção de cirurgia limpa	0,021
Número de partos	2860
Taxa de parto cesárea	0,45

O Estágio recebe muitos pacientes do hospital da operadora Biomed e dos demais hospitais privados contratados/conveniados ao SUS que desejam fazer exames, em sua maioria de alto custo, como tomografia e ressonância, e solicitam o laudo para levar ao hospital privado. Isso gera conflitos da equipe com pacientes e familiares. O Hospital tem inúmeros processos no Ministério Público em função desses conflitos e também para internações compulsórias de pacientes, inicialmente assistidos pelos hospitais privados conveniados/contratados do SUS e, conforme intercorrência, referenciados ao Hospital Universitário.

## GESTÃO

A gestão hospitalar é constituída de uma equipe de diretores e assistentes técnicos, que formam um Colegiado Gestor responsável pela discussão e tomada de decisão de forma coletiva. O superintendente do complexo tem representação no Conselho Municipal de Saúde de POLIS.

Está em fase de implantação o Núcleo de Regulação Interna, que visa à regulação de leitos e cirurgias, pela gestão, o que vem sendo motivo de inúmeros conflitos. No último semestre, a equipe de gestão do Hospital propôs uma mudança no modelo de cuidado hospitalar, encontrando resistências, principalmente dos docentes e residentes, que inviabilizaram a continuidade do projeto. O Hospital conta com uma equipe de Ouvidoria, sendo a sistematização dos dados pautada para a discussão no colegiado de gestão. Em 2014, a resolutividade desse setor foi de 64%, sendo a grande maioria das demandas procedentes. A média de reclamações é de 1,2/dia, sendo as principais queixas: estrutura e processo de trabalho (organizacionais), atraso de relatórios médicos e demora no agendamento de cirurgia ou procedimentos eletivos.

Em 2014 ocorreram 4.200 licenças, acarretando 10.789 dias de afastamento, sendo que a maioria das faltas foi de profissionais do sexo feminino, com predomínio da faixa etária entre 26 e 30 anos.

### VIGILÂNCIA DE ÂMBITO HOSPITALAR

O hospital tem um NHE nível III que faz parte do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar do Ministério da Saúde. Em 2014, notificou 1.603 casos, sendo as principais morbidades: 35,1% dengue; 20,3% acidentes de trabalho; 9,4% acidentes por animal potencialmente transmissor de raiva e 7,5% intoxicação exógena, entre outras.

O hospital é a referência para as patologias infecciosas com risco epidêmico, tendo sido o responsável pelo atendimento aos pacientes com síndrome gripal com suspeita de H1N1 de toda a região desde 2012. Realizou vacinação para os trabalhadores, docentes e discentes, atingindo 98% de cobertura. Com relação à dengue, o Hospital Universitário Estagira notificou 454 casos confirmados e prestou assistência a um paciente com dengue hemorrágica que foi a óbito.

Tem um Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar que faz vigilância das infecções nas UTIs do hospital e tem tido dificuldade em reduzir a incidência de infecções por bactérias multirresistentes a antibióticos.

O Estagira já possui um Núcleo de Segurança do Paciente que integra a Rede Sentinela da ANVISA para notificação de eventos adversos/queixas técnicas relacionadas à utilização de medicamentos, hemoterapia e produtos para a saúde.

As atividades de vigilância estão integradas às atividades de ensino, sendo que os residentes de enfermagem e medicina realizam estágio nos núcleos de vigilância.

### SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

A Unidade é referência em várias especialidades para a região e está inserida na regulação do estado, que adota a política da “vaga zero”, o que vem gerando superlotação do serviço, comprometendo a qualidade do cuidado. As equipes médicas têm inúmeros conflitos com a gestão, em função das condições de trabalho advindas da superlotação, e tomam decisões unilaterais de fechamento do serviço, formulando denúncias no Ministério Público e fazendo boletins de ocorrência para preservação de direitos.

A Santa Casa de Misericórdia de POLIS foi fundada em 1886, filantrópica e privada, a instituição de grande porte e nível terciário é referência para o SUS em especialidades e procedimentos de alta complexidade, como ortopedia, traumatologia, cirurgia cardíaca, hemodinâmica, neurocirurgia, oncologia e terapia renal substitutiva (inclusive transplante renal).

### 5.3.5. SANTA CASA DE POLIS



A Santa Casa de POLIS foi fundada em 1886, filantrópica e privada, a instituição de grande porte e nível terciário é referência para o SUS em especialidades e procedimentos de alta complexidade, como ortopedia, traumatologia, cirurgia cardíaca, hemodinâmica, neurocirurgia, oncologia e terapia renal substitutiva (inclusive transplante renal).

A Santa Casa tem ambulatórios de diversas especialidades, como: oncologia clínica e cirúrgica, adulta e infantil; nefrologia; ortopedia; cardiologia; urologia; cirurgia bucomaxilofacial; neurologia e oftalmologia.

Entre as internações cirúrgicas, 69% são pelo SUS em caráter de urgência e emergência, reguladas pela Central Estadual de Regulação Médica. A unidade de urgência atende adultos e crianças 24 horas para convênios e particulares.

A Santa Casa de POLIS mantém residência médica em anestesia, ortopedia e traumatologia, e estágio em cardiologia, cirurgia endovascular periférica e ortopedia de quadril. No total, são 26 médicos, entre residentes e estagiários, em formação nas respectivas especialidades médicas. Além da residência, a Santa Casa possui programa regular de estágios para estudantes de graduação e nível médio em diferentes áreas da saúde, como: medicina, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, biomedicina, nutrição e enfermagem. Ao todo, mais de 300 estagiários utilizam o hospital como campo de estágio.

Localizada no distrito Leste, com 19,8 mil m<sup>2</sup> de área construída, a Santa Casa conta com corpo clínico formado por 335 médicos, além de 779 funcionários.

#### INDICADORES HOSPITALARES:

Capacidades	Ano 2015
Número de leitos operacionais	203 leitos (26 de UTI)
Centro cirúrgico	6 salas
Atendimentos	180.312 pacientes
Internações	10.150 (média 845 internações/mês)
Cirurgias	9.744 (média 812 procedimentos/mês)
Pronto-socorro	39.501 atendimentos
Ambulatórios	22.927 consultas
SADT	965.117 procedimentos
Taxa de ocupação	94%
Média de permanência	6,2 dias
Taxa de infecção de cirurgia limpa	2,1%



## GESTÃO

A gestão da Santa Casa de POLIS possui um modelo centralizado, baseado em hierarquias, constituindo-se pela Administração Superior e gestão profissional. A Administração Superior é formada a cada três anos a partir da Assembleia Geral, órgão supremo da Instituição, em que são escolhidos 6 Irmãos para os cargos voluntários da Provedoria, formada por Provedor, Vice-Provedor, Tesoureiro, Escrivão e Mordomos, e é o órgão executivo, sendo o Provedor seu dirigente maior.

A gestão profissional, baseada no Planejamento Estratégico orientado por processos, é constituída por um Superintendente, nomeado pelo Provedor, por Coordenadorias executivas e de unidades. As coordenadorias executivas são responsáveis pela gestão, atuando como elo entre Provedoria e as unidades assistenciais, que são geridas por diretores médicos e administrativos, todos com nível superior, 84% com graduação, pós-graduação ou especialização em Administração Hospitalar e 100% dos diretores médicos titulados (por no mínimo grau de doutor).

## VIGILÂNCIA DE ÂMBITO HOSPITALAR

O hospital possui um Núcleo de Referência em Vigilância que realiza as notificações de DNC, o controle de infecções hospitalares e regula as medidas de segurança ao paciente. Integra também o núcleo o Setor de Farmacovigilância, implantado há dois anos para as ações de prevenção a reações adversas, realizando auditoria técnica da qualidade dos medicamentos utilizados dentro da instituição. Devido à ocorrência de infecções com bactérias multirresistentes (KPC – carbapenemase e NDM-1 – New Delhi metallo-B-lactamase-1), 9 leitos da Unidade de Terapia Intensiva foram bloqueados em 2014, o que suscitou a discussão de novas políticas de Segurança ao Paciente, sendo instituído um novo núcleo específico para essa área.

56

## 5.4. SAÚDE SUPLEMENTAR

Duas operadoras de planos de saúde operam no município. Ocorre o predomínio da cooperativa médica com 80% dos contratos de assistência médico-hospitalar (305.456 beneficiários), enquanto outra empresa (medicina de grupo) tem 76.364 beneficiários. A cobertura da população residente no município é da ordem de 35%, sendo que 72,5% correspondem ao contrato de plano coletivo empresarial.

As duas operadoras têm como prática o credenciamento de consultórios médicos – gatekeeper – que funcionam como porta de entrada do setor. A atividade tem grande peso econômico, e sua receita aproxima-se do orçamento disponibilizado para o SUS no município. A cooperativa médica preserva a livre escolha dos profissionais, que atendem em seus consultórios privados, enquanto a empresa de medicina de grupo oferece, como primeira opção, um ambulatório médico, centralizado, que providencia encaminhamentos a médicos credenciados, quando entende necessário.

Segundo a ANS, o “componente qualificação das operadoras” avalia o desempenho das operadoras por meio do índice de desempenho da saúde suplementar – IDSS. Esse índice varia de zero a um:



O IDSS é composto, em 50%, do índice de desempenho da atenção à saúde – IDAS; em 30% do índice de desempenho econômico financeiro – IDEF; em 10% do índice de desempenho de estrutura e operação – IDEO e em 10% do índice de desempenho da satisfação dos beneficiários – IDSB. Cada um desses índices de desempenho, por dimensão, é medido por um conjunto de indicadores, e seu resultado é dado pelo quociente entre a soma dos pontos obtidos pela operadora em cada indicador e a soma do máximo de pontos possível de todos os indicadores específicos daquela dimensão.

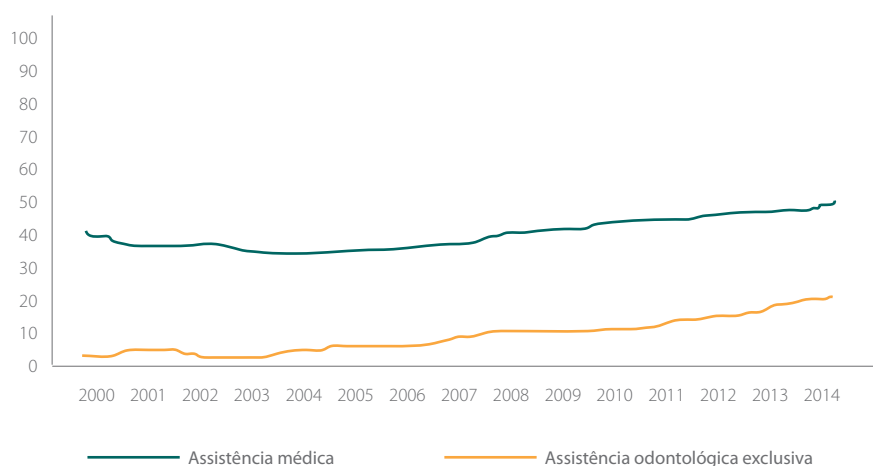
Os indicadores são calculados por meio de dados do sistema de informações da ANS, enviados pelas operadoras ou coletados pela Agência, e de dados de sistemas nacionais de informações em saúde.

A avaliação do IDSS das duas operadoras de POLIS, em março de 2015, foi: Biomed na faixa de 0,2 a 0,4 e Cooperativa Médica na faixa de 0,6 a 0,79. O incremento das medidas regulatórias, somado ao estabelecimento de regras mais rígidas para reajuste da mensalidade dos planos, à recusa para limitação de cobertura e ao aumento das ações judiciais por parte dos usuários, tem trazido um cenário com mais dificuldades para essas duas operadoras.

Na cooperativa médica, parte da diretoria tem defendido mudanças no modelo de atenção, mas nas assembleias existe grande resistência a romper com os princípios de livre escolha dos médicos especialistas. Na Biomed, por outro lado, há a defesa da redução de gastos pela maior rigidez na autorização dos procedimentos solicitados e o endurecimento na negociação dos contratos com prestadores.

Em POLIS, a taxa de cobertura de planos de saúde, em percentual, tanto na modalidade assistência médica como na assistência odontológica exclusiva, vem crescendo na última década (GRÁFICO 24).

**Gráfico 24 – Evolução da taxa de cobertura dos planos de saúde, POLIS, 2000 a 2014.**



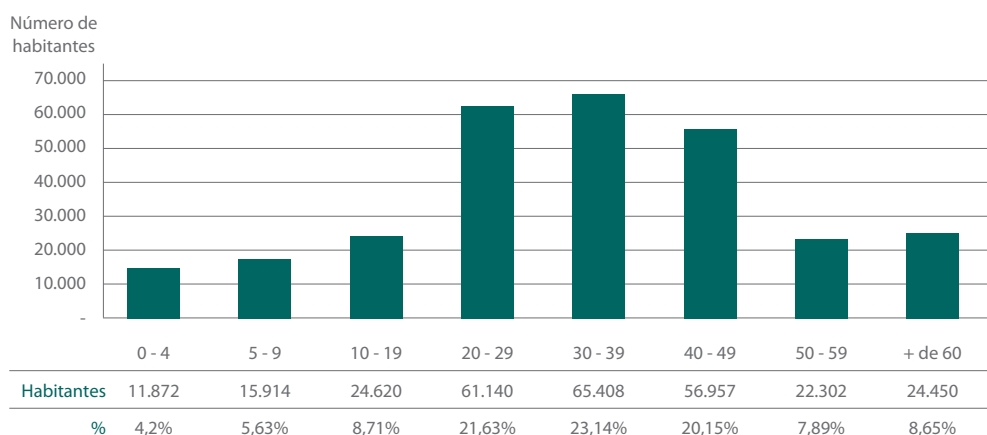
Aproximadamente 95% dos planos de assistência médica contratados incluem a assistência médica hospitalar com assistência obstétrica. Apesar disso, a demanda por internações hospitalares de beneficiários de planos de saúde em serviços do SUS também vem aumentando ano a ano.

## 6. Distritos de saúde

### 6.1. DISTRITO CENTRO

O distrito de saúde Centro conta com as principais instituições de Atenção Terciária de POLIS: o Hospital Éfeso, o Hospital Abdera e o Hospital Delphos. A região é a 2ª mais populosa de POLIS, com 282.663 moradores. O crescimento desorganizado e a falta de planejamento geraram diversos problemas de infraestrutura urbana que vêm sendo sanados por diversas gestões. Em relação ao saneamento básico, 95% da população distrital tem acesso à água tratada e possui coleta de esgoto sanitário, já a coleta de resíduos sólidos atinge 84% da população (GRÁFICO 25).

Gráfico 25 – Distribuição da população por faixa etária, Distrito Centro, POLIS, 2015.



58

### CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

O número de nascimentos no distrito Centro segue com um crescimento acentuado. As consultas de pré-natal têm um percentual de 73% de nascidos vivos, cujas mães fizeram ao menos 7 consultas de pré-natal. A porcentagem de mães adolescentes segue aumentando desde 2012, naquele ano era de 13,21%, em 2013 subiu para 13,49% e em 2014 chegou a 13,98%. O percentual de cesáreas no distrito é de 62,4%.

### PERFIL DE MORTALIDADE

As mortalidades maternas e infantis apresentam tendência de queda nos últimos anos. Em relação aos óbitos de crianças menores de um ano, em 2014 a proporção era de 15,48%, em 2013, de 6,85%. Já a proporção de óbitos femininos por causas maternas era de 20,06% em 2012 e caiu para 8,56 em 2014.

A principal causa de óbitos são as doenças relacionadas ao aparelho circulatório, representando 33% das mortes registradas em 2014, em segundo lugar estão as neoplasias, com 16,3% dos óbitos, e em terceiro as doenças relacionadas ao sistema respiratório, que representam 11,4%.

### SERVIÇOS DE SAÚDE NO DISTRITO CENTRO

A atenção básica no distrito é composta de 15 UBS, e apenas uma delas conta com 3 equipes de Saúde da Família. Os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde no distrito são:

- 2 unidades de pronto atendimento;
- 1 serviço de transporte agendado de pacientes;
- 1 policlínica de especialidades e 1 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, ligados à Secretaria Municipal de Saúde;
- 1 CAPS tipo III;
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas;
- 3 laboratórios privados de análises clínicas, 2 deles contratados pelo SUS, além de 1 laboratório da Secretaria Municipal de Saúde;
- 1 unidade de coleta e transfusão de sangue;
- 1 farmácia popular;
- 1 hospital geral com unidade de urgência e emergência; 1 hospital universitário com contrato de gestão que não possui unidade de urgência e emergência, integrante da Rede Sentinela; 5 hospitais gerais e especializados, incluindo de câncer, saúde mental, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, entre outros, com serviços de atenção ambulatorial especializada contratada; 1 hospital maternidade;
- 1 laboratório regional de Saúde Pública ligado à Secretaria Estadual de Saúde;
- 1 ambulatório de especialidades médicas e 1 serviço de cirurgia ambulatorial do Consórcio Intermunicipal de Saúde;
- 1 unidade de terapia renal substitutiva privada, contratada pelo SUS;
- 3 ambulatórios de especialidades médicas privados, contratados pelo SUS;
- 6 clínicas de fisioterapia privadas, 5 delas contratadas pelo SUS;
- 3 centros de imagens privados, dois deles contratados pelo SUS;
- 3 agências transfusionais privadas, duas delas contratadas pelo SUS;
- 1 serviço privado de home care;
- 1 serviço privado de hemoterapia.

## GESTÃO E CONTROLE SOCIAL

A gestão de saúde desvinculada da análise de situação e sem articulação intra e intersetorial gera nos moradores do distrito o sentimento de desassistência à saúde; a desarticulação entre os níveis de atenção e a fragilidade do trabalho em equipes multiprofissionais também comprometem a integralidade e a interdisciplinaridade no cuidado em saúde. No Conselho Municipal as reclamações sobre a falta de atenção aos usuários do SUS, sua reduzida participação no processo de cuidado à saúde, a fragmentação do trabalho pelos profissionais, os custos crescentes e erros frequentes, assim como a qualidade incipiente do cuidado, são constantes. O modelo de atenção vigente no distrito baseia-se nas demandas espontâneas e na atenção hospitalar, caracterizando-se por excessiva medicalização e consumo elevado de procedimentos médico-assistenciais. O planejamento estratégico da vigilância em saúde é insuficiente, e o monitoramento e a avaliação de de ações de saúde refletem na parca gestão baseada em evidências epidemiológicas.

## ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

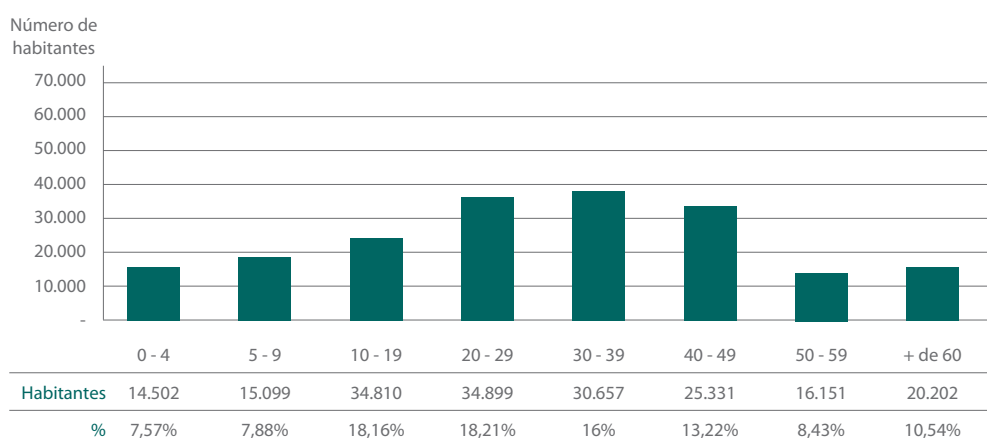
No distrito Centro a rede de ensino na área da saúde associa-se a dois hospitais, promovendo a inserção dos alunos no atendimento em Atenção Secundária e Terciária. Entretanto, o modelo distrital de atenção à saúde, não organizado em redes de atenção e orientado principalmente pela demanda espontânea, dificulta avanços na perspectiva de construção de uma clínica ampliada e restringe o cuidado prestado somente à dimensão biológica do processo saúde-doença, com baixo uso de dispositivos e ferramentas da gestão da clínica voltados à melhoria da efetividade, eficiência, eficácia, resolutividade, qualidade e segurança do cuidado. Além disso, principalmente no Hospital Éfeso, é frequente a propaganda laboratorial farmacêutica como meio de promoção de medicamentos, o que gera a indicação de consumo desordenada e não relacionada com a necessidade do paciente, o que enfraquece a relação da elaboração de planos de cuidado baseada na relação ensino-aprendizagem e teoria-prática por parte dos profissionais. Somado a esse fato, as equipes de saúde são formadas há mais de uma década e, desde então, raras foram as vezes que os profissionais da Atenção Primária tiveram acesso a dispositivos de formação e educação permanente.

## 6.2. DISTRITO NORTE

O distrito de saúde região Norte tem sido o território priorizado pelo atual governo municipal, com ênfase na formulação de políticas sociais.

Com relação ao saneamento básico, 90% da população é servida com água tratada. A coleta de esgoto sanitário atinge 80% dos moradores e o sistema de coleta de resíduos sólidos atinge 73% dessa população. Com um crescimento demográfico de 3,0% ao ano, a população estimada para 2015 foi de 191.650 habitantes, sendo 50% do sexo feminino, com exceção das faixas etárias acima de 60 anos, que alcança valores de 56% (GRÁFICO 26).

**Gráfico 26 – Distribuição da população por faixa etária, Distrito Norte, POLIS, 2015.**



### CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

O distrito de saúde região Norte apresenta uma tendência estável no número de nascidos vivos, com percentual de prematuridade de 8,6. O percentual de baixo peso ao nascer é de 10,6% e a taxa de cesárea é igual a 48%. A porcentagem de mães adolescentes é de 15,9%. O coeficiente de mortalidade materna por residência foi de 35,2% (por 100.000 nascidos vivos), e o percentual de parturientes com cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal foi de 78%.

### PERFIL DE MORTALIDADE

A mortalidade infantil, a partir de 2004, apresenta uma tendência de queda, com predomínio do componente neonatal. Em 2014, a mortalidade geral foi de 6,0 por 1.000 habitantes, sendo que entre as principais causas de morte figuram:

- doenças do aparelho circulatório com coeficiente de 136,6/100.000 habitantes;
- neoplasias com coeficiente de 103,8/100.000 habitantes;
- doenças do aparelho respiratório com coeficiente de 75,0/100.000 habitantes;
- causas externas com coeficiente de 52,1/100.000 habitantes;
- conjunto das doenças infecciosas e parasitárias com coeficiente de 48,8/100.000 habitantes;
- doenças do aparelho digestivo com coeficiente de 47,2/100.000 habitantes.

Destaca-se que as causas mal definidas totalizam 14,8/100.000 habitantes.

## SERVIÇOS DE SAÚDE NO DISTRITO NORTE

O distrito vem, progressivamente, implantando um modelo de cuidado integral à saúde, adotando a estratégia saúde da família como eixo estruturante da rede de atenção básica. Conta atualmente com 51 Equipes de Saúde da Família – ESF e 51 Equipes de Saúde Bucal, inseridas em 17 UBS, que alcança 98% de cobertura populacional.

Todas as ESF contam com apoio das equipes dos NASF. As equipes, num arranjo organizacional matricial, atuam em conjunto com os profissionais das ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes. Os demais serviços que integram a rede de cuidados são:

- 1 unidade de pronto atendimento – UPA com atendimento médico e odontológico de urgência, funcionando 24 horas dia, responsável pelo atendimento pré-hospitalar fixo, em situações caracterizadas como urgência;
- 1 equipe de EMAD articulada às equipes da UPA e das UBS;
- 1 Centro de Especialidade Odontológica;
- 1 CAPS tipo II para adultos portadores de doenças mentais;
- 1 clínica privada de fisioterapia, contratada pelo SUS;
- 2 ambulatórios de especialidades médicas privados, contratados pelo SUS; e
- 1 farmácia popular.

## PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ

O município de POLIS aderiu ao PMAQ, com incentivo do Ministério da Saúde, tendo a adesão de 100% das UBS do distrito da região norte, como parte de um projeto-piloto. Encontra-se no passo três do processo de implantação, já tendo solicitado a avaliação externa para certificação das equipes.

## GESTÃO E CONTROLE SOCIAL

A equipe gerencial do distrito é constituída por um coordenador, um médico sanitário, um enfermeiro e uma equipe de apoio administrativo. O Conselho Local de Saúde reúne-se mensalmente e participa do planejamento e da avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelas unidades básicas de saúde, coordenando o serviço de ouvidoria implantado no distrito por iniciativa própria. A demanda no serviço de ouvidoria é caracterizada por conflitos entre equipes e usuários; dificuldade de acesso a especialistas e exames complementares; demora em conseguir o agendamento de consulta nas UBS; falta de medicamentos; dificuldades com o transporte sanitário e construção de academias da saúde para as equipes da atenção básica. A vigilância em saúde informa agravos heterogêneos no distrito, doenças emergentes, transmissíveis e não transmissíveis além das violências e traumas, problemas ambientais, em contextos culturais, políticos e socioeconômicos diversos, compondo um quadro complexo que demanda estrutura e organização adequada das equipes de saúde, o que tem se demonstrado ineficiente para o atendimento da população, uma vez que a ouvidoria registra graves problemas de desassistência da população local principalmente na região de invasão próxima ao Morro da Cunha.

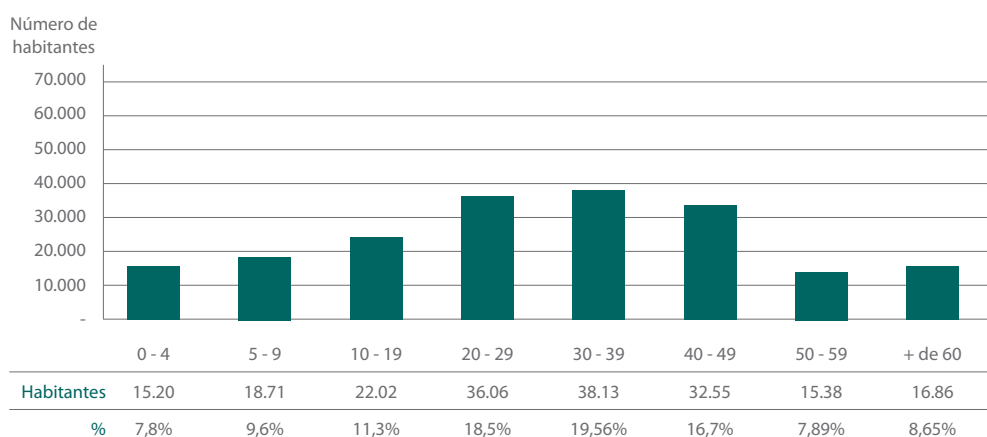
## ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

A rede básica do distrito tem se constituído em uma rede escola, já que todas as unidades básicas são cenários de ensino-aprendizagem. Em 2012, além da inserção de estudantes de graduação e de atividades de pesquisa, a Universidade Estadual de POLIS incluiu em todas as UBS que contam com equipes de saúde da família residentes do programa da residência médica em saúde da família e comunidade e residentes multiprofissionais em saúde da família de oito profissões de saúde: enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição, serviço social e educação física. Essa situação tem gerado pedidos de ampliação das unidades e pagamento de bolsa para os profissionais que supervisionam os estudantes.

### 6.3. DISTRITO SUL

O distrito Sul é o único de POLIS com redução no crescimento populacional nos últimos anos. A população atual no distrito é de 194.950 habitantes. A região sedia a lagoa de estabilização de tratamento de esgoto e foi a primeira a implementar o sistema de coleta de esgoto sanitário, tendo 98% do território inserido no sistema de coleta. A distribuição de água na região chega a 99% das residências, e a coleta de resíduos sólidos tem um dos melhores percentuais de POLIS, 98% (GRÁFICO 27).

Gráfico 27 – Distribuição da população por faixa etária, Distrito Sul, POLIS, 2015.



62

#### CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

Apesar da diminuição no total populacional, o distrito Sul apresenta o maior percentual de crianças em POLIS. A porcentagem de mães adolescentes em 2014 é de 5,82. A mortalidade materna atingiu o percentual mais baixo em 2014, 19 para cada 100 mil nascidos vivos, já os óbitos em menores de um ano em 2014 alcançou 6,06 por mil nascidos vivos. O acompanhamento pré-natal no distrito, cujas mães fizeram pelo menos 7 consultas, é de 82,75%.

#### PERFIL DE MORTALIDADE

No distrito Sul tem como principal causa de óbitos as doenças do aparelho circulatório, com 26,86% das mortes, em segundo estão as neoplasias, em 21,3%, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, com 16,2% dos óbitos informados.

#### SERVIÇOS DE SAÚDE NO DISTRITO SUL

O distrito Sul tem 8 Unidades Básicas de Saúde em seu território, 4 delas possuem equipes de saúde da família – ESF, são 3 equipes atuantes em cada unidade. As equipes articulam-se em um arranjo organizacional matricial à equipe do NASF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde no território. No distrito Sul também encontram-se outros serviços, como:

- 2 unidades de pronto atendimento;
- 1 policlínica de especialidades;
- 1 CAPS infantil;
- 1 unidade de coleta e transfusão de sangue;
- 1 farmácia popular;
- 1 hospital geral e um hospital privado especializado;
- 1 unidade de terapia renal substitutiva;
- 4 clínicas privadas de fisioterapia, duas dessas contratadas pelo SUS;
- 2 agências transfusionais privadas, uma dessas contratadas pelo SUS;
- 1 laboratório privado de análises clínicas;
- 1 centro de imagens; e
- 2 casas de apoio à saúde mental.

## GESTÃO E CONTROLE SOCIAL

O conselho local de saúde no distrito Sul elegeu a nova equipe há apenas 2 meses. A nova equipe optou por reunir-se quinzenalmente nos primeiros 6 meses para analisar os resultados do último Relatório de Gestão, bem como o orçamento previsto. A gestão no distrito, conhecida por ser pouco transparente e sistemática, não se articula com especialistas externos, atuando com elevado grau de empirismo no processo decisório em saúde, influenciado principalmente pelas demandas emergenciais. O sistema de ouvidoria local foi encerrado devido à falta de pagamentos aos funcionários terceirizados e, as demandas da população estão sendo direcionadas diretamente ao Conselho Municipal de Saúde. Um dos pontos nevrálgicos da ineficiência da gestão em saúde é demonstrado pela forma como a região Sul de POLIS organiza-se. Percebe-se nos relatórios de gestão o registro de erros frequentes nas práticas e a pouca usabilidade dos dispositivos de ferramentas da gestão da clínica. Talvez esse diagnóstico faz-se presente devido a uma gestão pública da saúde voluntarista e com baixo grau de profissionalização. Uma das alternativas para a solução seria aumentar a participação social no processo de gestão e entender o usuário como sujeito no processo de cuidado com a saúde, o que dificulta avanços na perspectiva de construção de uma clínica ampliada.

## ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

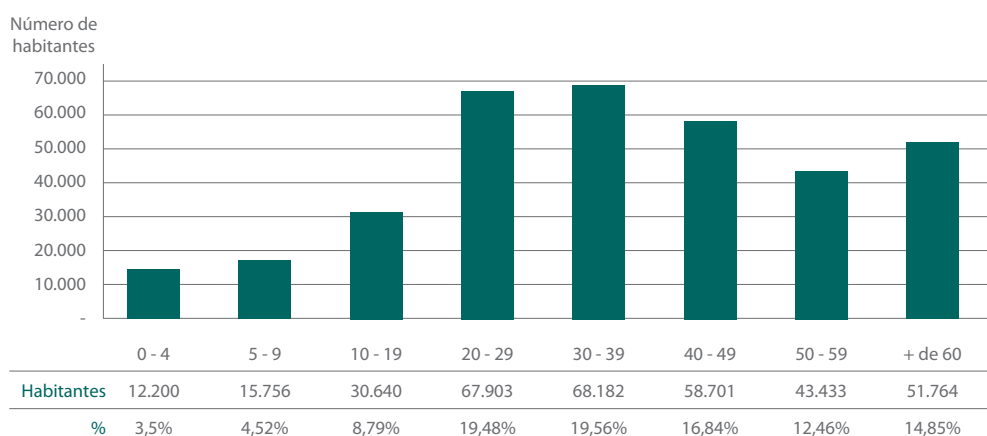
O distrito Sul está integrado à rede de ensino em saúde em POLIS como campo de preceptoria na área de Atenção Básica para os universitários da UNIFIL. São quatro Unidades Básicas de Saúde que recebem os estudantes, integrados à Estratégia Saúde da Família e aos profissionais do NASF. Por outro lado, nas UBSs, há um modelo de atenção à saúde orientado para o atendimento à demanda espontânea, permeado por práticas hierárquicas e com estrutura piramidal que dificulta muitas iniciativas, próprio dos processos de gestão tradicionais e pouco permeáveis. Muitas vezes, a forma encontrada para driblar tal cenário é a criação de algumas iniciativas pontuais de integração envolvendo ações, serviços e equipes, que nem sempre se tornam efetivas por conta da insuficiência dos recursos financeiros.



## 6.4. DISTRITO LESTE

O distrito de saúde da região Leste tem os melhores indicadores de Condições de Vida. Em relação ao saneamento básico, 98% da população é servida com água tratada. A coleta de esgoto sanitário atinge 95% dos moradores, e o sistema de coleta de resíduos sólidos atinge 97% dessa população. A população estimada para 2015 foi de 348.580 habitantes, sendo 52% do sexo feminino (GRÁFICO 28).

Gráfico 28 – Distribuição da população por faixa etária, Distrito Leste, POLIS 2015.



### CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

O distrito de saúde Leste tem o menor percentual de mães adolescentes do município, 0,65%. O índice de mortalidade materna está em queda, de 61 casos para cada 100 mil nascidos vivos em 2002 reduziu para 37 casos em 2014. A taxa de partos cesáreos ultrapassa a de partos normais, em 2014 foram 2.629 partos normais (38%) e 4.289 cesarianas (62%). O acompanhamento no programa pré-natal foi realizado por 91,4% das gestantes, em sua maioria (71,7%) iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre de gestação.

### PERFIL DE MORTALIDADE

As causas de óbito no distrito Leste de POLIS em 2014 estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 29,2% do total das mortes, seguido pelas neoplasias (21,1%) e causas externas (13,6%).

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) para 2014 foi de 10,67 óbitos por 1000 nascidos vivos no distrito. Em 1990, esse valor era de 22,62 óbitos infantis por 1000 nascidos vivos, uma redução de 61,1% para o período. Nos últimos 10 anos o CMI do Leste tem apresentado valores entre 10 e 14 óbitos por grupo de 1000 nascidos vivos, sendo que em 2004 registrou-se o menor valor para o município, que foi de 8,97/1000 NV.

As causas de óbito das crianças menores de 1 ano são as afecções do período perinatal, responsáveis por 56,7% (38 casos) do total de óbitos, as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, segunda causa mais frequente, com 28,4% (19 casos), e as mortes por causas externas, responsáveis por 6 óbitos (9,0%). As doenças do aparelho respiratório e digestivo corresponderam a 3,0%, mesmo percentual obtido pelas demais causas.

## SERVIÇOS DE SAÚDE NO DISTRITO LESTE

O distrito tem apenas duas de suas 20 Unidades de Saúde com equipes da Estratégia de Saúde da Família, a cobertura da área adscrita alcança 85% dos residentes. Assim como nas demais UBS do município, as 6 equipes ESF contam com o apoio das equipes NASF, no arranjo organizacional matricial que se estrutura o cuidado no município. Os demais serviços da Rede Atenção à Saúde no distrito são:

- Na rede hospitalar, além do Hospital Universitário Estagira, há no distrito dois hospitais gerais com unidade de urgência e emergência, um sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde e outro vinculado à Secretaria Estadual de Saúde; um hospital da operadora de plano de saúde com clínicas e consultórios médicos; cinco hospitais gerais e especializados, incluindo de câncer, saúde mental, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, entre outros, com serviços de atenção ambulatorial especializada contratada;
- 1 central de regulação do serviço móvel de urgência – SAMU e um serviço de transporte de pacientes da rede de urgência do estado;
- 1 farmácia popular;
- 1 policlínica de especialidade e 2 ambulatórios de especialidades médicas;
- 1 CAPS ad e 1 CAPS tipo III;
- O núcleo de avaliação, controle e auditoria e a unidade de acondicionamento e armazenamento de medicamentos e insumos da Secretaria Municipal de Saúde;
- Serviços na área renal: 1 hemocentro vinculado ao hospital universitário; 1 unidade de coleta e transfusão de sangue da Secretaria Municipal de Saúde; 1 unidade de terapia renal substitutiva;
- 3 agências transfusionais privadas, 1 delas contratada pelo SUS;
- 6 clínicas de fisioterapia privadas, 3 delas contratadas pelo SUS;
- 4 laboratórios privados de análises clínicas, 3 deles contratados pelo SUS;
- 5 centros de imagens privados, 2 deles contratados pelo SUS;
- 1 serviço privado de home care.

## GESTÃO E CONTROLE SOCIAL

O distrito Leste possui um Conselho Local de Saúde muito atuante diante dos processos de gestão e regulação na área. A falta de profissionais especialistas em Saúde Coletiva é uma das reivindicações do Conselho. A Ouvidoria relata reclamações referentes à falta de atendimentos na atenção primária, demora no agendamento de consultas com especialistas e dificuldade no controle dos encaminhamentos para atendimentos secundários e terciários. Além disso, os usuários buscam a instância hospitalar para todo e qualquer problema de saúde que lhes ocorra, o que onera o sistema terciário e superlota desnecessariamente a emergência da Santa Casa de POLIS. Tal fenômeno, muito comum nas cidades brasileiras, tem como efeito o consumo crescente de procedimentos e a excessiva medicalização, o que confere cada vez mais a baixa autonomia do usuário para ações como o autocuidado e a busca da qualidade de vida por meio da saúde, gerando a fragmentação dos saberes versus as práticas de saúde. Seria apropriado que a administração de saúde de POLIS pudesse se preocupar com a realidade da relação entre o usuário e o sistema de saúde a partir de ações de promoção da integralidade do cuidado que estivessem conectadas com a utilização das evidências para uso na gestão.

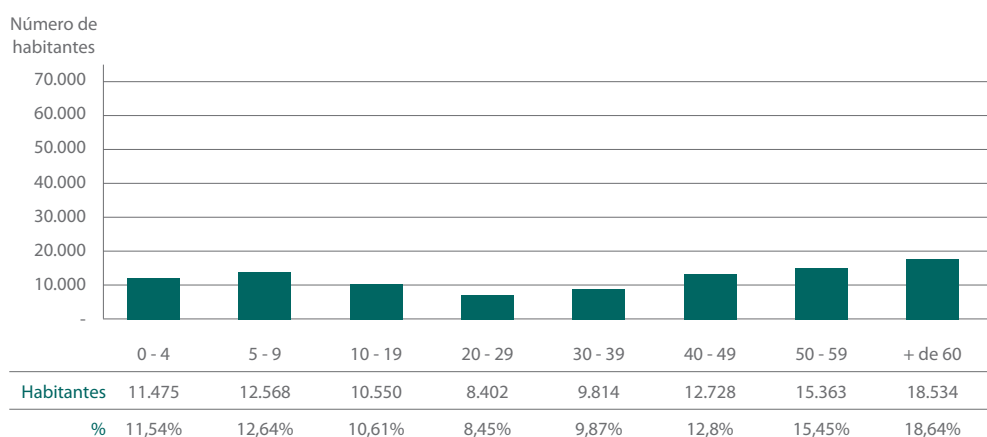
## ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Apesar de possuir em seu território a Universidade Federal de POLIS, é visível a desarticulação academia-serviços. A presença acadêmica no distrito Leste acontece somente no Hospital Universitário Estagira, já que a preceptoria de Atenção Básica dos universitários da UFPO encontra-se em sua totalidade articulada no distrito Norte. Há, em POLIS, um descompasso entre os centros produtores de conhecimento a partir da pesquisa, os gestores de saúde e a organização do sistema de saúde.

## 6.5. DISTRITO OESTE

O distrito Oeste de POLIS é a região com menor população residente, são 99.434 habitantes. A região é a área para crescimento de POLIS, com estrutura planejada em loteamentos. A coleta de esgoto sanitário é de 86% no território e 95% das moradias é servida com água encanada. O crescimento demográfico no distrito é de 1,3% ao ano, e o número de mulheres é maior que o de homens, cuja porcentagem é de 48,93% (GRÁFICO 29).

Gráfico 29 – Distribuição da população por faixa etária, Distrito Oeste, POLIS 2015.



### CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

O distrito Oeste apresenta tendência estável no número de nascimentos. A taxa de cesáreas é de 58% nos partos realizados. O percentual de crianças com baixo peso ao nascer em 2014 é de 9,08%. O percentual de gravidez na adolescência reduziu de 16,44% em 2010 para 13,2 em 2014.

### PERFIL DE MORTALIDADE

As taxas de mortalidade materna e infantil reduziram no distrito Oeste, a primeira está em 4,81 e a segunda com 13,46 por mil nascidos vivos. Em relação aos percentuais gerais de óbitos, a principal causa são doenças do aparelho circulatório, com 30,4% dos falecimentos, neoplasias com 15,9%, causas externas com 14,1% e doenças do aparelho respiratório com 10,5%.

### SERVIÇOS DE SAÚDE NO DISTRITO OESTE

A Rede de Atenção à Saúde no Oeste conta com 8 Unidades Básicas de Saúde, das quais 7 possuem equipe ESF, totalizando 21 equipes atuantes no distrito. O serviço de atenção é composto de:

- 1 unidade de pronto atendimento;
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas;
- 1 CAPS tipo II;
- 1 serviço de atenção domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde;
- 1 hospital geral com unidade de urgência e emergência; 1 hospital geral e especializado, incluindo câncer, saúde mental, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, entre outros, com serviços de atenção ambulatorial especializada contratada;
- 1 grupamento de salvamento e resgate – GSR que atua em POLIS e nos demais municípios da região com 2 ambulâncias tipo C;
- 2 ambulatórios privados de especialidades médicas, um deles contratado pelo SUS;
- 1 clínica de fisioterapia privada;
- 1 centro de imagens;
- 1 serviço de home care;
- 1 casa de apoio para saúde mental.

## GESTÃO E CONTROLE SOCIAL

A gestão distrital no Oeste conta com ampla cobertura da Estratégia Saúde da Família, entretanto os profissionais de saúde da área reclamam constantemente da falta de profissionais fixos na região, em especial os médicos, o que dificulta o enfrentamento de diversos problemas da agenda da atenção básica na região, principalmente no que se refere ao acolhimento dos usuários em suas necessidades e à melhora na qualidade da atenção. Predominam os atendimentos de demanda espontânea reduzindo as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Isso demonstra que há desarticulação entre as ações de regulação assistencial e a construção da integralidade, ou seja, o trabalho em rede. As principais demandas no atendimento referem-se a problemas ocupacionais dos trabalhadores industriais, como a exposição a agentes químicos e poeira no ambiente de trabalho que provocam dermatoses ocupacionais. As notificações de leptospirose aumentam no distrito durante os meses chuvosos, devido ao tratamento precário de resíduos industriais e controle insuficiente de roedores, um reflexo da escassez de recursos na vigilância em saúde e despreparo dos profissionais que atuam na área, no planejamento e na execução dos recursos disponíveis.

Os atendimentos na rede de atenção básica resumem-se em necessidades por ocorrência de emergências derivadas do labor dos usuários do SUS. Muitas vezes, as equipes relatam aos gestores a ineficiência nos atendimentos em emergências em saúde pública, uma vez que sentem a necessidade de maior articulação entre os atores envolvidos em tal prática; por exemplo, da assistência com a vigilância sanitária a partir das notificações de leptospirose da região. Não há a institucionalização de ações em Emergência em Saúde Pública para as equipes de Saúde da Família, como a construção de planos de emergência/contingência/ação eficientes em tempo de resposta para benefício dos usuários.

## ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

A Rede de Atenção Básica do distrito Oeste recebe os universitários ligados à UNIFIL, que atuam integrados às equipes de saúde da família e NASF, proporcionando atendimento a praticamente toda a população residente no território.

## 7. Estrutura de educação

A educação é um dos setores de maior investimento no orçamento público de POLIS, apesar de o setor privado oferecer um alto número de vagas. A principal cobertura educacional é feita por escolas públicas estaduais, no âmbito de ensino fundamental e médio; e municipais, no ensino pré-escolar.

As taxas de analfabetismo da população de 15 anos ou mais estão próximas a 5%, e a média de anos de estudo da população de 15 a 64 anos é de 8,5 anos. Além do ensino básico, fundamental e médio, o município conta com quatro instituições de ensino superior.

### 7.1. EDUCAÇÃO SUPERIOR NA SAÚDE

O município conta com três universidades, sendo uma federal, uma filantrópica e uma particular. Há, ainda, uma faculdade particular. Todas oferecem cursos na área da saúde.

#### 7.1.1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE POLIS – UFPOL



A universidade pública federal – UFPOL é bastante tradicional no município, atraindo tanto estudantes residentes de POLIS como também de outras cidades da região metropolitana, e até de outros estados. Oferece 100 vagas por ano, com duas entradas de 50 estudantes, em cada um dos cursos da saúde: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Biomedicina, Psicologia, Odontologia, Farmácia, Fonoaudiologia e Educação Física. O curso de Medicina é o mais antigo e foi criado junto com a fundação da universidade, em 1960.

Em 2003, houve uma reforma curricular com redistribuição de conteúdos e carga horária, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina. A avaliação do desempenho do estudante é baseada na norma referência, com a utilização de notas. A universidade participa do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. Nas últimas avaliações, os cursos da saúde obtiveram conceitos 4 e 5.

Os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia participam de programas de reorientação da formação profissional do Ministério da Saúde: Pró-Saúde e Pet-Saúde. A participação dos cursos nesses programas teve como resultado o aumento da produção científica na IES e maior número de egressos atuando nas equipes de saúde da família. Os estudantes de todos os cursos fazem estágio na rede de serviços do SUS. Nas UBS, acompanham as equipes de saúde da família e, nos NASF, as equipes apoiadoras. Por ocasião de um surto de sarampo recente, os alunos participaram da vacinação de bloqueio em alguns bairros, juntamente com as equipes de saúde da família. Nos serviços da rede municipal e em algumas atividades do Hospital Universitário, os alunos são acompanhados por preceptores. A remuneração dos preceptores não foi efetivada devido a exigências contratuais do regimento da UFPOL.

O corpo docente é formado eminentemente por professores titulados com doutorado. A universidade tem um hospital de ensino próprio, o Hospital Universitário Estagira, que oferece 180 vagas de residência médica, 50 de residência de enfermagem e 10 de residência multiprofissional, e faz a gestão do Hospital Abdera, sob sua tutela desde a federalização em 2001, com 200 vagas de residência médica, 40 de residência de enfermagem e 30 de residência multiprofissional.

### 7.1.2. UNIVERSIDADE FILANTRÓPICA DE POLIS – UNIFIPO



A universidade filantrópica de POLIS – UNIFIPO é mantida por uma Sociedade Confessional Beneficente e foi fundada em 1978. A UNIFIPO tem grande credibilidade, tanto no que diz respeito à formação profissional quanto ao atendimento na saúde. Nessa área oferece os cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Educação Física e Psicologia. Nesta universidade, o curso de Serviço Social foi incorporado à área da saúde. Todos estes cursos oferecem 50 vagas por ano, com exceção do curso de medicina, que oferece 100.

O ensino da UNIFIPO baseia-se no método tradicional com algumas atividades utilizando métodos ativos de ensino-aprendizagem, e a avaliação do desempenho dos estudantes também utiliza conceitos numéricos. A universidade participa do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES. Na última avaliação de 2013, o curso de medicina obteve conceito 4 na avaliação do curso e conceito 4 no Exame Nacional de Desempenho do Estudante. Esses conceitos colocaram a UNIFIPO entre as 5 melhores universidades do Estado. Os demais cursos obtiveram conceitos que variavam entre 2 e 3 na avaliação do curso e 3 e 4 no desempenho dos estudantes.

Uma grande parte do corpo docente é titulada com doutorado e mestrado, embora 20% dos professores ainda não tenha iniciado o mestrado. Atualmente, a UNIFIPO inclui os preceptores como professores voluntários, os quais recebem uma ajuda de custo para acompanhar alunos nos cenários de prática do SUS. Somente o curso de medicina participa dos Programas Pró-Saúde e Pet-Saúde. A participação do curso de medicina no Pró-Saúde promoveu o desenvolvimento do campo de prática na atenção básica e deu maior visibilidade às pesquisas feitas na comunidade.

A UNIFIPO tem uma construção histórica de integração ensino-serviço e sempre se comprometeu com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Os alunos fazem estágios em UBS de POLIS e no Hospital Municipal de Abdera. A universidade é responsável pela maior parte do atendimento à saúde da população dos distritos das regiões Sul e Oeste.

Os cursos da UNIFIPO são bastante procurados porque, apesar da reconhecida qualidade da oferta de ensino, têm mensalidades que estão entre as mais baratas do Brasil. A universidade, junto com o Hospital Municipal Abdera, oferece 110 vagas de residência médica.

### 7.1.3. UNIVERSIDADE POLIS – UNIPOLIS



A universidade de POLIS – UNIPOLIS é privada e está completando 20 anos de fundação. Nos últimos anos tem investido na abertura de cursos na área da saúde, uma vez que sua maior tradição é na área de tecnologia e ciências exatas. Os cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia e Nutrição foram criados há seis anos, já tendo formado uma turma cada um.

O curso de medicina obteve autorização para abertura há três anos e está em processo de implantação, tendo iniciado suas atividades em 2012, com 100 vagas no primeiro ano.

A universidade participa do SINAES, e recebeu conceito 2 na avaliação dos cursos da área da saúde e 2 no desempenho dos estudantes, colocou em prática um plano de aprimoramento da oferta de ensino. Todos os cursos da UNIPOLIS passaram a utilizar a aprendizagem baseada em Problemas – ABP como estratégia para a reorganização curricular, e a avaliação do estudante passou a ser critério-referenciada, utilizando conceitos que qualificam o desempenho do estudante em relação aos perfis de competência profissional constituídos para todos os cursos da saúde.

Um programa de incentivo à capacitação docente foi implantado com vistas a melhorar a titulação dos docentes, que é constituída por 10% de doutores, 50% de mestres e 40% de especialistas. O curso de medicina tem encontrado dificuldades para completar seu quadro de docentes, devido ao envolvimento dos profissionais da UNIPOLIS nos dois outros cursos de medicina mais antigos. Outra dificuldade diz respeito à estruturação dos campos de prática, uma vez que os convênios ensino-serviço com a rede pública estão em processo de construção.

Continua em negociação o local de campo de prática hospitalar, junto aos Hospitais Delphos e Abdera. A UNIPOLIS oferece 50 vagas em cada um dos cursos da área da saúde, no entanto tem mantido vagas ociosas, devido principalmente ao alto valor das mensalidades.

#### 7.1.4. FACULDADES INTEGRADAS DA SAÚDE – FIS

70



A instituição de ensino superior Faculdades Integradas da Saúde – FIS não é uma universidade, pois não preenche os critérios do Ministério da Educação para isso. Trata-se de uma instituição de ensino privada que oferece, exclusivamente, cursos técnicos e de graduação na área da saúde, desde 2002. São ofertadas 40 vagas anuais nos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Fonoaudiologia.

A FIS utiliza o método de ensino tradicional em todos os seus cursos e a avaliação utiliza o sistema de notas. Na avaliação do SINAES a FIS recebeu conceitos entre 2 e 3, respectivamente na avaliação dos cursos e no ENADE.

A instituição tem tentando autorização para abrir um curso de medicina, mas ainda não obteve êxito. O corpo docente é constituído, na maioria, por mestres e especialistas, contratados sob o regime horista. A FIS utiliza como campos de estágio hospitais secundários da região metropolitana da POLIS, onde os professores atuam como profissionais de saúde. Seus cursos, em geral, têm início com todas as vagas preenchidas, no entanto apresentam alto índice de evasão, que em alguns casos chega a 50%. As mensalidades são consideradas acessíveis, sendo as mais baixas entre as instituições de ensino privadas de POLIS.



**HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS**  
ENSINO E PESQUISA

| [Lato Sensu](#)

| [Stricto Sensu](#)

| [Cursos](#)

| [Estágio](#)

| [Reunião Científica](#)

| [Localização](#)

**Endereço**

Rua Prof. Daher Cutait, 69  
Bela Vista - São Paulo (SP)  
CEP 01308 060

**Telefone**

+ 55 11 3394 0100

**E-mail**

[iep@hsl.org.br](mailto:iep@hsl.org.br)

Acesse [iep.hospitalsiriolibanes.org.br](http://iep.hospitalsiriolibanes.org.br) e saiba mais sobre o IEP