

UNIGRANRIO
CURSO DE MEDICINA

**A PERCEPÇÃO DO ACESSO À SAÚDE EM DIFERENTES NÍVEIS: A VISÃO DO
USUÁRIO E SUA RELAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL.**

ANTÔNIO CARLOS CAIXEIRO NETO
GABRIELA MENESCAL DA SILVA ZIEHE

DUQUE DE CAXIAS
JUNHO DE 2018

ANTÔNIO CARLOS CAIXEIRO NETO
GABRIELA MENESCAL DA SILVA ZIEHE

**A PERCEPÇÃO DO ACESSO À SAÚDE EM DIFERENTES NÍVEIS: A VISÃO DO
USUÁRIO E SUA RELAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Medicina da
UNIGRANRIO, sob orientação do
Professor Márcia Silveira Ney, como
requisito parcial para obtenção do
bacharelado Medicina

DUQUE DE CAXIAS
JULHO DE 2018

TCC
610
C138p
2x.1

TERMO DE APROVAÇÃO

ANTÔNIO CARLOS CAIXEIRO NETO
GABRIELA MENESCAL DA SILVA ZIEHE

A PERCEPÇÃO DO ACESSO À SAÚDE EM DIFERENTES NÍVEIS: A VISÃO DO USUÁRIO
E SUA RELAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina da Unigranrio, defendido e aprovado em 04 de 07 de 2018.
_____ pela banca examinadora constituída
por:

Prof.^a Márcia Silveira Ney (Orientadora)

Márcia Cardoso e Cardoso

Membro da banca examinadora

Guilherme Eduardo F. Reis

Membro da banca examinadora

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer aos nossos pais e irmãos, pelo apoio e incentivo que nos deram, não só neste momento, mas por todo percurso da faculdade. Aos demais familiares e amigos, que entenderam a nossa ausência, e nos deram força nesta trajetória. A nossa orientadora, Márcia Silveira Ney, que prontamente se dispôs a nos ajudar, e com todo seu conhecimento, paciência e dedicação, nos guiou na elaboração deste trabalho. A nossa querida ex-professora Sandra Impagliazzo, que plantou em nós a ideia desse projeto e nos incentivou a todo momento. Ao Santander e FUNADESP pelo financiamento do projeto e toda pesquisa.

RESUMO

Em 1961 White preocupado com o rumo da medicina, realizou uma pesquisa para mostrar o caminho percorrido pelos pacientes dentro do sistema de saúde. Através do seu trabalho foi possível enfatizar a importância de uma atenção primária sólida, além de indicar esse meio como local ideal para o aprendizado médico. O presente estudo visa aplicar as pesquisas de White no Brasil e analisar outros pontos que não foram trabalhados, como: as portas de entrada procuradas, quais são os métodos de alívio alternativos e avaliação da população ao sistema de saúde. Dessa forma, será possível avaliar a demanda e o acesso ao sistema de saúde em seus níveis de atenção no estado do Rio de Janeiro. Considerando as portas de entrada mais utilizadas, as principais razões que fazem a população procurar atendimento ou evitá-lo e a avaliação do sistema de saúde, comparando as diferentes regiões.

Palavras chaves: saúde pública, atenção primária à saúde, cuidados médicos.

ABSTRACT

INTRODUCTION:In 1961 a research by White et al questioned the importance of University Hospitals in the medical education and the increasing specialization in medicine. To confirm his hypothesis was conducted a study to try to understand the path taken by the population within the health system using a sample of 1000 people; as a result it was observed that only 0.1% of these patients were admitted in hospitals and most of them were using the primary care, without routing to higher levels within the system. Thus, the product of this work reaffirmed the importance of primary care as the gateway to the health system and place of learning for medical students. **OBJECTIVE:**Now this study raises the same hypothesis in the Brazilian reality through a survey conducted in the cities of Rio de Janeiro. **METHODOLOGY AND DATA ANALYSIS:** interview 1000 people using a structured questionnaire and analysis data. **CLOSURE:** Through it was possible to evaluate access to health in their levels of care, considering the most used entrance doors, the main reasons that make people seek care or avoid it and evaluation of the health system, comparing the different regions and quantify the importance of primary care.

Key words: access, health care, entrance doors.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atenção Primária à Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PPM: Programa Mais Médicos

SUS: Sistema Único de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

MS: Ministério da Saúde

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Resultados da Pesquisa.	18
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados Demográficos e Socioeconômicos**Erro! Indicador não definido.**

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	10
1.1 - OBJETIVOS GERAIS	11
1.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.3- JUSTIFICATIVA	12
1.4- HIPÓTESES	12
2 - REFERENCIAL TEÓRICO	13
3 – MATERIAL E MÉTODO	15
3.1 – DESENHO	15
3.2 - METODOLOGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	15
3.3 - METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS	16
3.5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	17
3.6 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	17
4 - RESULTADOS	18
5 - DISCUSSÃO	19
6 - CONCLUSÕES	21
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
8 - APÊNDICE	24
APÊNDICE A: Questionário	24
9 - ANEXOS	26
ANEXO A: Folha de rosto	26
ANEXO B: Aprovação do Comitê de Ética	27

1 – INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde foi implantado em 1990 após movimentos sociais que teve início em 1986 com a Reforma Sanitária durante a realização da 8 Conferência Nacional de Saúde. Foi impulsionado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, pautada na garantia do direito a saúde para todos, e das Leis Orgânicas que garantiram sua legalidade com base nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, hierarquização e participação da comunidade.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada na ex-União Soviética, foi palco privilegiado para discussão e formulação de políticas de saúde, na Declaração de Alma-Ata de 1978, onde a APS teve sua importância relatada como papel fundamental para a melhoria do nível de saúde das populações e para a sustentabilidade dos sistemas, como objeto de atenção particular no âmbito das reformas. Nesta ocasião foi afirmada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a importância da APS como ordenadora da atenção a saúde e incentivado para que todos os governos formassem políticas, estratégias e planos de ações nacionais, com o objetivo de iniciar e manter a APS como parte de um sistema nacional de saúde completo e em coordenação com outros setores. Para tal, seria preciso exercer a vontade política, mobilizar recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis tomando a decisão de ter como meta de seus países membros a “saúde para todos no ano 2000” com a definição dos seus princípios (In: STARFIELD apud Organização Mundial de Saúde, 2002, p 30).

A atenção primária foi reconhecida como parte essencial do sistema de saúde e também com alguns de seus componentes fundamentais, como educação sanitária, higiene ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de enfermidades endêmicas locais, tratamento adequado dos traumatismos e enfermidades mais frequentes, disponibilidade de medicamentos, promoção de saúde, entre outros, a serem praticados por todos os países nos serviços de atenção primária (NEY, 2009 apud SOUZA & SAMPAIO, 2002).

A abordagem de APS abrangente de Alma Ata, foi reiterada no Relatório da OMS de 2008- “Atenção primária à Saúde: agora mais do que nunca”, onde se enfatizou a necessidade de se combater as desigualdades entre os povos, a justiça social e o direito a melhor saúde para todos, “o direito ao mais alto nível de saúde que se possa alcançar”, a necessidade de “maximizar equidade e solidariedade”, enquanto que guiado por “receptividade às necessidades das pessoas”, combater e reduzir as iniquidades. Ainda que os valores da APS

para alcançar a saúde para todos requerem sistemas de saúde que “ponham as pessoas no centro dos cuidados de saúde”, e “se os sistemas de saúde têm por objetivo reduzir as iniquidades em saúde, é condição prévia tornar os serviços acessíveis a todos, isto é aumentar a oferta de serviços”.

Esse marco trouxe à luz a importância da Atenção Primária à Saúde, e impulsionou a realização de mudanças estruturais nos modelos de saúde vigentes.

Todos esses fatores combinados, inspirados na Conferência Internacional de Alma-Ata configuraram um novo modelo assistencial, que tem como intuito consolidar a Atenção primária como o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde.

A expansão da atenção primária no Brasil é um desafio tanto no campo organizacional no que compete à estrutura necessária quanto no campo dos recursos humanos capaz de prover um quantitativo de profissionais adequados e qualificados para a reorganização do modelo assistencial. Nesse quesito é necessária uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões psicossociais do adoecimento capaz de promover o cuidado em saúde mediante o trabalho multidisciplinar, necessitando que o “novo” ensino médico atenda como exigências formar profissionais capazes de atender os interesses do novo modelo de atenção à saúde.

Desta forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) publicada desde 2001 para os cursos de graduação em Medicina já enfatizavam a necessidade de formação de profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2001). Recentemente com a revisão das DCN em 2014 esse enfoque se tornou ainda mais proeminente, evidenciando a atenção primária à saúde no currículo com carga horária maior a ser dedicada em atividades do regime de internato coordenadas e voltadas para a área da Medicina de Família e Comunidade. O ensino médico passa a ser menos centrado nos hospitais e ao mesmo tempo com redução da carga em excesso dos centros de cuidado mais especializados (BRASIL, 2014).

1.1 - OBJETIVOS GERAIS

O objetivo desta pesquisa foi aplicar o método de pesquisa utilizado no estudo de White et al.(1996) sobre a “Ecologia do Cuidado Médico” adaptando-o para a realidade brasileira.

1.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar o acesso à assistência médica em seus diferentes níveis dos residentes nas cidades de Petrópolis, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro e o funcionamento do Sistema de saúde local usando um questionário baseado na pesquisa de White et al. Avaliar quais são as principais unidades assistenciais procuradas pelos moradores em situação de vulnerabilidade. Analisar as razões que fazem o paciente não conseguir atendimento médico ou não o procurar. Discutir sobre as preferências dos usuários no acesso a saúde local e qual o tratamento médico usualmente oferecido aos que o procuraram.

1.3- JUSTIFICATIVA

No processo de construção do SUS e da implantação da Estratégia de Saúde da Família, que aparentemente atende as críticas e falhas apontadas pelos estudos de White et.al em 1961 e reafirmada pelo estudo de Green et al em 1996, mais de 20 anos se passaram após sua implantação e ainda persistem muitos desafios para o sistema de saúde no Brasil.

Parte-se do princípio de uma reflexão teórica levando ao resgate do debate sobre a ecologia do cuidado médico em um país que instaurou em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto do SUS as ações e serviços de saúde constituem um direito social que devem ser orientados por um eixo de princípios que visam as práticas, assistenciais, contemplando o acesso universal, igualitário, a hierarquização, a regionalização, a descentralização, a integralidade e participação popular.

1.4- HIPÓTESES

A pesquisa entende que o direito garantido ao acesso a saúde pela Constituição Federal de 1988 não está sendo cumprido e pretende avaliar parte das dificuldades existentes para conseguir o atendimento médico em todos os níveis de atenção à saúde. Sem deixar de ressaltar, que diante desta dificuldade, os cidadãos se veem obrigados a lançar mão de outras estratégias nem sempre saudáveis para minimizar os riscos e os impactos que os agravos à saúde podem trazer. Como objeto de estudo pretendeu-se analisar essas práticas e entender quais foram os principais empecilhos para o acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, também existe a hipotética inadequabilidade da formação profissional em saúde trabalhada pelos estudos de White et al desde 1961. Assim como Green em 1996 que obteve resultados semelhantes a pesquisa de White queremos reafirmar as portas de atenção primária como lugares essenciais

para o aprendizado do acadêmico de medicina, através de evidências será possível apontar um dos erros para a crise da formação médica.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

A publicação do trabalho de White et al. em 1961 previu a necessidade de alterações para a organização do sistema de serviços de saúde e gerou grande discussão sobre o ensino médico que vinha sendo praticado e o sistema de saúde dos Estados Unidos. Preocupado com a crescente especialização na medicina e a inadequação do Hospital Universitário como sendo o cenário privilegiado de ensino-aprendizagem do médico, foi realizado um estudo, analisando a demanda por serviços de saúde em uma população. Sua pesquisa demonstrou que em uma população de 1000 pessoas, com mais de 15 anos, após um período médio de um mês, um grupo de 750 pessoas relataram ter apresentado algum tipo de mal-estar/ sintoma/ problema de saúde no último mês. A maioria dessas pessoas lidará com seus próprios problemas, porém, duzentas e cinquenta (250) consultarão um médico. Destas cinco serão encaminhadas a um especialista e, a nove precisarão ser hospitalizadas, sendo que somente uma necessitará de internação em hospital universitário, de nível quaternário.

O estudo foi replicado em 1996, por GREEN et.al (2001), passados 40 anos utilizando metodologia similar que questionou se encontraria resultados semelhantes em uma realidade diferente. Na data da sua pesquisa, ao contrário de White, já existiam tecnologias de diagnóstico e tratamento mais aprimoradas como tomografia computadorizada, transplante de órgãos e endoscopia. Também já tinha surgido a especialidade na medicina de família e talvez todos esses fatores seriam suficientes para modificar a ecologia do cuidado médico tão discutido previamente.

Todavia, o caminho percorrido pelos pacientes dentro do sistema de saúde permanecia o mesmo 40 anos depois, destacando que na mesma amostra apenas 0,1% deles chegaram ao Hospital Universitário, sendo este, portanto, inadequado para o aprendizado médico, uma vez que não é o grande meio de atendimento à saúde da população em geral. Foi esclarecido, portanto, que seria necessário o reforço da Atenção primária de Saúde como porta de entrada e principal local para o ensino médico.

A concepção hegemônica tradicional da formação médica, voltada para um viés biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão é hoje empregada (Ceccim RB, 2004), baseado no modelo do relatório de Flexner, tornando obrigatório o ensino centrado no hospital e oficializando a separação entre ciclo básico e profissional (I. & NOGUEIRA,

2009). Porém, baseando-se no quadrilátero que articula os a formação na área de saúde, que se divide nos seguimentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social, é necessário organizar a construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrada à gestão do sistema de saúde, tendo como finalidade os objetivos e necessidades do sistema de saúde.

Algumas iniciativas impulsionaram mudanças no ensino médico brasileiro, como o programa Nacional de reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde), o programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED) e as Diretrizes Curriculares Nacionais. As diretrizes curriculares nacionais flexibilizaram as organizações curriculares, possibilitando a construção de projetos políticos-pedagógicos mais condizentes com o pensamento contemporâneo. A associação brasileira de educação médica em conjunto com a sociedade brasileira e medicina de família e comunidade vem empreendendo esforços para apoiar as escolas nesse processo de mudança de currículo, com a produção técnica e pedagógica. (DERMARZO, 2012)

O Programa Mais Médicos (PMM) iniciado em 2013 através da aprovação da Lei 12871 tem sido destaque de discussões e engajamentos nos cenários acadêmicos, resultado de amplo debate político e institucional que se instaurou no país com relação ao déficit de médicos para atender as necessidades de saúde da população atrelados a questões de fixação e provimento destes profissionais. O projeto envolve não só políticas de atração profissional, mas também iniciativas que ampliem o quantitativo de escolas médicas, mudanças na formação profissional, e que, sem resolver definitivamente a questão, estabelece orientações importantes para a política de recursos humanos ao longo dos próximos anos.

Atualmente, o programa Mais Médicos encontra-se em pleno desenvolvimento e implantação no país. Este dentre suas muitas diretrizes, prevê a readequação da formação médica, abertura de novas escolas de medicina em locais estratégicos além da expansão de vagas de residência médica nas áreas prioritárias. O PMM trouxe mais uma vez ao debate nacional a política de saúde, a política de formação médica, a regulação dos cursos de especialização e a distribuição de profissionais médicos. (Brasil, 2013)

Um modelo construtivista é capaz de forjar uma forte relação médico-paciente, consolidando um cuidado longitudinal e contínuo levando em consideração os limites e dificuldades da comunidade em que se está inserido e a valorização das dimensões psicossociais e antropológicas do adoecer, gerido de forma a configurar-se de forma criativa e original para que se assegure redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação do usuário, além de verificar a presença dos movimentos sociais, ampliar as lutas por saúde e a construção do atendimento às necessidades sociais de saúde.

O ensino médico deve ser capaz de cumprir suas finalidades gerais, desenvolver no estudante o potencial intelectual, o julgamento, a avaliação crítica, a abordagem criativa de análise e o raciocínio crítico (FERREIRA, 2010).

3 – MATERIAL E MÉTODO

3.1 – DESENHO

O estudo ecológico conduzido é do tipo observacional, quantitativo e transversal com uma abordagem quali-quantitativa, delineada pela pesquisa de *White e Green*. O universo do estudo foi constituído por 1000 pessoas residentes nos municípios situados no Estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil, cenário que é marcado pela implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família(ESF) e disseminação de UPAS (Unidades de Pronto Atendimento).

Os municípios selecionados na pesquisa foram: Petrópolis, Rio de Janeiro e Nova Iguaçu. A proposta consistiu em entrevistar individualmente 1000 pessoas utilizando como instrumento um questionário estruturado afim de entender os problemas de saúde da população e o caminho percorrido por eles no sistema de saúde da localidade.

Os sujeitos desta pesquisa foram compostos por pessoas residentes dessas regiões de ambos os sexos divididos igualmente em 6 bairros, nas 3 cidades, e com idades compreendidas entre 18 e 70 anos.

Todos os entrevistados recebeu, orientações sobre o risco mínimo da pesquisa, por se tratar apenas de entrevista, participaram voluntariamente e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de acordo com os aspectos éticos estabelecidos (apêndice 1).

Todos os sujeitos selecionados responderam um questionário contendo 9 perguntas, que pretendia identificar: se a pessoa no último mês teve algum problema de saúde; caso a resposta fosse afirmativa, o que ela realizou para a solução do problema, detalhando se ela procurou assistência médica, em qual local e qual foi a avaliação sobre o atendimento recebido.

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)

3.2 - METODOLOGIA DE PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Para o levantamento bibliográfico foram utilizadas consultas as bases de dados PubMed, biblioteca virtual de saúde, Scielo e UpToDate, utilizando o período de 2003 a 2018, com os

descritores “porta de entrada”, “atenção primária”, “cuidados médicos” “medicina de família” e “saúde pública”, além de consulta aos dados epidemiológicos e demográficos disponibilizados no DATASUS. Foram coletados artigos em português e inglês, dentro do tema proposto, excluindo os artigos repetidos e que não se enquadravam na temática.

3.3 - METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

O estudo utilizou uma abordagem qualitativa, delineada pela pesquisa de White e Green, que entrevistaram aleatoriamente 1000 pessoas que estavam dentro da faixa etária apropriada para o estudo e residem nessas áreas.

Os municípios escolhidos foram: Petrópolis, Rio de Janeiro e Nova Iguaçu. A ideia de utilizar três cidades diferentes (Rio de Janeiro, Petrópolis e Nova Iguaçu) e três bairros dentro de cada cidade, neste estudo, baseia-se na tentativa de não focar os resultados em apenas uma região que pode ter uma saúde pública mais precária ou uma população financeiramente mais privilegiada com maior acesso a saúde privada.

É importante enfatizar que o estudo foi realizado em municípios localizados no estado do Rio de Janeiro (RJ) onde se tem fácil acesso a Unidades de pronto atendimento (UPA), consultórios de médicos particulares e filantrópicos, hospitais públicos de emergências e hospitais particulares, além de unidades de atenção básica, sendo essas os postos de saúde e as clínicas de saúde de família, dependendo da região. Essa escolha se deu aleatoriamente por conveniência e aproximação dos pesquisadores. Também possibilitou uma melhor compreensão sobre a opção de atendimento e satisfação da população e a miscigenação de resultados. Os dados demográficos e socioeconômicos dos municípios selecionados na pesquisa estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Dados Demográficos e Socioeconômicos

	Rio de Janeiro	Petrópolis	Nova Iguaçu
IDH	0,799	0,845	0,713
População	6.520.266	298.235	798.647
PIB per capita	49.527,98 R\$	37.636,57 R\$	19.750,93 R\$
Taxa de analfabetismo	2,75%	3,88%	4,31%
Mortalidade Infantil*	11,32	19,39	15,16

Fonte: IBGE Censo demográfico 2010 – 2017,

* Mortalidade Infantil – Óbitos por mil nascidos vivos.

A pesquisa utilizou como instrumento um questionário semiestruturado, disponível no apêndice 2, contendo tópicos que buscavam entender sobre os principais problemas de saúde apresentados pela população e o caminho percorrido por eles no sistema de saúde da localidade.

As perguntas incluíram se a pessoa no último mês teve algum problema de saúde e se caso positivo, buscavam saber qual foi o problema, e o que ela realizou para a solução do mesmo, procurando-se detalhar se sobre a procura pela assistência médica, em qual local e sua opinião sobre o atendimento realizado. Todavia se o atendimento médico foi procurado, foi questionado onde ele ocorreu e se foi necessário o encaminhamento para outro local ou internação para melhoria do estado de saúde do paciente.

Também foi solicitada uma avaliação do atendimento médico, utilizando uma escala de satisfação, atribuindo uma nota entre 0 e 10, sendo 0 o pior atendimento possível e 10, o melhor atendimento possível.

Foram realizadas entrevistas individuais com 1000 pessoas nas três localidades escolhidas. Os dados coletados foram analisados através de estatística simples utilizando o editor de planilhas Excel.

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa (61800316.2.0000.5283). A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). (apêndice 4)

3.5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critérios de inclusão os sujeitos desta pesquisa foram pessoas residentes das regiões selecionadas de ambos os sexos divididos igualmente em 6 bairros, nas 3 cidades, com idades compreendidas entre 18 e 70 anos. A aplicação dos questionários da pesquisa foi realizada por estudantes de medicina, participantes do projeto de iniciação científica (PIBIC) durante o período de Janeiro a Junho 2017.

3.6 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não ser residente das regiões selecionadas, ter menos de 18 anos (menor de idade) ou maiores de 70 anos por apresentarem maiores problemas de saúde.

4 - RESULTADOS

Com a análise dos dados obtidos, encontramos os seguintes resultados: - O perfil dos entrevistados foi composto por pessoas com uma média de idade de 41,55 anos, sendo 49,2% do sexo feminino e 50,8% do sexo masculino.

No total dos entrevistados, 62,4% das pessoas negaram qualquer problema de saúde no último mês e 37,6% relataram ter tido algum problema de saúde nos últimos 30 dias.

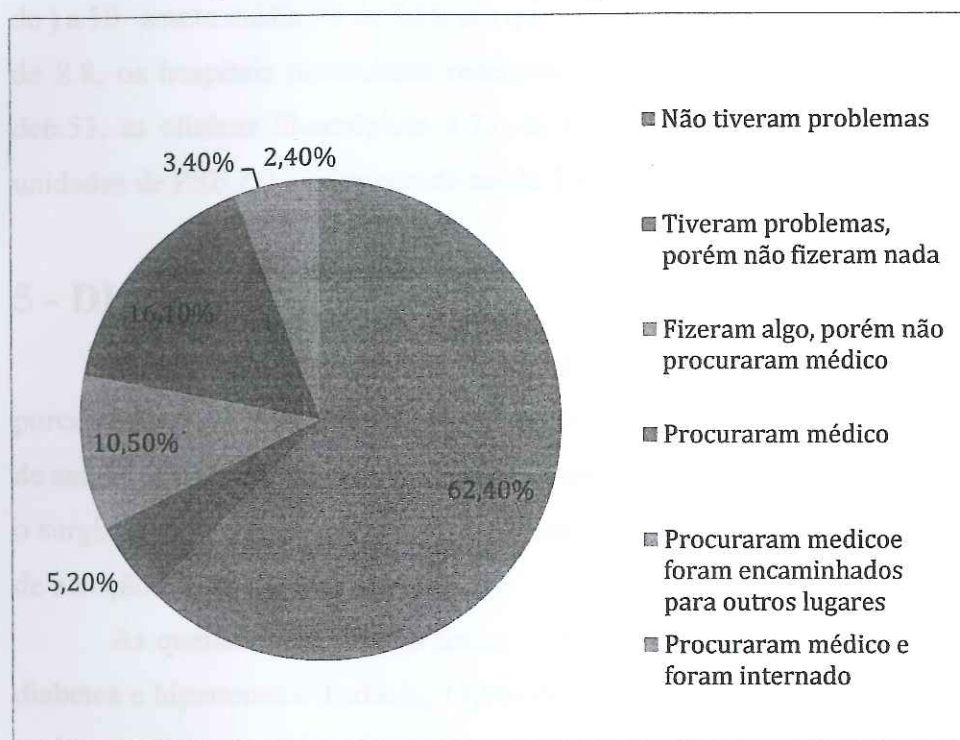


Figura 1- Resultados Percentuais da Pesquisa.
Fonte: Elaboração Própria

Dos 37,6% que tiveram problemas de saúde as principais queixas relatadas foram: cefaleia, complicações de doenças crônicas (como hipertensão e diabetes), dorsalgia e dor abdominal.

5,2% dos entrevistados optaram não por fazer nada em relação ao problema relatado, sendo que o motivo para essa decisão foi relatado como: o problema foi autolimitado para 23 pessoas (44,2%); 11 pessoas (21,2%) buscaram atendimento, porém não conseguiram; 18 pessoas (34,6%) ainda não buscaram atendimento de saúde.

Do total de entrevistados, 10,5% pessoas se queixaram de problemas e procuraram métodos alternativos ao atendimento.

Destes métodos alternativos a automedicação foi a prática mais realizada totalizando 80,95% desse total. Medidas como fitoterápicos e chás, práticas religiosas, massagem, remédio

caseiro e até mesmo a ingestão de álcool foram feitas por 20 pessoas desse grupo, totalizando 19,4%.

Apenas 21.9% da população total entrevistada (1000 pessoas) procuraram o atendimento médico, sendo que 3.4% foram encaminhados para subespecialistas e apenas 2.4% precisaram ser internados.

Com relação a avaliação sobre a satisfação do atendimento de saúde recebido, em uma escala de) a 10 a nota média foi de 7.35, em que as clínicas particulares ficaram com uma nota média de 8.8, os hospitais particulares receberam uma nota média de 7.59, os hospitais públicos de 6.53, as clínicas filantrópicas 8.75, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 6.31, as unidades de PSF 7.0 e os postos de saúde 7.33.

5 - DISCUSSÃO

Na primeira etapa da entrevista realizada já foi possível se deparar com a grande porcentagem da população que se queixou sobre o aparecimento de algum sintoma ou problema de saúde. No total é evidente que mais de um terço da população entrevistada (37,6%) referiu o surgimento de algum mal-estar, doença ou agudização de um problema crônico que precisou de atenção especial no último mês.

As queixas mais citadas foram: cefaleia, dor de cabeça, dor abdominal e complicações da diabetes e hipertensão. Todavia, 13,8% dessas pessoas decidiram não procurar ajuda médica, muitas apontaram a dificuldade para marcar consultas na rede pública em datas próximas, sendo assim, desistiram de procurar atendimento esperando que o problema se resolvesse sozinho. Esse grupo de pessoas esperam que o problema seja autolimitado e são a prova que a assistência médica não chega de forma eficaz em todos que necessitam, apresentando um grande risco ao bem-estar geral.

Nesse mesmo grupo foi questionado a busca por métodos alternativos para a solução do problema relatado, sendo enfático o uso da automedicação representada por 32,6% das pessoas que tiveram problemas de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (1998) define automedicação como o uso de medicamentos sem receita médica ou supervisão. Sendo um fenômeno mundial que encontra apoio na dificuldade de acesso ao sistema de saúde, atraso e baixa qualidade de atendimento de serviços médicos, a fácil comercialização de medicamentos sem receita médica e a crença de que as drogas resolvem todos os problemas de saúde. A prevalência pode variar dependendo da população estudada, do método e do período empregados. Um estudo realizado por Carvalho

et al.4 (2005) mostrou que a prevalência global de uso de medicação pelo setor da população com mais de 18 anos, 15 dias antes da entrevista, foi de 49,0% e 24,6% para automedicação. Nesse campo, não existem muitos estudos nacionais sobre o tema, porém, o Ministério da Saúde entende a situação da automedicação no Brasil sendo relevante, tendo em vista os riscos inerentes a sua prática (envenenamento medicamentoso e reações adversas) e o possível aumento dos gastos em saúde.

Nesse estudo encontramos dados semelhantes ao exposto na literatura nacional, enfatizando que essa prática está bem disseminada no nosso meio. A medida que não houve uma cidade ou bairro com o uso da automedicação de forma mais estatisticamente acentuada, nota-se como seu uso é disseminado em todas as áreas da entrevista.

Além da automedicação muitos entrevistados recorreram a métodos alternativos mais peculiares para adquirir alívio, em ordem decrescente das respostas obtidas foram: ingestão de chás ou remédios caseiros, fitoterapia e práticas religiosas. Esses entrevistados que estavam na sua grande maioria em áreas mais carentes, principalmente na periferia do Rio de Janeiro encurtam da melhor forma possível o caminho para a obtenção de alguma melhora clínica encorajados pela cultura e crença popular, ignorando as consequências e os malefícios que essas práticas podem gerar, seja ocultando sintomas ou agravando a doença pré-existente.

É importante destacar que um terço dos pacientes (376 pessoas que se queixaram de problemas de saúde) apenas 82 procuraram atendimento médico, 3 chegaram a ir em um especialista e somente 2 tiveram que ser internadas. Esses dados vão de encontro ao estudo realizado por *White et al* que demonstrou que do grupo de 750 pessoas que relataram ter apresentado algum tipo de mal-estar no último mês, duzentas e cinquenta consultaram um médico, apenas nove precisaram ser hospitalizadas e somente uma necessitou de internação em hospital universitário, de nível quaternário

Outro questionamento que se fez foi por qual razão 294 pessoas não procuraram ajuda profissional, já tendo o conhecimento que apenas 11 dos entrevistados de fato não conseguiram ajuda assistencial por dificuldade de acesso ao serviço. Esses dados mostram que a população evita ao máximo procurar o atendimento de forma oportuna, evidenciando uma aversão ao sistema de saúde, e esperam um ponto crítico, quando medidas auxiliares não são mais eficazes recorrendo ao atendimento médico de urgência.

Com isso, é importante levantar outro tópico para que se melhore o estado de saúde da população, destacando a necessidade de mudança nos currículos dos cursos na área de saúde de maneira a reforçar conceitos e práticas relacionadas à promoção de saúde e à prevenção de

doenças. Utilizando metodologias de ensino e aprendizagem que vão além dos espaços acadêmicos e cheguem às realidades da população, realizando abordagem clínica centrada na pessoa integral complexa, interdisciplinar, longitudinal e resolutive, promovendo uma adequada relação médico-paciente, manejando múltiplas queixas e patologias simultaneamente e conciliando as necessidades de cada paciente e as de saúde da comunidade onde ele vive, de acordo com os recursos disponíveis. Com o propósito de melhorar o ensino em saúde, adequando-o à nova realidade do modelo do SUS, é importante que o ensino seja centrado no processo de trabalho e no princípio de integralidade das ações em saúde, inserindo alunos na realidade social e sanitária da população, diversificando os cenários de aprendizagem, valorizando as dimensões antropológicas e psicossocial do adoecer, incorporando tecnologias leves, visando melhor atuação frente aos aspectos subjetivos e singulares do adoecimento humano e a construção de uma clínica ampliada. (I. & NOGUEIRA, 2009)

6 - CONCLUSÕES

A Saúde é direito de todos e um dever importante do Estado. Por isso, os princípios do SUS como a descentralização e integralidade estão presentes para garantir ao cidadão o seu direito. Cabe, portanto a rede de saúde o dever de garantir ao usuário, o atendimento, desde o primeiro contato tendo a porta de entrada do sistema uma equipe de Saúde da Família acolhedora, coordenadora do cuidado e responsável pelo referenciamento a outros níveis de atenção. Esse ideal que na teoria deveria garantir ao cidadão o seu direito foi uma das principais queixas apresentadas pelos entrevistados.

Um exemplo claro desse posicionamento da população sobre o funcionamento do sistema foram as notas que todas as pessoas deram aos locais de suas consultas, destacando as clínicas filantrópicas e atendimentos particulares com notas mais altas e as UPAS, PSF e hospitais públicos com as menores notas.

Mesmo quando a atenção básica era procurada e funcionava de forma mais efetiva surgiam problemas com o acesso e à referência a algumas especialidades e serviços. O que comprometem a integralidade do cuidado à saúde do usuário. Apesar desse grupo representar uma minoria dos entrevistados a queixa de conseguir atendimento por um especialista ou ter acesso a tecnologias duras foi uma das complicações mais frequentes. Por causa disso, surgem uma cascata de outras dificuldades, para o paciente conseguir esse acesso ele a busca em outros serviços indo procurar ajuda em outros municípios, sobrecarregando a rede das outras cidades.

Ou até mesmo priorizando o atendimento privado (quando possível para a população mais carente) para conseguir ajuda mais rápido.

A população de forma geral não entende a importância da medicina preventiva e não valoriza a medicina de família. Muitos entrevistados ignoram o seu cadastramento nas clínicas e usam apenas a emergência como porta de entrada para problemas agudos.

A burocracia levada ao extremo, a falta de informação da população e a péssima integração do governo foram os principais erros enfatizados como os grandes problemas dos pacientes. O sistema de saúde deve ser descentralizado com um comando único, dando autonomia para que Estados e Municípios formulem e implementem as respectivas políticas de saúde. Porém o desempenho desordenado dos órgãos públicos leva a um grande desperdício de recursos e mau desenvolvimento das ações planejadas. Nesse processo quem sofre é a população usuária desse sistema caótico que não entende onde procurar ajuda.

Muitos dos entrevistados não tinham a informação que a área da sua moradia era cadastrada em um Posto de Saúde da Família e que esse local era uma forma de assistência. Dessa forma, ainda se percebe uma fragilização do vínculo entre a equipe Saúde da Família e a população atendida. Essa grave falta de informação que deveria estar disseminada na população evidencia ainda mais a importância de fortalecer a imagem de uma equipe de referência para a população usuária, voltada para um modelo assistencial centrado no usuário. Entretanto, esse é um modelo que ainda se encontra fragmentado o que fundamenta as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação dessa realidade, impõe-se um novo referencial, comprometido com o cuidado longitudinal e disseminação da informação aos usuários. Talvez com o monitoramento contínuo e a implantação das mudanças necessárias esses resultados possam ser alcançados.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRAIAS, Paulo Sérgio. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. *Revista de Saúde Pública*. On-line version ISSN 1518-7877 Print version ISSN 0034-8910. Rev. Saúde Pública vol.50 suppl.2 São Paulo 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300311> Acesso em: 15 de maio 2017
- BRASIL Presidência da República Casa Civil. LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.] *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, no. 219, Seção 3, p. 204 nov. 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde: Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina (PROMED). Editora Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde; PRÓ-SAÚDE: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial, Brasília, Editora Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL, RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001, Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, Brasília: MEC, 2001.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38. 8. Brasil. Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Organização Panamericana da Saúde. PROMED: Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Organização Panamericana da Saúde. PROMED: Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002. [Edital de Convocação].
- CAMPOS, G. (Outubro 2007). Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes: documento preliminar. *Cadernos ABEM*, Vol 3.
- CARVALHO MF, Oascin ARP, Souza-Junior PRB, Damacena GN Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21(suppl 1):S100-8. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700011
- CECCIM RB, F. L, FEUERWERKER, Laura C. M (2004). O quadrilátero Da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 12(2):335-42.
- DERMARZO, M. . (2012). Diretrizes para o Ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36 (1): 143-148.

FERREIRA, R. C. (2010). Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. *Rev Bras Educ Med*, 34 (2) 207-215.

FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* vol.20 no.6 Rio de Janeiro Junho 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869>. Acesso em: 20 de novembro de 2015.

GREEN, LARRY. The ecology of medical care revisited. *New england J Med* vol 344 no. 26. Junho 2001

I., M., & NOGUEIRA. (2009). As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões Sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (2) 262-270.

LASTE G, DEITOS A, KAUFFMANN C, CASTRO LC, TORRES ILS, FERNANDES LC. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(5):1305-12. DOI:10.1590/S1413-81232012000500024

MINISTÉRIO DA SAÚDE. [homepage]. Brasília:MS; 2007. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde PRÓ-SAÚDE; Disponível em: http://prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf

NEY, M.S. Condições de fixação do médico no Programa Saúde da Família. 2009.122p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

VIEGAS, Selma Maria da Foseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc. saúde coletiva* vol.18 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100019>. Acesso em : 20 de novembro de 2015. Faculdade de Medicina de Marília. Necessidade de saúde 1 e prática profissional: 1ª série: cursos de medicina e enfermagem. Marília: Famema; 2007.

WHITE KL, WILIAMS TF, GREENBERG BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-92.

8 - APÊNDICE

APÊNDICE A: Questionário

Data: ____/____/____

Local: _____

NOME:

IDADE:

SEXO:

1. Nos últimos 30 dias, ocorreu algum problema de saúde (desconsiderar consultas e procedimentos de rotina)?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo:

2. Qual foi o problema?

3. O que você fez para resolver o problema?

() NADA	() PROCUROU OUTRAS ALTERNATIVAS PARA RESOLVER O PROBLEMA	() PROCUROU UNIDADE DE SAÚDE
----------	---	-------------------------------

4. Se não fez NADA, assinale o porquê:

- () o problema se resolveu sem necessidade de intervenção
() pensou em procurar cuidado médico, mas não conseguiu
() o problema continua, mas ainda não procurou atendimento médico
() _____

5. Se procurou OUTRAS ALTERNATIVAS para resolver o problema, que alternativa foi essa?

- () auto-medicação
() ingesta de fitoterápicos
() práticas religiosas
() outras _____

6. Se procurou alguma unidade de saúde, qual foi (1º atendimento)?

- () Unidade de Atenção Básica (PSF, Posto de Saúde)
() Clínica particular
() Clínica filantrópica
() Consultório médico particular
() Hospital Público de Emergência
() Hospital particular
() Práticas Alternativas
() Outras _____

7. Houve algum encaminhamento? Se afirmativo, para onde?

- () Unidade de Atenção Básica (PSF, Posto de Saúde)
() Clínica particular
() Clínica filantrópica
() Consultório médico particular
() Hospital Público de Emergência
() Hospital particular
() Internação
() Internação em CTI
() _____

8. Se houve encaminhamento, teve acesso a ele?

() SIM () NÃO

9. Na sua opinião, como você avaliaria o atendimento médico? Porque?

9 - ANEXOS

ANEXO A: Folha de rosto



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa:

Avaliação do acesso à atenção à saúde em diferentes níveis: a visão do usuário em relação ao sistema de saúde local.

2. Número de Participantes da Pesquisa: 1000

3. Área Temática:

4. Área do Conhecimento:

Grande Área 4, Ciências da Saúde

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome:

MARCIA SILVEIRA NEY

6. CPF:

087.890.117-04

7. Endereço (Rua, n.º):

CONSTANTE RAMOS 70 COPACABANA apto 801 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 22051012

8. Nacionalidade:

BRASILEIRO

9. Telefone:

(21) 2548-2648

10. Outro Telefone:

11. E-mail:

marcia.ney.unesa@gmail.com

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 18 / 10 / 16

Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome:

"Universidade do Grande Rio "Professor José de Souza Herdy" - UNIGRANRIO"

13. CNPJ:

14. Unidade/Orgão:

15. Telefone:

(21) 1672-7733

16. Outro Telefone:

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável:

Luciana Razezade

CPF:

037.356607-70

Cargo/Função:

Coordenadora de Medicina

Data:

20 / 10 / 16

Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

ANEXO B: Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do acesso à atenção à saúde em diferentes níveis: a visão do usuário em relação ao sistema de saúde local.

Pesquisador: MARCIA SILVEIRA NEY

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61800316.2.0000.5283

Instituição Proponente: "Universidade do Grande Rio "Professor José de Souza Herdy" -

Patrocinador Principal: BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.871.062

Apresentação do Projeto:

O acesso aos cuidados médicos em seus diferentes níveis de complexidade (primário, secundário e terciário). O estudo tomará como público-alvo usuários de serviços de saúde da população em geral em 3 locais distintos: Petrópolis, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro. A amostra total será constituída de 1000 indivíduos. Serão entrevistadas 500 pessoas da cidade de Petrópolis e 500 pessoas nas cidades do Rio de Janeiro e Nova Iguaçu (de ambos os sexos, entre 18 e 70 anos independente da etnia) em três regiões diferentes. Cada indivíduo será submetido ao instrumento de pesquisa, com perguntas abertas e fechadas, sobre o acontecimento de problemas de saúde no ultimo mês, quais as providências foram tomadas para resolver o problema. E, caso tenha procurado assistência em alguma unidade de saúde, qual foi a escolhida e se foi necessário o encaminhamento para outra unidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o acesso ao sistema de saúde da população residente em locais próximos à Clínicas da Família

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160

Data: 25 de Agosto

CEP: 25.071-202

UF: RJ

Município: DUQUE DE CAXIAS

Telefone: (21)2672-7733

Fax: (21)2672-7733

E-mail: cep@unigranrio.com.br

UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO



continuação do Parecer: 1.871.062

Objetivo Secundário:

Analisar as práticas de saúde que os indivíduos adotam quando estão em situação de vulnerabilidade.

Conhecer quais são as principais unidades assistenciais que são procuradas nessas ocasiões.

Analisar as principais razões que fazem o paciente não procurar ajuda médica ou não conseguí-la.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos, pois trata-se de uma entrevista.

Benefícios:

A pesquisa possibilitará obter dados sobre as razões que levam as pessoas a não procurar atendimento médico e avaliar quais ações são tomadas em diversas situações de vulnerabilidade, visando melhor qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho é relevante e procura compreender o acesso da população aos serviços de saúde em diferentes níveis em situação de vulnerabilidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados como determina a Resolução 466 do CNS de 12/12/2012.

Recomendações:

Recomendo que os resultados da pesquisa, favoráveis ou não, sejam divulgados em eventos científicos e publicações na forma de artigos e textos em revista indexadas pelo Qualis.

Além disso, recomendo no TCLE substituir Os prejuízos envolvem a exposição [...] por, Os riscos envolvem a exposição [...].

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa apresenta relevância científica e atende aos requisitos da Resolução 466 do CNS de 12/12/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO atendendo o previsto na Resolução 466/12 do

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160

Bairro: 25 de Agosto

CEP: 25.071-202

UF: RJ

Município: DUQUE DE CAXIAS

Telefone: (21)2672-7733

Fax: (21)2672-7733

E-mail: cep@unigranrio.com.br

**UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO**



Continuação do Parecer: 1.871.052

CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 15 de dezembro de 2016. Caso o (a) pesquisador (a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o (a) pesquisador (a) de

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_592206.pdf	05/12/2016 19:57:57		Aceito
Outros	documentobolsaorientandoGabrielapagina2.pdf	05/12/2016 19:57:43	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Outros	documentobolsaorientandoGabrielapagina1.pdf	05/12/2016 19:57:14	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Outros	documentobolsaorientandoAntoniopagina2.pdf	05/12/2016 19:56:29	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Outros	documentobolsaorientandoAntoniopagina1.pdf	05/12/2016 19:55:50	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/12/2016 19:55:08	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Cronograma	cronogramadetalhadopesquisa.docx	05/12/2016 19:54:59	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Cronograma	cronogramapesquisa.docx	05/12/2016 19:54:49	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Orçamento	Orcamentoprojetodepesquisa.docx	06/11/2016 10:40:38	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	06/11/2016 10:32:04	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Outros	Questionariodepesquisa.pdf	31/03/2016 11:50:26	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Outros	ComprovanteBolsistaFUNADESP.pdf	31/03/2016 11:48:31	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Outros	TERMOBOLSISTAAntonioCarlos.pdf	21/03/2016 16:20:55	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Outros	CAPAProjetodePesquisa.docx	21/03/2016 16:20:10	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	29/02/2016 13:05:52	MARCIA SILVEIRA NEY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160

Bairro: 25 de Agosto

CEP: 25.071-202

UF: RJ

Município: DUQUE DE CAXIAS

Telefone: (21)2672-7733

Fax: (21)2672-7733

E-mail: cep@unigranrio.com.br

**UNIVERSIDADE DO GRANDE
RIO PROFESSOR JOSÉ DE
SOUZA HERDY - UNIGRANRIO**



Continuação do Parecer: 1.871.062

Não

DUQUE DE CAXIAS, 16 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Renato Cerqueira Zambrotti
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160

Bairro: 25 de Agosto

CEP: 25.071-202

UF: RJ

Município: DUQUE DE CAXIAS

Telefone: (21)2672-7733

Fax: (21)2672-7733

E-mail: cep@unigranrio.com.br