Eduardo Levcovitz
Márcia Silveira Ney
Rosângela Caetano
Thais de A. Vidaurre Franco
(ORGANIZADORES)

ESTUDOS SOBRE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Appris editora

ESTUDOS SOBRE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Editora Appris Ltda.
1.ª Edição - Copyright© 2025 dos autores
Direitos de Edição Reservados à Editora Appris Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98. Se incorreções forem encontradas, serão de exclusiva responsabilidade de seus organizadores. Foi realizado o Depósito Legal na Fundação Biblioteca Nacional, de acordo com as Leis nos 10.994, de 14/12/2004, e 12.192, de 14/01/2010.

Catalogação na Fonte
Elaborado por: Josefina A. S. Guedes
Bibliotecária CRB 9/870

E828e
2025

Estudos sobre sistemas e serviços de saúde no SUS do Estado do Rio de Janeiro / Eduardo Levcovitz, Márcia Silveira Ney, Rosângela Caetano, Thais de A. Vidaurre Franco (orgs.). – 1. ed. – Curitiba : Appris, 2025.
207 p. ; 21 cm. – (Multidisciplinaridade em saúde e humanidades.)

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-250-7832-8

1. Serviços de saúde – Investigação. 2. Administração dos serviços de saúde. 3. Sistema único de Saúde – Rio de Janeiro. I. Levcovitz, Eduardo. II. Ney, Márcia Silveira. III. Caetano, Rosângela. IV. Franco Thais de A. Vidaurre. V. Título. VI. Série.

CDD – 368.382

Livro de acordo com a normalização técnica da ABNT

Editora e Livraria Appris Ltda.
Av. Manoel Ribas, 2265 – Mercês
Curitiba/PR – CEP: 80810-002
Tel. (41) 3156 - 4731
www.editoraappris.com.br

Printed in Brazil
Impresso no Brasil

Eduardo Levcovitz
Márcia Silveira Ney
Rosângela Caetano
Thais de A. Vidaurre Franco
(org.)

ESTUDOS SOBRE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Appris editora

Curitiba, PR
2025

FICHA TÉCNICA

EDITORIAL Augusto Coelho
Sara C. de Andrade Coelho

COMITÊ EDITORIAL E CONSULTORIAS
Ana El Achkar (Universo/RJ)
Andréa Barbosa Gouveia (UFPR)
Antonio Evangelista de Souza Netto (PUC-SP)
Belinda Cunha (UFPB)
Délton Winter de Carvalho (FMP)
Edson da Silva (UFVJM)
Eliete Correia dos Santos (UEPB)
Erineu Foerste (Ufes)
Fabiano Santos (UERJ-IESP)
Francinete Fernandes de Sousa (UEPB)
Francisco Carlos Duarte (PUCPR)
Francisco de Assis (Fiam-Faam-SP-Brasil)
Gláucia Figueiredo (UNIPAMPA/ UDELAR)
Jacques de Lima Ferreira (UNOESC)
Jean Carlos Gonçalves (UFPR)
José Wálter Nunes (UnB)
Junia de Vilhena (PUC-RIO)
Lucas Mesquita (UNILA)
Márcia Gonçalves (Unitau)
Maria Margarida de Andrade (Umack)
Marilda A. Behrens (PUCPR)
Marília Andrade Torales Campos (UFPR)
Marli C. de Andrade
Patrícia L. Torres (PUCPR)
Paula Costa Mosca Macedo (UNIFESP)
Ramon Blanco (UNILA)
Roberta Ecleide Kelly (NEPE)
Roque Ismael da Costa Güllich (UFFS)
Sergio Gomes (UFRJ)
Tiago Gagliano Pinto Alberto (PUCPR)
Toni Reis (UP)
Valdomiro de Oliveira (UFPR)

SUPERVISORA EDITORIAL Renata C. Lopes

PRODUÇÃO EDITORIAL Bruna Holmen

REVISÃO Árie Lingnau

DIAGRAMAÇÃO Jhonny Alves dos Reis

CAPA Eneo Lage

REVISÃO DE PROVA Daniela Nazario

COMITÊ CIENTÍFICO DA COLEÇÃO MULTIDISCIPLINARIDADES EM SAÚDE E HUMANIDADES

DIREÇÃO CIENTÍFICA **Dr.ª Márcia Gonçalves (Unitau)**

CONSULTORES
Lilian Dias Bernardo (IFRJ)
Taiuani Marquine Raymundo (UFPR)
Tatiana Barcelos Pontes (UNB)
Janaína Doria Líbano Soares (IFRJ)
Rubens Reimao (USP)
Edson Marques (Unioeste)
Maria Cristina Marcucci Ribeiro (Unian-SP)
Maria Helena Zamora (PUC-Rio)
Aidecivaldo Fernandes de Jesus (FEPI)
Zaida Aurora Geraldes (Famerp)

PREFÁCIO

Diante dos desafios colocados à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil, é imperativo reconhecer a importância das diversas ações que historicamente contribuem no processo de construção do conhecimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). O papel da qualificação profissional e o incentivo à produção de pesquisas reafirmam a construção de uma visão crítica, reflexiva e transformadora do profissional da saúde sobre sua inserção nas instituições, nos processos de trabalho, na análise das informações em saúde e na mudança de práticas instituídas, dentre tantas dimensões que o cotidiano dos serviços e da sociedade em sua totalidade imprimem ao trabalhador da saúde.

A formação, a educação e a pesquisa em saúde são parte de um campo prioritário para o SUS. Nesse sentido, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), por meio da Superintendência de Educação em Saúde e da Coordenação de Pesquisa (COOPES/SUPES/SES-RJ), vem investindo na qualificação dos profissionais da saúde no estado em múltiplas vertentes. Uma delas é a proposta do mestrado profissional, fruto da parceria entre a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ) e o Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS-UERJ). Foi priorizada a qualificação de profissionais envolvidos no planejamento e gestão, dos diversos níveis da SES-RJ e das Secretarias Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro. É uma estratégia para o alcance de metas e inovações institucionais necessárias ao aprimoramento dessas organizações com a finalidade de qualificar os profissionais para gestão em avaliação de sistemas, serviços e programas de saúde, desenvolvendo pesquisas e produtos técnico-científicos, além de promover a reflexão dos processos de trabalho, novas ferramentas de gestão e inovação das práticas de saúde no estado.

Os trabalhos desenvolvidos têm o potencial de contribuir com o desenvolvimento de novos diagnósticos, técnicas, estratégias metodológicas e instrumentos a serem incorporados à gestão para a tomada de decisão. Trata-se de um momento singular na formação dos profissionais, dado que se buscou desenvolver habilidades e competências que possibilitem a produção de conhecimento e inovações para dar respostas a problemas concretos da gestão do SUS no estado do Rio de Janeiro. Dessa forma, instrumentalizar os profissionais a formular perguntas de pesquisa a partir de problemas vivenciados no cotidiano, produzir investigações e utilizar resultados de estudos científicos publicados para apoiar tomada de decisões informada por evidências são elementos que consideramos prioritários.

Dentre as ações realizadas, destaca-se o mestrado profissional, desenvolvido no âmbito do projeto "Qualificação de gestores da Secretaria de Estado e das Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro em Política, Planejamento e Administração em Saúde". Foi organizado especificamente para profissionais envolvidos com a gestão e planejamento no âmbito do SUS do estado do Rio de Janeiro e teve como parte de seus objetivos promover a reflexão sobre os processos de trabalho nos diferentes espaços da gestão do SUS, trazendo novas ferramentas de atuação na gestão.

A Coordenação de Pesquisa vem desenvolvendo estratégias para divulgação dos resultados de pesquisa com apresentações nas reuniões da Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES/RJ), nos Fóruns de Pesquisas da Secretaria de Estado de Saúde para disseminação de resultados e divulgação científica, além de incentivar a publicação de artigos científicos por meio da Revista de Educação, Pesquisa e Informação em Saúde (REPIS), ou outros meios disponíveis.

O livro *Estudos sobre Sistemas e Serviços de Saúde no SUS do estado do Rio de Janeiro*, que reúne textos sobre diferentes componentes do sistema e das políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro, é um dos produtos dessa parceria. No seu primeiro

volume, cada capítulo apresenta o resultado de trabalhos finais do curso, selecionados da primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, refletindo a construção efetiva de elos entre o conhecimento acadêmico adquirido no decorrer das disciplinas e a prática profissional cotidiana nos diferentes setores da saúde na SES-RJ. Desse modo, torna-se um produto técnico-científico relevante, fonte de aprendizado para trabalhadores, gestores, estudantes e pesquisadores em saúde do estado do Rio de Janeiro. Traz um debate qualificado sobre temas prioritários de saúde pública, tais como as redes de atenção à saúde, regulação, oferta e distribuição de leitos, especialidades e medicamentos. Da mesma forma, aborda desafios atuais ao SUS, como a gestão de recursos humanos, a judicialização da saúde e a violência contra os grupos em situação de vulnerabilidade.

É com grata satisfação que apresento o presente livro, desejando que os trabalhos apresentados nesta edição contribuam para o aprimoramento da gestão do SUS.

Rachel Rivello Elmôr Monteiro de Albuquerque
Subsecretária-geral da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 11
Eduardo Levcovitz, Márcia Ney, Rosângela Caetano, Thais de A. Vidaurre Franco

1
AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O ATRIBUTO DA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL 17
Izabela Matos Ribeiro, Rosana Chigres Kuschnir, Eduardo Levcovitz

2
OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASFS-AB) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: IMPLANTAÇÃO, AVANÇOS E PERSPECTIVAS 39
Josiane Ribeiro Silva Medrado, Márcia Silveira Ney

3
O PROGRAMA PREVINE BRASIL E SEUS POTENCIAIS REFLEXOS NA (RE)ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO 57
Dayanne Silva de Lucena, Eduardo Levcovitz

4
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER INDÍGENA E QUILOMBOLA EM NORMATIVAS DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO 77
Bernardo Giecht Rodrigues Costa, Martinho Braga

5
AQUISIÇÕES DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UMA ANÁLISE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE 2017 A 2021 95
Gabriele Santos da Silva, Rosângela Caetano

6
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO 117
Marilene Ribeiro da Silva, Mario Roberto Dal Poz

7
CATEGORIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO 135
Jacqueline Toledo Hosken, Eduardo Levcovitz, Ana Lúcia de Freitas Saccol

8
ESTIMATIVAS DE NECESSIDADE, OFERTA E DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS NEONATAIS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E SUAS REGIÕES, EM 2020 155
Alessandra Georgia Carrazêdo Torres, Rosângela Caetano

9
ABSENTEÍSMO DE USUÁRIO EM CONSULTAS DE ESPECIALIDADES NO SUS: PERSPECTIVA DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM INSTITUTO DE REFERÊNCIA NO RIO DE JANEIRO 179
Indaiara Ribeiro Cesário, Rosana Chigres Kuschnir

SOBRE OS AUTORES 201

INTRODUÇÃO

O primeiro volume do livro *Estudos sobre Sistemas e Serviços de Saúde no SUS do estado do Rio de Janeiro* reúne textos com resultados de nove trabalhos finais selecionados da primeira turma do mestrado profissional em saúde coletiva na área de concentração de políticas, planejamento e administração em saúde, fruto de uma parceria entre o Instituto de Medicina Social da UERJ (IMS/UERJ) e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Os autores são profissionais envolvidos em diferentes setores da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro, que desenvolveram os capítulos em coautoria com professores do programa de pós-graduação. Os trabalhos foram indicados pelas bancas avaliadoras e passaram por uma comissão de avaliação formada pela coordenação do curso e representantes da Secretaria de Estado de Saúde.

O curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva no âmbito da parceria entre o IMS/UERJ e a SES-RJ foi desenvolvido com o objetivo de promover simultaneamente a formação de quadros estratégicos para a gestão do SUS no estado do Rio e fomentar a produção de investigações sobre diferentes dimensões da gestão, com ênfase nos instrumentos e processos de planejamento e organização de serviços de saúde. A estrutura curricular foi adaptada de forma a fornecer uma base conceitual e técnico-operacional que promovesse a reflexão crítica sobre as funções do âmbito estadual no planejamento, no financiamento e na gestão do SUS. Também se buscou contribuir para o conhecimento de técnicas e abordagens que pudessem ser aplicados nos diferentes campos de prática profissional dos pós-graduandos, ampliando e aprofundando seu conhecimento e instrumental para intervenção crítica sobre a realidade em que atuam.

O encontro entre as questões enfrentadas nos diferentes campos de trabalho dos pós-graduandos/trabalhadores, seus conhecimentos e reflexões com os conteúdos das diferentes dis-

ciplinas e das atividades de prática profissional executadas ao longo do curso contribuíram para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e de produtos técnicos direcionados para problemas relevantes do SUS no estado do Rio de Janeiro.

Nessa interface entre o espaço de formação e as múltiplas realidades do trabalho em uma secretaria estadual de saúde, os pós-graduandos/trabalhadores desenvolveram trabalhos que buscavam ampliar a fundamentação conceitual e instrumental para o enfrentamento de problemas do SUS, como a questão da coordenação assistencial, a organização de redes de atenção e a elaboração de políticas para populações minoritárias. Outros trabalhos, diante da urgência do cotidiano da gestão do SUS, enfrentaram o difícil desafio de abordar mudanças recentes na condução da política de saúde pelo governo federal, refletindo sobre os desdobramentos dessas mudanças no contexto do estado do Rio de Janeiro. Parte dos estudos refletiu a busca por estabelecer diagnósticos sobre a oferta e distribuição de serviços ou do funcionamento de sistemas de informação. E, por fim, também sobre processos gerenciais, na busca por soluções de problemas operacionais, de gestão do sistema e de serviços, abordando questões como o absenteísmo em consultas especializadas, o processo de aquisição de medicamentos e o desenvolvimento de estratégias para aprimoramento da vigilância sanitária.

O primeiro capítulo, "Avaliação das Redes de Atenção à Saúde: um estudo sobre o atributo da coordenação assistencial", de Izabela Matos Ribeiro com orientação de Rosana Kuschnir e Eduardo Levcovitz, considerando os desafios da conformação das Redes de Atenção à Saúde, aborda o atributo da coordenação assistencial. Partindo do diagnóstico de que a fragmentação segue como um dos desafios centrais para a garantia da continuidade de cuidado no SUS, os autores realizaram uma revisão dos conceitos, instrumentos e indicadores para avaliação da coordenação assistencial no contexto de Redes de Atenção à Saúde apresentados na literatura nacional e internacional. E, a partir dessa investigação, refletem sobre o desafio dessa coordenação no contexto brasileiro.

O capítulo "Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) no estado do Rio de Janeiro: implantação, avanços e perspectivas", de Josiane Ribeiro Medrado com orientação de Márcia Silveira Ney, apresenta uma recuperação histórica da implementação das equipes dos Nasf no período entre 2008 e 2021. Além de abordar aspectos como o financiamento, modelo de gestão e o papel da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o texto de Josiane e Márcia coteja as mudanças no financiamento federal da atenção primária com a criação, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, de um Programa de Financiamento Estadual para a Atenção Primária à Saúde (Prefaps), considerando seus desdobramentos para os Nasf no estado.

O capítulo "O programa Previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da Atenção Primária à Saúde no Estado do Rio de Janeiro" também aborda as questões relacionadas às mudanças do financiamento federal da atenção primária à saúde (APS) no período 2019-2020 e as iniciativas estaduais. De autoria de Dayanne Lucena, sob orientação de Eduardo Levcovitz, apresenta as mudanças instituídas no modelo de financiamento com a criação do programa Previne Brasil e descreve o financiamento da APS no estado do Rio de Janeiro no período entre 2018 e 2020, além de documentar as estratégias empreendidas no estado pela SES em parceria com o COSEMS-RJ diante das mudanças instituídas pelo governo federal naquele momento.

De autoria de Bernardo Giecht, sob orientação de Martinho Braga, o capítulo "Violência contra mulher indígena e quilombola" buscou compreender como o enfrentamento à violência contra mulheres de minorias étnicas, em suas especificidades, é contemplado nas normativas oficiais dos municípios e do estado do Rio de Janeiro. A partir da análise de documentos disponíveis em sites oficiais, os autores apresentam uma contextualização das normativas nacionais e estaduais sobre a temática e, adicionalmente, de normativas de quatro municípios do estado do Rio de Janeiro que possuem populações quilombolas em seu território e/ou indígenas aldeados cujos territórios foram homologados pela União.

O texto "Aquisições do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: uma análise no estado do Rio de Janeiro de 2017 a 2021", de Gabriele Santos com orientação de Rosângela Caetano, trata de uma etapa crucial da garantia do acesso a medicamentos. O estudo analisa os processos de aquisição de medicamentos do Componente Especializado pela SES-RJ, caracterizando o perfil dessas aquisições e os tempos de duração de cada etapa do processo de compra. Tal descrição permitiu compreender os fluxos de trabalho e os fatores intrínsecos e extrínsecos que impactam na aquisição de medicamentos pela SES-RJ.

Os "Sistemas de informação de recursos humanos em saúde na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro" são o objeto de análise do capítulo de Marilene Ribeiro Silva, com a orientação de Mario Dal Poz. Neste, os autores descrevem os diferentes sistemas de informação de recursos humanos em uso na SES/RJ, no contexto dos diferentes modelos de gestão adotados em cada unidade, e problematizam a existência da fragmentação dos dados. A partir dessa análise, aponta recomendações para melhorar a gestão de recursos humanos e de informações geradas no âmbito da SES.

O capítulo "Categorização em serviços de alimentação no Estado do Rio de Janeiro" de Jacqueline Toledo Hosken, com orientação de Ana Lucia Saccol e Eduardo Levcovitz, apresenta o processo de desenvolvimento de uma estratégia para implantar um sistema de categorização dos serviços de alimentação no estado do Rio de Janeiro, considerando o risco sanitário para doenças de transmissão hídrica e alimentar. A pesquisa que originou o capítulo envolveu a realização de uma revisão bibliográfica e a elaboração de um conjunto de produtos técnicos voltados para a implantação do sistema em questão. A partir da análise documental, formularam-se produtos de aplicação prática para serem utilizados na implementação da categorização dos serviços de alimentação no estado do Rio de Janeiro.

"Estimativas de necessidade, oferta e distribuição de leitos neonatais no estado do Rio de Janeiro, em 2020", de Alessan-

dra Carrazedo Torres e Rosângela Caetano, caracteriza a oferta de leitos SUS de terapia intensiva e de cuidados intermediários neonatais no estado do Rio de Janeiro no ano de 2020, buscando analisar a suficiência desses leitos frente à necessidade estimada. Ao empreender tal análise, considerando as diferentes regiões de saúde, o estudo levanta elementos que contribuem para o planejamento dos serviços de cuidado neonatal, além de possibilitar um aprofundamento do debate acerca da busca por equidade no Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro.

O texto "Absenteísmo de usuário em consultas de especialidades no SUS: perspectiva do acesso e utilização de serviços em instituto de referência no Rio de Janeiro", de Indaiara Ribeiro Cesário com orientação de Rosana Kuschnir e Eduardo Levcovitz, contribui para a superação de estereótipos e respostas simples sobre o fenômeno do absenteísmo, tais como a culpabilização dos usuários "faltosos". Ao analisar o fluxo assistencial de oferta, agendamento e utilização de vagas de um instituto de atenção especializada, os autores identificam diferentes barreiras de acesso e propõem estratégias para a redução do absenteísmo ambulatorial, que podem contribuir para a melhor utilização de recursos e para a continuidade do cuidado.

A produção científica e técnica aqui reunida mobilizou diferentes abordagens, métodos e técnicas de pesquisa para pensar temas como o papel do estado na gestão do SUS no ERJ. Essas diversas produções guardam o potencial de contribuir para gestores e pesquisadores com novos diagnósticos, estudos, técnicas, estratégias metodológicas e instrumentos para pensar o SUS e melhorar os processos de cuidado.

Eduardo Levcovitz
Márcia Ney
Rosângela Caetano
Thais de A. Vidaurre Franco

1

AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O ATRIBUTO DA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL

Izabela Matos Ribeiro
Rosana Chigres Kuschnir
Eduardo Levcovitz

Introdução

O conceito de Redes de Atenção à Saúde não é novo, pois a proposta de regionalização de serviços de saúde advém dos anos 1920, com Dawson, servindo como base para um sistema de saúde universal e equitativo, e, anos depois, para a formulação do Sistema Nacional inglês (National Health Service – NHS), sendo este uma inspiração tanto para o SUS como para os países que formataram seus sistemas universais de saúde (Kuschnir; Chorny, 2010).

Entre os conceitos introduzidos por Dawson (OPAS, 1964) está a definição de comando único, apresentada como aquele que é exercido pela autoridade sanitária única para cada área, com responsabilidade financeira e administrativa, o qual unificaria o controle e exerceria a coordenação de todos os serviços do território sob sua responsabilidade.

No final dos anos 2000, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou o documento *Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opiniones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas, 2008*. Este apresenta marcos teóricos e operativos a serem seguidos por seus países signatários, como o Brasil.

Essa publicação da OPAS, por seu papel na formulação e difusão de políticas e recomendações para os sistemas de saúde na América Latina, será a principal referência a ser utilizada no estudo, como base teórica e definidora dos conceitos de Rede de Atenção à Saúde (RAS). No documento são definidos os 13 atributos essenciais da RAS, dentre os quais se destaca a existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do *continuum* de serviços de saúde.

O Brasil é um país de dimensões continentais, com uma organização federativa composta por três entes. Há autonomia entre os entes, sendo todos responsáveis por um rol de ações para atingir suas competências que estão definidas, ainda que de forma geral, na legislação. Sendo assim, há uma descentralização político-administrativa para estados e municípios.

Nesse contexto, desenha-se o sistema de saúde brasileiro, incorporado na Constituição Federal (CF) de 1988, no capítulo da Seguridade Social, intitulado Sistema Único de Saúde, o SUS. O desenho organizativo do SUS se dá por diretrizes e princípios, que Mattos (2009) descreve como sendo as linhas mestras forjadas no processo de luta e reforma sanitária, sendo elas a universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação popular e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado, tal como inscritas na CF. A instituição do SUS representou um grande avanço em termos de direitos de cidadania.

O SUS passa a existir exigindo que os entes da federação trabalhem de forma conjunta e em sintonia para a organização dos serviços de saúde, sendo incorporados os serviços e estruturas de saúde já existentes, provenientes de um "modelo" no qual o acesso à saúde não era universal. Não haveria mais — teoricamente — barreiras de acesso aos dispositivos que constituem o sistema público.

Entretanto, o período de transição para o SUS e as mudanças decorrentes das diretrizes para organização da atenção à saúde enfrentaram inúmeras dificuldades ao longo dos anos seguintes,

de diferentes magnitudes e em diferentes esferas, sobretudo tendo em vista o grau de descentralização para os municípios em contexto de grande heterogeneidade.

Dentre as mudanças de caráter organizativo e estruturante vis-à-vis a municipalização, destaca-se a regionalização, que, em linhas gerais, é a diretriz e também a ferramenta, no contexto do arranjo federativo, para entrelaçar os serviços na conformação de RAS, à luz de atributos bem definidos. Tem como base a definição de território, das necessidades de saúde da população, escala e escopo das atividades, bem como de definições, bem delimitadas, do papel de cada serviço no sistema de saúde. Neste caso, a concertação entre os diversos atores envolvidos torna-se ainda mais desafiadora, especialmente face à definição de comando único.

O atributo de coordenação assistencial será objeto de análise deste estudo, por ser central para ordenar a articulação e a integração entre os níveis de atenção no sistema de saúde e garantir a integralidade e continuidade da atenção.

O particular interesse por esse atributo se deve à observação dos desafios para conformação da denominada RAS, para adequação entre oferta e prestação de serviços para uma população determinada, segundo suas necessidades. Considera-se que esse atributo não foi incorporado, de fato, nas iniciativas de regionalização, bem como nos mecanismos e ferramentas efetivas que pudessem superar a histórica fragmentação que permeia o processo de implementação do SUS.

Sendo assim, pode-se afirmar, como alguns autores apontam (Campos, 2007; Paim, 2018) que a implantação do SUS – e da regionalização por meio das RAS – deu-se de forma incompleta e desigual nos estados brasileiros, e de forma ainda bastante incipiente. Verifica-se a permanência de barreiras de acesso que não se coadunam com um sistema universal e com garantia de integralidade do cuidado, pressupostos na organização das RAS.

Mesmo após 30 anos de criação do SUS, podemos dizer que ele ainda enfrenta dificuldades e percalços na sua completa

implantação. E, bem como reflete Campos (2007), enfrenta discussões sobre sua sustentabilidade e sobre o caminho para sua efetiva consolidação, os quais perpassam os entraves relativos às questões do financiamento do sistema, da resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), da regionalização e integração incipiente entre municípios e serviços, além de baixa eficácia e eficiência de hospitais e de serviços da atenção especializada.

No entanto, as dificuldades não se restringem aos municípios. A título de exemplo, podemos citar o caso do estado do Rio de Janeiro, que por ter resultado da fusão de dois estados — o do Rio de Janeiro e o da Guanabara — e de ter sido a capital do país, dispõe em seu território de uma gama de serviços de saúde federais cujos mecanismos de acesso e integração são objeto de históricas tentativas de pactuações malsucedidas.

Estas ponderações sobre organização de redes remetem à coordenação assistencial como um atributo essencial que caracteriza sistemas de saúde nos quais existem RAS. Seria esse o caso do Brasil? E no estado do Rio de Janeiro, é possível identificar RAS? Se sim, não deveriam estar mais organizadas as competências de cada serviço e de cada nível de atenção? Como podemos avaliar as RAS? Quais indicadores seriam apropriados?

Nessa perspectiva, não se dissocia a discussão das RAS da discussão sobre regionalização, pois as RAS pressupõem definição de território. Voltando à experiência no Rio de Janeiro, o fato de haver definição de regiões de saúde não significa que traduzam a conformação de redes. É, portanto, relevante discutir e avaliar, dentre os diversos atributos das RAS, a coordenação assistencial, pois lançará luz nas dificuldades de articulação entre os serviços e os níveis de atenção à saúde.

Há uma diversidade de definições e conceitos sobre a coordenação assistencial, tal como pontuado por Armitage, Suter, Oelke e Adair (2009), que encontraram 175 definições diferentes para o termo. No Brasil, merecem destaque os trabalhos de Almeida et al. (2021), com as discussões sobre a APS e sua relação com o nível

secundário da atenção. Com isso, um olhar sobre os atributos das RAS, em especial o de coordenação assistencial, propõe-se a identificar possíveis lacunas a serem enfrentadas.

Sendo assim, buscou-se, na literatura e na experiência de países com sistemas nacionais de saúde, indicadores de avaliação, cuja possibilidade de aplicação ao SUS é comentada nas considerações finais.

O estudo tem por objetivos explorar conceitos e instrumentos coordenação assistencial das RAS, buscar propostas de avaliação da coordenação assistencial em outros sistemas nacionais, e identificar alguns dos indicadores utilizados em outros sistemas nacionais na mensuração da coordenação assistencial de RAS.

Desenho do estudo e métodos utilizados

O presente capítulo apresenta parte dos resultados de um estudo de caráter exploratório sobre o atributo da RAS da coordenação assistencial. Em seu desenvolvimento buscou-se conceituar coordenação assistencial e identificar indicadores de avaliação da coordenação assistencial.

Foi realizada uma pesquisa não sistemática da literatura com o levantamento de artigos, dissertações, teses e documentos nas bases de dados Periódicos CAPES e Biblioteca Virtual da Saúde. Também foram identificados grupos de pesquisa com expertise no tema, sendo eles o grupo de pesquisa Equitaty-LA, o Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSSC), o grupo que idealizou o Seminário Internacional da Fiocruz, e a OPAS. Além disso, foram acrescentadas algumas referências dos documentos selecionados.

Foram realizadas a leitura do título e do resumo para a primeira seleção e a leitura do texto completo para a segunda seleção. Dessa busca foram encontrados 382 textos, ficando 125 textos após a primeira seleção e 109 textos após a segunda seleção.

Os textos selecionados continham a discussão sobre a RAS e o conceito de coordenação assistencial, seus mecanismos e

instrumentos. Os textos que tinham como foco a avaliação de programas específicos, seja de agravos ou doenças, ou que não continham a amplitude que se aguardava da discussão, foram descartados.

Buscando compreender a forma de avaliação da coordenação assistencial com foco na busca por indicadores, foram utilizadas as discussões que integram os estudos do levantamento bibliográfico na MEDLINE e do CSSC, bem como uma busca no portal do NHS, no portal do sistema de Saúde da Catalunha e de Portugal. A escolha por buscar a forma de avaliação da coordenação assistencial nesses outros sistemas de saúde se justifica, pois são sistemas de saúde de caráter universal, com histórico de um sistema regionalizado e integrado.

A busca ocorreu por indicadores que são utilizados para mensurar a coordenação assistencial com diferentes formas de abordagem para a avaliação, como pesquisa com usuários, pesquisa com profissionais de saúde e uso de indicadores de resultados, como os que mensurem a regulação assistencial.

Dessa busca foram encontrados 193 textos, ficando 33 textos após a primeira seleção e 26 textos após a segunda seleção.

Redes de atenção à saúde

Como já mencionado, o informe Dawson (OPAS, 1964) aponta que a organização dos serviços médicos só pode ser assegurada se estiverem distribuídos em função das necessidades da população, por razões de eficiência e custo, exigindo esforços combinados em razão da complexidade das enfermidades, bem como deve estar concentrada sob uma mesma gestão para alcançar melhores resultados. Dessa forma, é introduzido o conceito de rede, bem como os requisitos necessários para melhorar a oferta de atenção à saúde para a população. Ao longo do informe, Dawson descreve cada dispositivo que comporá a rede de saúde, sua inter-relação e as funções de cada serviço.

Ele discorre que deve haver uma relação bem definida entre os dispositivos de saúde, de acordo com sua localização, ou melhor, sua distribuição no território, que deve compreender todos os serviços de saúde necessários para atender às necessidades de saúde da população em determinada região de saúde. É introduzida, nesse momento, a definição de território.

Para Dawson, a medicina preventiva e a medicina curativa não podem ser dissociadas e precisam de uma coordenação estreita, subordinadas a uma só autoridade de saúde para cada área (OPAS, 1964), que deverá ter autonomia tanto financeira como administrativa no âmbito regional, cumprindo o papel de central de costurar a integração entre os serviços.

Há necessidade de diferenciar sistemas integrados e redes regionalizadas. Kuschnir (2015) coloca que os sistemas integrados são usados, muitas vezes, como sinônimo de redes regionalizadas, mas não o são. O sistema integrado não é rede regionalizada, pois não contempla o território.

A OPAS adota a seguinte definição de RAS, modificada de Shortell (OPAS, 2008, p. 25):

> As Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.

A definição apresentada acima será adotada ao longo do texto, quando houver referência às RAS.

Sendo assim, ao longo dos anos de discussão e produção de estudos sobre o sistema de saúde do Brasil, e sobre o modelo de atenção de redes regionalizadas, são apontados percalços no caminho para a consolidação do SUS que ainda persistem. A fragmentação do sistema é multifacetada e parece ser um grande e permanente desafio na consolidação do SUS e na efetiva organização de RAS.

A coordenação assistencial nas redes de atenção à saúde

A coordenação assistencial, tal como descrita pela OPAS (2008), é o desafio da RAS para gerir múltiplas enfermidades crônicas e complexas, que cruzam o contínuo de serviços e requerem diferentes tratamentos. Não existe uma combinação ideal de mecanismos, pois estes dependem de cada situação em particular e do grau de incerteza, especialização e interdependência das tarefas. Tal definição tem sido foco de amplo debate, conforme apontam Schultz *et al.* (2013) após análise da literatura em que não havia um consenso sobre a definição do conceito de coordenação assistencial.

Partindo desse cenário, não há uma definição mais correta sobre coordenação assistencial, porém há uma maior afinidade por um conceito ou outro, por fazer mais sentido dentro da discussão que se propõe e dentro do sistema de saúde no qual se estuda tal atributo. Os conceitos apresentados abaixo buscam localizar a definição de coordenação assistencial através de diferentes aspectos, sejam eles de serviços em sistemas fragmentados ou em sistemas integrados.

A OPAS (2008) pontua as diferenças encontradas no âmbito da coordenação assistencial em diferentes sistemas de saúde, nos quais se observa que em sistemas fragmentados não há coordenação.

Terraza Núnez *et al.* (2006) destacam-se, ao afirmar que, quando a coordenação alcança seu potencial máximo, a atenção à saúde é considerada integrada. O estudo de Lima Junior (2016) pontua que os sistemas de saúde fragmentados têm buscado implementar reformas pró-coordenação, sobretudo aquelas orientadas pela APS.

É compreensível a confusão, no Brasil, ao interpretar o termo "coordenação assistencial", pois não foi um atributo de rede intrínseco ao processo de construção do sistema de saúde nos anos 1980/90.

Para fins deste estudo, adotaremos a definição de coordenação assistencial empregada pela OPAS, mais especificamente

da vertente proposta pelo grupo de Vázquez Navarrete e Terraza-Núñez, que, por sua vez, baseou sua definição em diversos outros autores de relevância sobre o tema, como Starfield, Goldman, Yang e Shortell. Assim, coordenação assistencial se define como

> [...] acordo de todos os serviços relacionados à assistência à saúde, independentemente do lugar onde sejam recebidos, de maneira que se sincronizem e alcancem um objetivo comum sem produzir conflitos (Terraza Núñez, 2004, p. 6).

Assim, para melhor situar o conceito de coordenação assistencial, é possível recorrer a uma classificação, a exemplo do que propõe Vargas Lorenzo (2005):

– Administrativa, como sendo a coordenação administrativa ou a coordenação do acesso do paciente através da continuidade dos serviços, de acordo com suas necessidades, ponderando ser o aspecto menos frequentemente conceitualizado nos estudos;

– Gestão clínica, como sendo coordenação de gestão clínica ou a prestação de cuidados de forma sequencial e complementar;

– Informação, como sendo a coordenação da informação ou transferência e uso das informações clínicas do paciente necessárias para coordenar as atividades entre os provedores.

O estudo de Céledon (2016) complementa a definição de Vargas Lorenzo (2005), e define que:

– A coordenação administrativa se relaciona com os circuitos administrativos em que o paciente transita para obter a atenção à saúde, como a regulação dos fluxos assistenciais entre os níveis para consultas, exames, urgência e hospitalização;

– A coordenação da gestão clínica como a provisão da atenção dentro de um plano de atenção realizado por diferentes níveis de atenção e de serviços que participam do cuidado, sendo a coordenação do cuidado entre os profissionais e os serviços

que intervêm no cuidado, compreende três dimensões: o seguimento adequado do paciente entre os níveis quando existir transição entre os níveis, o acesso aos níveis de atenção segundo critérios clínicos, e a consistência da atenção com a existência de objetivos comuns de tratamento entre os profissionais dos diferentes níveis ou especialidades;

– A coordenação da informação compreende duas dimensões: a transferência de informação e a utilização da informação.

Silva Sousa *et al.* (2017) explicitam que, na coordenação administrativa, destacam-se as subdimensões, sendo elas a referência administrativa do paciente à unidade adequada e a programação prévia do atendimento na transição entre níveis.

Outro ponto é destacado por Meneu de Guillerna (2005), que sinaliza a carência na mensuração de resultados que sejam relevantes para avaliar os objetivos da coordenação. O autor aponta para as tecnologias de integração com instrumentos, como os programas de gestão de enfermidades e os de gestão de casos, como potencialidades para a coordenação assistencial. Para além de potencialidades, o autor argumenta que vastos são os enfrentamentos necessários para que se possa alcançar melhor integração do sistema de saúde.

O que surge nos achados anteriores aqui apresentados é sintetizado por Kuschnir (2015, p. 131), que coloca que é necessário:

> [...] compreender a diferenciação entre os três grupos principais de mecanismos [que compõem a coordenação assistencial] – os voltados à gestão de pacientes, à gestão da atenção/cuidado e à gestão da informação – e os requisitos para sua aplicação.

Nesse sentido, os aspectos precisam ser avaliados e que possam indicar pontos de melhorias, os quais levem à integração dos serviços de saúde no SUS, diminuindo a fragmentação do

sistema, precisam ser conhecidos, compondo a avaliação da Rede de Atenção à Saúde.

A avaliação da coordenação assistencial

Anteriormente, foi possível identificar os desafios de discutir o conceito de coordenação assistencial e o de operacionalizar seus instrumentos. Assim, na perspectiva da avaliação da coordenação assistencial, este estudo se aventura pela identificação de instrumentos adequados para sua mensuração.

Entende-se que os termos "coordenação assistencial", "coordenação do cuidado" e "integração ou articulação entre níveis" são termos intercambiáveis para fins de busca na literatura (Schang; Waibel; Thomson, 2013).

No tocante à avaliação, a prática de avaliar ou medir na área da saúde, de acordo com Contandriopoulos *et al.* (1997), significa fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção para auxiliar na tomada de decisão, podendo ser esse julgamento reflexo da avaliação normativa (aplicação de critérios e normas) ou reflexo de uma pesquisa avaliativa (científica). Sendo assim, avaliar a coordenação assistencial se traduz por empregar o julgamento de valor sobre a intervenção — coordenação assistencial — com base na avaliação normativa — critérios para avaliar a intervenção.

Uijen *et al.* (2012), Schultz *et al.* (2013), Schang, Waibel e Thomson (2013), Segal e DuGoff (2014), Thomas *et al.* (2018) e Duan-Poter *et al.* (2020) realizaram revisões na literatura sobre mecanismos e instrumentos de mensuração da coordenação assistencial. Os autores, de maneira geral, realizaram caracterizações para classificar ou fazer uma tipologia da avaliação da coordenação assistencial.

No grupo do CSSC, Terraza Núñez (2004), considerando que a continuidade da assistência é um resultado da coordenação, encontrou que havia poucos índices que permitiam comparar as organizações, sendo mais usual encontrar mecanismos de ava-

liação de uma mesma organização para avaliar a continuidade ao longo do tempo.

A pesquisa de Aller *et al.* (2012), no âmbito do CSSC, identificou que havia esforços para aferir a coordenação assistencial no nível de intervenções específicas, de patologias específicas, com um número reduzido de indicadores, em um único nível de atenção. São escassos os estudos analisando a coordenação entre os níveis e, quando existentes, eram com indicadores para análise a partir de uma condição traçadora, como a doença pulmonar obstrutiva crônica. Os autores apontam que os indicadores deveriam analisar a partir da lógica traçada por Donabedian (1980, *apud* Aller *et al.*), com indicadores de análise de estrutura que facilitam a coordenação de processos, mediante a realização de atividades recomendadas e de resultados tanto de coordenação de informação quanto de gestão.

Schultz *et al.* (2013) evidenciam, ainda, ser um desafio importante para a aferição da coordenação assistencial: o campo da tecnologia da informação, pois ao medir a coordenação assistencial é observado que a fragmentação do sistema, principalmente em relação à comunicação e sistemas de informação, pode esconder ou isolar as informações em nichos de provedores, em registros e sistemas individualizados. Assim, sem uma interoperabilidade entre os sistemas, haveria dificuldades em coletar dados, haja vista a multiplicidade de sistemas que não se conectam. Tal desafio é apontado pelos autores, que afirmam não ter encontrado exemplos de medidas baseadas em dados de tecnologias de informação em saúde.

Em uma iniciativa de consolidar os instrumentos de avaliação, McDonald *et al.* (2014) destacam que, em seu estudo, houve a delicadeza de tentar separar, ou seja, de distinguir, as avaliações de processos de coordenação de outros processos de cuidado em saúde, considerando que há uma mistura entre os processos logísticos e clínicos. Os autores complementam que a coordenação assistencial é um conceito complexo, interligado com muitos outros conceitos relacionados à qualidade, prestação do cuidado e organização do

cuidado, envolvendo o escopo de acesso ao cuidado, continuidade e decisões compartilhadas.

Baseando-se em Vazquez (2009), Celedón (2016) propõe um marco para análise de RAS que compreende a coordenação assistencial como resultado intermediário do processo de organização da RAS. Da mesma forma, propõe um norte para a avaliação dos resultados de continuidade, coordenação e qualidade.

Em um estudo seguinte, Pollack *et al.* (2016) destacam que medir a coordenação do cuidado se torna importante para determinar quais populações ou áreas clínicas precisam de intervenções, bem como para monitoramento de sua eficácia. É proposto o uso promissor de dados de uso do seguro pelos beneficiários para medir a coordenação ou a fragmentação, seja no nível do provedor ou da prática clínica.

As formas de avaliação se aplicariam a todos os sistemas de saúde? Cabe ressaltar que a aplicabilidade dos instrumentos depende diretamente da fonte de dados e, logo, da disponibilidade desses dados nos sistemas de informação em saúde. De uma maneira geral, observa-se que a avaliação da coordenação assistencial utiliza como abordagens/fontes de dados os sistemas de informação, os profissionais de saúde e/ou pacientes e familiares, através de levantamento em bancos disponíveis, via entrevista/pesquisa ou instrumento/questionário avaliativo do processo.

Em buscas nos sistemas nacionais de saúde selecionados — Portugal, Espanha e Inglaterra —, bem como nos Estados Unidos, já que este possui iniciativas no acompanhamento da coordenação assistencial, é possível encontrar mecanismos/indicadores utilizados para aferir e avaliar a coordenação assistencial.

A partir dos indicadores apresentados nos estudos selecionados, é possível perceber a diversidade de dados que podem ser colhidos. Pode-se utilizar fontes primárias como prontuários e entrevistas, ou fontes secundárias, por meio de sistemas de informações.

Os trabalhos utilizaram diversas justificativas para uso dos indicadores, mas todos buscam avaliar o grau de coordenação assistencial do sistema de assistência à saúde, com foco na melhoria do resultado da saúde da população.

Considerando os componentes da coordenação assistencial como definidos por Vargas Lorenzo (2005) — coordenação administrativa/entre níveis de atenção, coordenação de gestão da clínica e coordenação da informação —, buscou-se classificar alguns indicadores selecionados com o componente a que se referem (Quadro 1).

Quadro 1 – Análise dos indicadores por componente da coordenação assistencial

Indicador	**Classificação do indicador**
Tempo decorrido desde o encaminhamento de um paciente com suspeita de câncer (pulmão, colorretal, mama, bexiga e próstata) até a primeira consulta na atenção especializada	Coordenação administrativa/entre níveis
Tempo decorrido desde o encaminhamento de um paciente com suspeita de câncer (pulmão, colorretal, mama, bexiga e próstata) até o diagnóstico de câncer	Coordenação administrativa/entre níveis
Tempo decorrido desde o encaminhamento de um paciente com suspeita de câncer (pulmão, colorretal, mama, bexiga e próstata) até o início do tratamento do câncer (cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia)	Coordenação administrativa/entre níveis
Tempo médio de espera para a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	Coordenação administrativa/entre níveis
Existência de circuitos de fluxo de pacientes em todas as unidades da rede de serviços de saúde e com outros prestadores de saúde no território	Coordenação administrativa/entre níveis
Percentual de reinternações por condições crônicas	Misto

Indicador	Classificação do indicador
Taxa de admissão por condições sensíveis de tratamento em outros níveis de atenção (complicações de diabetes ou diabetes não controlada, complicações de hipertensão, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada, desidratação, pneumonia bacteriana, infecção do trato urinário, asma em adulto)	Misto
Taxa de admissão de angina sem procedimento	Misto
Percentual de cânceres detectados nos estágios 1 e 2	Misto
Taxa de mortalidade em menores de 75 anos por doenças cardiovasculares	Gestão da clínica
Percentual de infarto do miocárdio, derrame e doença renal crônica estágio 5 em pessoas com diabetes	Gestão da clínica
Percentual de teste HbA1c em paciente com diabetes (18–75 anos)	Gestão da clínica
Percentual de exame oftalmológico em paciente com diabetes (18–75 anos)	Gestão da clínica
Percentual de triagem de LDL-C em paciente com diabetes (18–75 anos)	Gestão da clínica
Percentual de rastreio para nefropatia em paciente com diabetes (18-75 anos)	Gestão da clínica

Fonte: os autores (2022)

A aproximação com os indicadores de análise leva a crer que é possível avaliar os diversos componentes da coordenação assistencial por meio de indicadores de resultados.

É importante destacar a separação na análise por componente, considerando que são de campos da gestão da rede como um todo de atuação diferentes. Já o campo da coordenação administrativa/entre níveis perpassa o campo da gestão da rede como

um todo, no nível estrutural do sistema, demandando ações de ordenamento de fluxos e acesso ao paciente ao longo dos serviços de saúde, envolvendo a definição de papéis e funções de cada unidade e o planejamento integrado. O componente "gestão da clínica" perpassa o campo da microgestão, exigindo ações que dizem respeito ao manejo clínico, à coerência da atenção e ao seguimento adequado para pacientes específicos, com base em sua necessidade de saúde.

Embora nem sempre seja possível a distinção completa entre os componentes, na medida em que a coordenação resulta de sua interação, em muitos casos pode-se diferenciar o peso maior ou menor de cada componente nos resultados obtidos.

Considerando o levantamento encontrado nas literaturas de revisão e nos achados documentais, pode-se apontar a possibilidade de avaliação institucionalizada da coordenação assistencial.

Com essa mensuração, focando em indicadores de resultados, é possível compreender de forma sistemática os gargalos dos sistemas, corroborando a necessidade de se estruturar RAS nos sistemas de saúde, para que, com a devida coordenação, possa-se alcançar maior integração do sistema, melhorando a qualidade da saúde da população.

Conclusão

O ponto de partida desta discussão se dá na organização de RAS e da compreensão do uso da coordenação assistencial como um atributo imprescindível para a superação da fragmentação estrutural dos sistemas de saúde. Sendo assim, no tocante aos seus componentes, é possível fazer um paralelo com os mecanismos e ferramentas apresentadas, como por exemplo: história clínica compartilhada, gestor de caso, acesso oportuno e o *follow-up*. E, ainda, deixar a reflexão sobre se no SUS temos a perspectivas de qual(is) ente(s) ou órgão(ãos), ou melhor, qual autoridade sanitária

assumiria a atribuição de coordenação assistencial para promover e executar os mecanismos e ferramentas apresentados.

De toda maneira, urge a institucionalização de mecanismos de coordenação assistencial, sobretudo os mecanismos estruturantes do sistema, como no campo da coordenação administrativa/entre níveis assistenciais. Essas indagações não foram superadas pelo presente estudo, mas emanadas das discussões aqui apresentadas.

Em relação ao componente coordenação administrativa/entre níveis, um dos mecanismos propostos pelo SUS para a coordenação administrativa é a regulação, porém a regulação não regula o que não há de oferta; ela não garante o acesso, garante um olhar frente à necessidade de saúde do paciente em fila. Por isso, um dos indicadores utilizados em outros sistemas nacionais é a fila de pacientes, o tempo de espera, pois esse caminho seria indicativo de avaliação do acesso, da coordenação entre níveis de atenção e da área da gestão do sistema de saúde.

Percebe-se também que são muito utilizados os mecanismos/indicadores por condições traçadoras, como as condições crônicas. Tal fato é compreensível diante do envelhecimento da população e da necessidade de melhor manejo com as condições crônicas advindas desse envelhecimento.

Outro campo da coordenação assistencial, o da gestão da clínica, é bastante trabalhado, pois há a avaliação dos indicadores de acompanhamento, intercorrências e admissões hospitalares em pacientes com hipertensão arterial, diabetes, ICC e demais condições cardiológicas, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), entre outros.

O último componente da coordenação assistencial, a coordenação da informação, está intrinsicamente ligado à coordenação da gestão da clínica, pois propicia e otimiza a comunicação entre os serviços e entre os níveis de atenção, com o uso, por exemplo, de prontuário eletrônico para acesso à história clínica e aos resultados de exames em todos os níveis de atenção. Pode-se inferir, nesse campo, que o uso do prontuário eletrônico único e em rede é primordial para que haja a gestão da clínica.

Assim, a revisão realizada evidenciou que há diferentes instrumentos com objetivos de avaliar diferentes aspectos da coordenação, bem como diferentes perspectivas a serem consideradas, dependendo do nível de gestão que se considera. No entanto, a diferenciação dos componentes da coordenação é fundamental não apenas para compreender os processos estudados, como para elaborar estratégias de intervenção e identificação das diferentes responsabilidades de gestão.

No tocante ao SUS, carece iniciar pela indagação: temos RAS no SUS? Eis um ponto que não foi aprofundado nesta pesquisa, sendo uma perspectiva para pesquisas futuras. Há de se levar em consideração que, para ter RAS, é necessário haver plena organização dos 13 atributos que a compõem, com as responsabilidades bem definidas de cada ente e de cada serviço.

Infere-se que no Brasil não temos de fato RAS, dado o grau de fragmentação que o SUS ainda possui. Podem ser encontradas iniciativas, caminhos, quiçá instrumentos, como o planejamento regional integrado, mas isso não supera a ausência estrutural da rede.

Isso posto, sabemos que é possível avaliar a coordenação assistencial por meio de indicadores. O rol de indicadores pode ser selecionado a partir dos componentes da coordenação assistencial. No entanto, é necessária a discussão aprofundada sobre a disponibilidade de dados nos sistemas de informação do SUS para o cálculo dos indicadores.

Como desafios, temos: a utilização dessa avaliação no SUS, com perguntas — quando, como e quem irá avaliar? —, definição da periodicidade de acompanhamento e definição das metas a serem utilizadas para cada indicador.

Sendo assim, finalizamos o presente estudo com os desafios encontrados na avaliação desse atributo da RAS, mas também com o apontamento de limitações da pesquisa, como o não aprofundamento da factibilidade dos indicadores utilizados nos sistemas nacionais analisados para o uso no SUS, que remetem à necessi-

dade de continuação de estudos sobre avaliação da coordenação assistencial no SUS.

Referências

ALLER, M. B. et al. **Indicadores de coordinación asistencial entre niveles de atención.** Documento de trabalho. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya, 2012. Disponível em: http://www.consorci.org/coneixement/cataleg-de-publicacions/80/indicadores-decoordinacion-asistencial-entre-niveles-documento-de-trabajo. Acesso em: 30 mar. 2022.

ALMEIDA, P. F. et al. Redes Regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4527-4539, 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25562019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6yHMGMLTpgsKDGDZG9QLfqN/. Acesso em: 29 jul. 2021.

ARMITAGE, G. D. et al. Health systems integration: state of the evidence. Research & theory. **International Journal of Integrated Care**, Oxford, v. 9, n. 17, jun. 2009, p.1-11. Disponível em: https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.316/. Acesso em: 29 jul. 2021.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão? Debate. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-30, 6abr. 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200002. Acesso em: 29 jul. 2021.

CELEDÓN, P. G. **Impacto de los mecanismos de coordinación entre niveles de atención en América Latina**: Revisión sistemática. Dissertação (Mestrado em Salud Pública) – Universitat Pompeu Fabra, Barcelona 2016. Disponível em: http://www.consorci.org/coneixement/pt_cataleg-de-publicacions/178/garcia-p-impacto-de-los-mecanismos-de-coordinacion-entre-niveles-de-atencion-en-america-latina-revision-sistematica-tesina-de-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2016. Acesso em: 15 mar. 2022.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In:* HARTZ, Z. M. A. *et al.* (org.). **Avaliação em Saúde**: dos

modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 29-47. *E-book*. Disponível em: https://books.scielo.org/id/3zcft. Acesso em: 16 jul. 2021.

DUAN-POTER, W. *et al*. **Care Coordination Models and Tools**: A Systematic Review and Key Informant Interviews. Washington, DC: Department of Veterans Affairs (US): Evidence Synthesis Program, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566155/pdf/Bookshelf_NBK566155.pdf Acesso em: 15 mar. 2022.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf. Acesso em: 6 jun. 2021.

KUSCHNIR, R. As Redes de Atenção à Saúde: histórico, conceitos e atributos. Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado. *In:* KUSCHNIR, R (org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**: Redes de Atenção à Saúde: Histórico e Conceitos Fundamentais. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015. 2 v. p. 93-110.

KUSCHNIR, R. Coordenação assistencial: enfrentando a fragmentação na produção do cuidado. *In:* KUSCHNIR, R (org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**: Redes de Atenção à Saúde: Histórico e Conceitos Fundamentais. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015. 2 v. p. 131-153

LIMA JUNIOR, I. A. **Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de Planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19350/2/ve_Ivo_Aurelio_ENSP_2016.pdf. Acesso em: 29 jul. 2021.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Debate. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009, p. 771-780. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028. Acesso em: 3 out. 2021.

MCDONALD, K. M. *et al*. **Care Coordination Measures Atlas**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014. Disponível em:

https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination/atlas.html Acesso em: 15 mar. 2022.

MENEU DE GUILLERNA, R. Experiencias de integración clínica: equilíbrio entre gestión de casos y gestión de enfermidades cuando sólo existen enfermos. *In:* REGÁS, P. I. **Integración assistencial**: fundamentos, experiencias y vías de avance. Masson, Espanha: V. Ortún Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, 2005. p. 1-36.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Publicación Científica nº 93. Washington, DC: Organização Pan Americana da Saúde. 1964.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Redes integradas de Servicios de Salud**: Conceptos, Opiniones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 2008.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018, p. 1723-1728. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018. Acesso em: 29 jul. 2021.

POLLACK, C. E. *et al*. Measuring Care Continuity: A Comparison of Claims-based Methods. **Med Care**, Washington DC, American Public Health Association, v. 54, n. 5, p. e30-34, maio 2016. Disponível em: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2016/05000/Measuring_Care_Continuity__A_Comparison_of.19.aspx. Acesso em: 15 mar. 2022.

SILVA SOUSA, F. O. *et al*. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1075-1089, out.-dez. 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711507. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WtyjK8PN8LSVFShC9hYYfrz/. Acesso em: 29 jul. 2021.

SCHANG, L.; WAIBEL, S.; THOMSON, S. **Measuring care coordination**: health system and patient perspectives. Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: LSE Health, 2013. Disponível em: http://eprints.lse.ac.uk/59573/1/__lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Schang%2C%20L_Schang_Measuring%20care%20coordination_2014.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

SCHULTZ, E. M. et al. A systematic review of the care coordination measurement landscape. **BMC Health Service Research**, Londres, v. 13, n. 119, mar. 2013, p. 1-12. Disponível em: https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-119 Acesso em: 15 mar. 2022.

SEGAL, J. B.; DUGOFF, E. H. Building blocks for measuring care coordination with claims data. **Population Health Management**, Nova York, v. 17, n. 4, p. 247-252, ago. 2014. Disponível em: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/pop.2013.0082 Acesso em: 15 mar. 2022.

TERRAZA NÚÑEZ, R. **Coordinación y continuidad**: un marco para el análisis. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Pompeu Fabra, Barcelona, 2004. Disponível em: http://www.consorci.org/media/upload/pdf/publicacions/terraza-nunez-r.-coordinacion-.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

TERRAZA NÚÑEZ, R.; VARGAS, I. L.; VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, Madrid, v. 20, n. 6, p. 485-95, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1157/13096516 Acesso em: 29 jul. 2021.

THOMAS, C. et al. A Systematic Literature Review of Instruments to Measure Coordination. **Journal of Healthcare Management**, Nova York, v. 63, n. 3, maio/jun. 2018, p. e1-e18. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29734285/ Acesso em: 15 mar. 2022.

UIJEN, A. A. et al. Measurement Properties of Questionnaires Measuring Continuity of Care: A Systematic Review. **PLoS One**, São Francisco, v. 7, n. 7, e42256, 2012. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0042256. Acesso em: 15 mar. 2022.

VARGAS LORENZO, I. La coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. **Consorci**, [*s. l.*], 2005. Disponível em: http://www.consorci.org/coneixement/pt_cataleg-de-publicacions/29/vargas-i-la-coordinacion-asistencial-en-dos-organizaciones-sanitarias-integradas-en-cataluna-dea-barcelona-universitat-autonoma-de-barcelona-2005. Acesso em: 15 mar. 2022.

2

OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASFS-AB) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: IMPLANTAÇÃO, AVANÇOS E PERSPECTIVAS

Josiane Ribeiro Silva Medrado
Márcia Silveira Ney

Introdução

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) foram criados em 2008 e instituídos como um arranjo organizacional constituído por uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento. As atividades do Nasf são voltadas à concessão de apoio técnico-pedagógico e/ou clínico-terapêutico às equipes de Saúde da Família (eSF). Por meio do compartilhamento de práticas em saúde nos territórios cobertos pela eSF e com atividades focadas no cuidado integral à saúde dos usuários, o objetivo desses núcleos, desde a sua criação, é ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Primária à Saúde (APS), com vistas ao aumento da resolubilidade neste nível de atenção (Brasil, 2008, 2013).

Desde sua implantação, há 14 anos, as discussões sobre o papel do Nasf no território vêm se constituindo enquanto objeto de indagações e pesquisas, questões que envolvem a composição ideal e o modus operandi para direcionar às práticas dos profissionais, o modelo de financiamento e a formação profissional. A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017 impôs mudanças significativas para a atenção básica. O Nasf passou a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB),

inserindo alterações significativas na lógica da sua concepção e do seu processo de trabalho; ampliou a vinculação às equipes de AB "tradicionais", dificultando na implementação da lógica do apoio matricial, considerando o regime de carga horária dos profissionais dessas equipes e a baixa indução para funcionarem de acordo com atributos e diretrizes observados nas eSF (Brasil, 2017).

Seguindo uma onda de fortes mudanças de contrarreformas políticas e econômicas e atos oficiais sinérgicos, em 2019, foi instituído pela Portaria n.º 2.979 o Programa Previne Brasil, que estabeleceu um novo modelo de financiamento federal para a APS. As transferências intergovernamentais desse programa passaram a se basear em três critérios: a) capitação ponderada, calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária; b) pagamento por desempenho, voltado para o pagamento dos resultados alcançados a partir de um conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP); c) incentivo para ações estratégicas, que contemplam a implementação de programas, ações e estratégias que refletem na melhoria do cuidado na APS.

Tais mudanças nas formas de transferências financeiras alteram de maneira significativa os parâmetros de custeio e manutenção das equipes de Saúde da Família e consequentemente das equipes dos Nasfs, que não estão contempladas em nenhum dos critérios elencados para a garantia de transferência de recursos de custeio.

Nesse mesmo ano, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, foi aprovado pela Resolução SES n.º 1846, o Programa de Financiamento Estadual para a Atenção Primária à Saúde (Prefaps) que visa apoiar a APS dos municípios a partir de transferências financeiras para incentivo à manutenção e expansão das equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (eSB/SF), Consultório na Rua (CnaR), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e Polos de Academia da Saúde (PAS), bem como fomentar a qualidade e o alcance de metas no âmbito da APS.

Na esfera federal, alguns instrumentos normativos foram revogados, dentre os quais, os que definem os parâmetros e custeio dos Nasfs-AB. Em janeiro de 2020, com a publicação da Nota Técnica n.º 3, o Ministério da Saúde deixou de realizar o credenciamento e o financiamento de novas equipes Nasf-AB colocando em risco a manutenção das equipes já credenciadas. A partir deste momento, as gestões estaduais e municipais passaram a ter autonomia na aplicação dos incentivos de custeio federal referente ao novo modelo de financiamento. Nessa perspectiva, os questionamentos que vieram à tona foram se a priorização de outras áreas poderia ocasionar a descontinuidade das equipes Nasf-AB já atuantes, enfraquecendo, dessa forma, a sua atuação global e a própria manutenção desses núcleos já atuantes no sistema de saúde.

Considerando a importância do Nasf para a APS e as mudanças recentes na condução federal desse componente da atenção primária no país, os objetivos desse capítulo são descrever o modelo de gestão e de financiamento dos Nasfs no estado do Rio de Janeiro, suas potencialidades e os desafios no âmbito da PNAB; analisar o histórico de implantação das equipes Nasf no âmbito do estado do Rio de Janeiro, desde a publicação da Portaria n.º 154 de 2008 até 2021; discutir o papel do Prefaps e sua influência para a manutenção e fortalecimento dos Nasfs no estado do Rio de Janeiro.

A orientação do recorte para a pesquisa considerou o período de 2008 a 2021. Tal intervalo justificou-se pela compreensão dos seguintes argumentos: i) pela criação dos Nasfs em 2008 e pelo fato do estado do Rio de Janeiro ter sido um dos estados pioneiros a implantar equipes do Nasf (três equipes em julho de 2008, seis meses após a publicação da portaria de criação dos Nasfs); ii) pelo fato de, em 2019, no âmbito federal, ter ocorrido a alteração da lógica de financiamento do custeio da APS, que incidiu diretamente na manutenção e na expansão de novas equipes multiprofissionais no país e, no âmbito do ERJ, a aprovação do Prefaps com a transferência financeira estadual para as equipes de Saúde da Família, dentre elas, as equipes Nasf-AB; iii) pela disponibilidade

de informações acerca das equipes dos Nasfs-AB no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES/MS), a partir da ferramenta de tabulação de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Tabnet/DataSUS).

O estudo foi organizado nas seguintes etapas para a coleta de dados:

Revisão bibliográfica, realizada nas bases de dados e artigos científicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scientific Eletronic Library Online (SCIELO); levantamento de documentos normativos, tais como portarias, instruções normativas, deliberações e materiais oficiais do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), identificados no Sistema Saúde Legis e nas páginas institucionais do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e da Comissão Intergestora Bipartite (CIB); coleta de dados secundários, referentes ao quantitativo de equipes Nasf implantadas e cadastradas, coberturas de APS e ESF e dados populacionais do ERJ, nos seguintes sistemas de informações oficiais com acesso público e gratuito: IBGE, Tabnet/SES-RJ, e-Gestor AB, SCNES/Tabnet/DataSUS; análise documental, que considerou as normativas que versam sobre as diretrizes nacionais para a atenção básica, a criação e regulamentação dos Nasfs e seu financiamento no âmbito federal e estadual.

Para nortear a análise utilizamos quatro categorias, a saber: nomenclatura, modalidade, papel do Nasf e financiamento e descrição dos resultados.

O Nasf no estado do Rio de Janeiro

De acordo com Melo *et al.* (2018) o período de 2013 a 2018 foi marcado pela expansão das equipes Nasf no país. Em 2013, havia 2.767 equipes implantadas, chegando a 4.288 em 2015, e aumentando progressivamente nos anos posteriores, 4.406 em 2016, 4.886 em 2017 e 5.221 em março de 2018. As categorias profissionais mais frequentes eram: psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas.

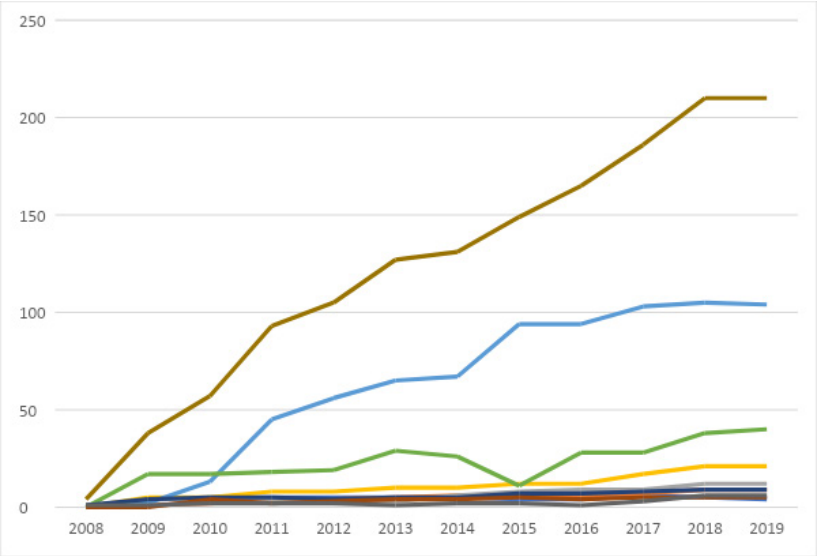
No estado do Rio de Janeiro, a adesão à proposta do Nasf ocorreu desde o ano de publicação da primeira regulamentação federal.

De acordo com os dados disponíveis no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no ano de 2008, quatro equipes Nasf foram cadastradas, sendo três equipes modalidade I e uma equipe modalidade II. Os municípios que deram o pontapé inicial foram: Armação dos Búzios, Belford Roxo, Bom Jesus do Itabapoana e Cachoeiras de Macacu.

No ano subsequente, houve um salto para 39 equipes cadastradas no SCNES, em 16 municípios do estado, abrangendo a totalidade das Regiões de Saúde, exceto a Região Norte. Em 2010, já com a inserção da Região Norte, contamos com a presença de 24 municípios e 57 equipes Nasf no estado do Rio de Janeiro (ERJ). No período entre 2011 e 2016 observou-se um crescimento em relação à implantação das equipes Nasf no ERJ, chegando em 2021 com um total de 225 equipes.

Pode-se considerar que a adesão ao Nasf no ERJ foi satisfatória, uma vez que o número de municípios adeptos e de equipes cresceram significativamente. No entanto, a expansão não se deu de maneira homogênea, resultando em disparidades entre as Regiões de Saúde. As Regiões de Saúde que concentram o maior número de equipes Nasf são a Região Metropolitana I, que tem um destaque exponencial em relação às demais regiões, por conta do município do Rio de Janeiro que concentra um total de 771 equipes de Saúde da Família e 73 equipes Nasf. Depois da Região Metropolitana I, as regiões com maior número de equipes Nasf cadastradas no SCNES são as Regiões Metropolitana II, Médio Paraíba e Centro Sul.

Gráfico 1 – Distribuição de equipes Nasf cadastradas no SCNES, no âmbito das Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2021

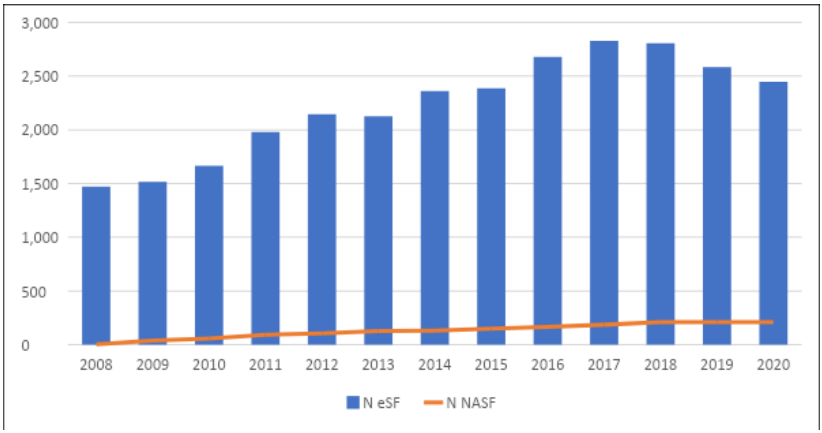


Fonte: Brasil (2021)

No entanto, chama a atenção o número elevado de municípios que compõe a Região Serrana sem equipes Nasf. Considerada a maior região do ERJ em extensão territorial e de municípios que a compõe, dezesseis no total, apenas cinco possuem equipes Nasf, sendo o município de Petrópolis o que concentra o maior número de equipes Nasf na região, com seis equipes.

Ao observamos isoladamente o histórico de implantação do Nasf no ERJ percebemos uma evolução ascendente, mas ao comparar com o histórico de implantação das equipes de Saúde da Família no ERJ (Gráfico 2), percebemos o quanto a implantação dessas equipes precisaria avançar.

Gráfico 2 – Número de equipes de Saúde da Família e equipes Nasf no estado do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2020



Fonte: adaptado de Brasil (2021) e e-Gestor Atenção Básica (2021)

Ressalta-se que a desproporcionalidade entre o número de eSF e equipes Nasf reflete no processo de atenção à saúde e na organização do cuidado, já citada por outros autores, como Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 11), quando afirmam que o Nasf:

> [...] é uma importante estratégia de construção da integralidade e do cuidado ampliado territorializado. Parte significativa de suas responsabilidades consiste em apoiar e articular serviços e equipes nas ações e práticas a serem adotadas no território, atuando de forma a integrar a comunidade, a rede de cuidados e as políticas de outros setores.

No início do processo de implementação do Nasf no estado do Rio de Janeiro a atuação da Secretaria de Estado de Saúde foi relativamente restrita. As ações desenvolvidas no âmbito da SES/RJ foram protagonizadas sobretudo pelas equipes de saúde mental em parceria com a equipe da Superintendência de Atenção Básica voltada para esclarecimentos e apoio aos municípios para a elaboração dos projetos, recebimento e análise das propostas e organização do credenciamento junto à CIB.

De acordo com Patrocínio, Machado e Fausto (2015), a equipe estadual de saúde mental teve destaque nesse processo, realizando um papel de articulação junto aos municípios para incentivar a inserção de profissionais dessa área nos Nasfs. No estudo realizado em 2011 por Patrocínio, Machado e Fausto (2015, p. 112), "observou-se que as categorias profissionais mais frequentes escolhidas no Estado do Rio de Janeiro para os Nasf foram: psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista". O predomínio dessa categoria profissional pode ser explicado em virtude do peso da atuação da equipe de saúde mental da SES.

Em 2020, de acordo com o documento "Panorama" desenvolvido pela equipe da Superintendência de Atenção Primária, não ocorreu mudanças significativas na composição das equipes Nasf no ERJ, sendo os fisioterapeutas a categoria com o maior número de profissionais (277), seguido pelos psicólogos (226), assistentes sociais (180) e nutricionistas (168). As especialidades médicas foram representadas em menor número pelos pediatras (75), ginecologistas (58), psiquiatras (32), veterinários (3) e geriatras (2) (Rio de Janeiro, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde, a razão de equipes Nasf e equipes de Saúde da Família, a depender da modalidade, deveria variar entre uma equipe Nasf a cada duas eSF até o máximo de nove eSF. Entretanto, a realidade dos municípios, principalmente os de maior porte, se afasta significativamente do preconizado visto que o número de equipes Nasf muitas vezes é inexpressivo. Tal quadro também é observado em municípios de pequeno porte. Municípios possuírem 100% de cobertura de eSF não significa terem equipes Nasf suficientes, mesmo nos municípios com menos de 20.000 habitantes. Não são levadas em consideração as disparidades territoriais para a atuação dessas equipes, além de questões de infraestrutura, dificuldades de contratação e logística que por vezes acabam comprometendo o processo de trabalho.

Mudanças na política nacional e o papel da SES-RJ no desenvolvimento dos Nasfs

Pensar na trajetória temporal do Nasf-AB, desde a sua criação até sua conformação atual, nas forças e nos modelos em disputa, faz-se estratégico a fim de identificar e compreender como foi criado esse dispositivo para qualificar a atenção básica e o cuidado no território. Neste intuito, a pesquisa destaca os avanços e desafios que perpassam a sua trajetória no estado do Rio de Janeiro.

No decorrer da implementação deste dispositivo, foram identificadas diversas diferenças no modelo de atuação das equipes e nos tipos de equipes, como apontado no estudo realizado por Tesser (2017). Um dos principais desafios apontados diz respeito a uma suposta oposição entre as concepções do trabalho do Nasf, se prevalece ou a prática assistencial ou a de intervenção pedagógica, como se uma excluísse a outra. Destacamos que esta é uma visão equivocada da proposta, pois a atuação do Nasf deve considerar a coexistência e complementariedade dessas duas dimensões de atuação.

Nesse sentido, podemos atribuir tal quadro ao fato de que as diretrizes formuladas pelo MS deixam uma lacuna de quais são as reais atribuições das categorias que compõem essas equipes, ficando a cargo dos gestores, dos profissionais e da realidade do território o manejo de funcionamento das equipes.

Outro ponto que influencia diretamente esse entendimento é quando ocorre a mudança da nomenclatura destas equipes. Na terceira versão da PNAB, publicada em 2017, o termo "apoio" foi substituído pelo termo "ampliado". Conforme descrito por Brocardo *et al.* (2018, p. 89), "coloca-se em questão o papel do matriciamento e toda a lógica de apoio que era entendida como atividade central, em prol de uma dimensão mais assistencial". Além disso, tal mudança propõe a possibilidade de atuação com as equipes de atenção básica tradicionais, que de acordo com Melo *et al.* (2018, p. 45) "pode ter uma interferência negativa no

seu formato de funcionamento, considerando o regime de cargas horárias previsto para as eAP, bem como a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes na ESF".

O texto da PNAB passa então a "sugerir recomendações", perdendo o caráter indutor e claro que uma política deve ter (Brasil, 2017). De acordo com Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 11):

> Mantém-se a lógica de indução por incentivos específico, mas extinguem-se aqueles incentivos que reforçavam a orientação do modelo e a estruturação do trabalho na lógica territorial e comunitária, como a implantação de equipes de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e Saúde Indígena. Essas modalidades são reinseridas como equipes para registro no SCNES na Portaria nº 99 de 23 de fevereiro de 2020, entretanto, não recuperam o status de estratégias incentivadas pela política federal de financiamento da atenção básica.

Cabe ainda destacar as mudanças para o financiamento das equipes Nasf-AB que impactam toda a atenção básica. Melo *et al.* (2019) apontam em seu estudo sobre as alterações significativas e incertezas para a gestão municipal, já que o fim do PAB fixo compromete o aporte regular de recursos financeiros federais, importante fonte orçamentária para a totalidade dos municípios brasileiros.

A redução das transferências intergovernamentais para a manutenção e a suspensão de recursos financeiros para implantação de novas equipes Nasf vem gerando grande repercussão com implicações que colocam em risco o número de equipes Nasf-AB credenciadas e implantadas. Na nova forma de custeio da APS são considerados a base de cadastros individuais registradas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Consultório na Rua (eCnaR), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), e o desempenho através de resultados em indicadores selecionados.

Nessa perspectiva, a pergunta que não quer calar é: o Nasf-AB acabou? Com a publicação da Nota Técnica n.º 3/2020-DESF/SAPS/MS, fica ainda mais nítido o que já havia sido anunciado na Política Nacional de Atenção Básica de 2017: não há mais nenhum tipo de incentivo e interesse por parte do MS ao *modus operandi* do Nasf-AB e a transferência intergovernamental de recurso financeiro para estas equipes. A partir de agora fica a cargo do gestor local definir se manterá os profissionais nesse ponto de atenção e a qual o formato essas equipes estarão vinculadas, se diretamente às eSF ou apenas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde. No entanto, observa-se ao mesmo tempo nessa nota técnica uma narrativa contraditória, dado que há uma tentativa de dizer que os profissionais que compõem o Nasf são fundamentais para uma atenção primária de qualidade e para o bom desempenho das eSF nos indicadores, conforme trecho descrito no documento:

> A melhoria dos indicadores em saúde, por exemplo, está diretamente relacionada à capacidade resolutiva das equipes, às ações e serviços que ofertam e aos profissionais que a compõem. Dessa forma, quanto mais apropriada for a composição da equipe para resolver os problemas de saúde da população, melhor será o desempenho dessa equipe, caso ela trabalhe de maneira integrada e efetiva (Brasil, 2020, p. 1).

De certo modo, condiz com o objetivo inicial do Nasf que é ampliar a qualidade e resolutividade da Estratégia de Saúde da Família (Tesser; Poli, 2017). As equipes apoiadas pelo Nasf deveriam responder melhor aos problemas e necessidades da população e assim tenderiam a ter melhores desempenho nos indicadores. Com isso, teriam também maior financiamento, o que supostamente justificaria para o gestor local a sua manutenção.

Diante do exposto, consideramos que, na política nacional, o Nasf-AB enquanto estratégia nacional acabou. Entendemos que a construção das políticas de saúde no SUS ocorre principalmente por meio da indução financeira por parte do Ministério da Saúde.

Quando este deixa de destinar um financiamento específico para um tipo de equipe, sinaliza que esta não é mais relevante, ainda mais quando introduz pagamento por desempenho, atrelado aos resultados obtidos por indicadores. Outro fato é que o rol de indicadores estabelecidos para a realização dos pagamentos não dialoga diretamente com a atuação de categorias profissionais que não compõem a equipe mínima da atenção básica.

Ao olharmos para a realidade do estado do Rio de Janeiro, considerando o Prefaps, que financia e incentiva a expansão de novas equipes de Atenção Primária (eSF, eSB, e-Nasf-AB, e-CnaR) e que traz em seu escopo o componente desempenho, com seu rol de indicadores, ainda é muito prematuro pensar em impacto no sentido de manutenção e custeio destas equipes, tendo em vista o pouco tempo de implantação do programa.

Vale destacar aqui que quando foi lançado o Previne Brasil, o Prefaps incluiu as equipes Nasf-AB para serem contempladas. Nesse sentido, há que se considerar que existe um esforço e um reconhecimento da gestão estadual do Rio de Janeiro em financiar a atenção primária, sobretudo essas equipes, que deixam de ser financiadas pelo MS. O Prefaps vem custeando as equipes Nasf-AB com o mesmo valor de referência que eram pagas pelo MS.

No entanto, ao observarmos o Nasf-AB no Prefaps, há um baixo percentual de aplicação de recurso. Isso pode se dar pelo reflexo da conformação dessas equipes no ERJ. Se compararmos o quantitativo de eSF e o número de equipes Nasf-AB, ainda é muito desproporcional.

Vale ressaltar que no período de 2019 a 2020 ocorreram mudanças significativas que refletiram nessas equipes. Prevalece uma tendência em grande parte dos municípios do ERJ de estagnação na implementação de novas equipes. Sugere-se que tal fato se deu muito por conta da nova forma de financiamento, sendo notado nos resultados do Prefaps, em que não ocorreu o pagamento para a expansão de novas equipes Nasf-AB. Pelo contrário, percebemos no decorrer de vigência do Prefaps uma diminuição do número de equipes Nasf-AB, sugerindo reflexos do Programa Previne Brasil.

Retratar o trabalho das equipes Nasf-AB a partir dos sistemas de informações oficiais implementados sempre foi um desafio. A implantação de instrumentos de coleta de dados específicos para a captação do processo de trabalho das equipes Nasf consiste em um grande passo para o aprimoramento e a consolidação do trabalho das equipes na atenção básica (Brasil, 2014).

No ERJ, no âmbito do Prefaps, observa-se que, mesmo com o reconhecimento da importância do trabalho das equipes Nasf e tendo incorporado transferência de recursos financeiros para a manutenção das equipes e incentivo à expansão de novas equipes, não há no Componente Desempenho um indicador que contemple as equipes Nasf-AB, tendo apenas indicadores voltados para as eSF e eSB/SF.

Este fato acaba sendo um limitador por dois motivos: o primeiro, por não ter um indicador específico para as equipes Nasf, que mensure seu trabalho e, por conseguinte, auxilie às gestões municipais no acompanhamento e monitoramento do processo de trabalho, que favoreça o planejamento de ações e estratégias. O segundo seria a ampliação do rol de indicadores, possibilitando aos municípios que possuem Nasf dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelas equipes. Além da perspectiva do alcance da meta para contabilizar para o município no Componente Desempenho, poder propiciar uma expectativa de ampliação do recurso financeiro em mais um componente.

Ao observarmos a série histórica de implantação das equipes Nasf no ERJ, nota-se uma boa adesão do estado à proposta do Nasf, expresso pelo movimento ascendente, sendo o ápice da expansão o período de 2011 a 2016. Tal ampliação foi muito motivada pela expansão tardia da APS no município do Rio de Janeiro, refletindo também no aumento de equipes Nasf. A partir do período de 2017 a 2021 percebeu-se uma redução dessas equipes no estado, efeito da diminuição do número de equipes ocorrida no município do RJ entre 2017 e 2020, período do Governo Crivella, com a reestruturação da APS no município; o reflexo das mudanças ocorridas na PNAB de 2017 e em 2019 com o Programa Previne Brasil.

Cabe ressaltar que, historicamente, o estado do Rio de Janeiro possui uma posição crítica, sobretudo através do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS-RJ), em relação aos movimentos de contrarreformas que assolam as políticas que abrangem cobertura e acesso, incidindo diretamente no financiamento da saúde.

Conclusão

Mudanças importantes foram observadas no escopo da atenção primária ao longo do período entre 2017 e 2021, principalmente para as equipes Nasf, tendo como marco a publicação da PNAB 2017, trazendo à tona questões significativas que afetaram diretamente a compreensão e o funcionamento das equipes Nasf. Em seguida houve a mudança do modelo de financiamento para a atenção básica com o Previne Brasil.

Na contramão desse cenário instaurado pelas mudanças no âmbito federal, na esfera estadual o financiamento da atenção primária surgiu com o intuito de fortalecer e qualificar a APS no ERJ, reconhecendo a importância do papel das equipes que constituem a atenção primária, sobretudo às equipes Nasf, possibilitando uma forma de auxiliar na sua manutenção.

Observou-se que apesar dos esforços da gestão estadual para manter as equipes Nasf, o Prefaps pouco tem influenciado para sua manutenção, sendo necessárias ações de apoio técnico e maior aporte financeiro para garantir que o Nasf possa cumprir seu papel mais abrangente na APS.

Quanto aos limites do estudo, vale assinalar o caráter ainda recente das mudanças investigadas no âmbito do Nasf e das dificuldades de obtenção de dados a partir de 2019, em virtude do esvaziamento de registros nos bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde a partir da desvinculação do financiamento federal por modalidade de equipe. Outro ponto importante foi a escassez de abordagens específicas sobre os reflexos das mudanças impostas pela revisão da PNAB e pelo Programa Previne Brasil no âmbito do Nasf.

Como sugestão para enfrentamento desse cenário, o estudo aponta que a partir do reconhecimento da importância do Nasf e do seu papel no cuidado da população, cabe aos atores envolvidos na gestão municipal contribuírem para o fortalecimento do Nasf de forma engajada, incluindo a manutenção dessas equipes em seu planejamento estratégico e financeiro, dentro de suas possibilidades.

No âmbito estadual, é preciso garantir aos municípios apoio técnico e financeiro, priorizando aqueles que apresentam maiores dificuldades e/ou condições desfavoráveis (menor autonomia financeira, dificuldades estruturais, concentração populacional desproporcional, entre outros).

Como recomendações futuras para novas análises, sugerem-se ainda no âmbito da gestão estadual algumas estratégias para o fortalecimento e manutenção das equipes, sobretudo para as equipes Nasf. A construção da Política Estadual de Atenção Primária com o intuito de fortalecer a APS no estado; a produção de diretrizes estaduais para a implantação, organização e funcionamento das equipes Nasf; a criação de um indicador que mensure o trabalho do Nasf para compor o rol de indicadores do Prefaps, com o objetivo de monitorar essas equipes e, por fim, o incentivo às estratégias de qualificação para as equipes Nasf seriam formas de dar continuidade às questões apresentadas por esse estudo incentivando a produção de novas pesquisas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES**: Equipes de Saúde: Rio de Janeiro. Brasília, DF: Datasus: Tabnet, 2021. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equiperj.def. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39, 1 v.). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013**. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 03/2020 – DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf Acesso em: 15 fev. 2021.

BROCARDO, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 130-144, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109. Acesso em: 1 mar. 2022.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. espec. 1, p. 38-51, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/. Acesso em: 8 abr. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.

Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601. Acesso: 19 jan. 2022.

PATROCÍNIO, S. S. S. M.; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 105-119, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005373. Acesso em: 19 jan. 2022.

RELATÓRIOS Públicos. Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados. Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). **E-Gestor Atenção Básica**, [*s. l.*], [2021]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml. Acesso em: 15 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestora Bipartite. **Deliberação CIB-RJ nº 6.379 de 15 de abril de 2021**. Atualiza o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS) para o ano de 2021. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2021. Disponível em: http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/732-2021/abril/7076-deliberacao-cib-rj-n-6-379-de-15-de-abril-de-2021.html. Acesso em: 15 out. 2021.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939. Acesso em: 19 dez. 2021.

TESSER, C. D.; POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016. Acesso em: 1 mar. 2022.

3

O PROGRAMA PREVINE BRASIL E SEUS POTENCIAIS REFLEXOS NA (RE) ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Dayanne Silva de Lucena
Eduardo Levcovitz

Introdução

A proposta de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 1990, impulsionou o movimento de municipalização da saúde e induziu o esvaziamento do ente estadual, com certa indefinição de seu papel. As normativas da década de 2000, ao enfatizarem a necessidade de se retomar a regionalização e hierarquização na organização do SUS, buscaram também retomar o papel de articulação dos estados.

O estado do Rio de Janeiro fez alguns movimentos nessa década, relacionados à organização da Programação Integrada e Pactuada (PPI), à reafirmação das Regiões de Saúde (RS) e construção de um Plano Diretor Regional (PDR), como reflexo de sua adesão ao Pacto pela Saúde. Em relação à capital, é inegável que seus resultados em saúde, a organização da sua Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, como consequência, do sistema de saúde em seu território, tenham impacto importante no estado como um todo. O peso de ser a antiga capital do país, sua herança histórica tanto na organização administrativa quanto política, associada à proposta de descentralização brasileira e do SUS, fazem com que esse ente tenha desenvolvido uma relação estreita com o ente federal,

deixando o ente estadual muitas vezes à parte da discussão da organização do SUS em seu território.

Apesar de tripartite, grande parte do financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) é feito de forma predominante com recursos federais e municipais. As iniciativas estaduais ainda são pouco documentadas, porém presentes nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia. Ainda que os recursos para a APS sejam insuficientes, observou-se um esforço do ente federal para garantir aporte maior de recursos no período entre 2002 e 2016, refletindo a prioridade desta política. Mesmo com o maior aporte da esfera federal, para dar conta da despesa com a APS os municípios precisam fazer uso de parte importante de seus recursos próprios para financiá-la. A aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016, que congela os gastos em saúde por vinte anos, tende a agravar a situação de subfinanciamento do SUS (Castro; Lima; Machado, 2018b).

Baptista (2007) realizou uma análise das portarias ministeriais publicadas desde a década de 1990 até o ano de 2002 e observou que as normas de financiamento ocuparam lugar de destaque na condução da política de saúde. A autora destacou a relevância da transferência de recursos no processo de condução da política nacional de saúde, ao associar incentivos financeiros à adoção de políticas pelos gestores das esferas subnacionais.

No que tange à Atenção Primária à Saúde (APS), destacamos o papel da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que definiu a responsabilidade tripartite no financiamento da APS. Introduziu o Piso de Atenção Básica (PAB), que era composto por um componente fixo (PAB fixo), calculado de forma per capita, e outro variável (PAB variável) com previsão de transferência de custeio para a implantação e manutenção de equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de agentes comunitários de saúde (PACS) do Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil, 1996).

O PAB fixo foi estruturado como um mecanismo de transferência automática de base populacional. Para seu cálculo, foram

criadas faixas com valores mínimos atribuídos, nas quais os municípios eram classificados de acordo com a análise dos seguintes critérios: o PIB per capita, o percentual da população coberta por plano de saúde, o percentual da população em extrema pobreza e a densidade demográfica. Cada município recebia uma nota que poderia variar de zero a dez (Brasil, 2017).

Ao longo das últimas décadas, observamos mudanças na condução da Política de Atenção Primária pelo governo federal, com reflexos no seu financiamento. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 incorporou novas equipes com o objetivo de ampliar o escopo de ações da APS. Destacam-se a criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), da equipe de Consultório na Rua (eCNR) e das equipes de Saúde Bucal (eSB). (Brasil, 2006). Em 2011, foi publicada a revisão na PNAB e criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que se constituiu como iniciativa para qualificação dos serviços e do processo de trabalho na APS, com adesão voluntária dos gestores e trabalhadores das eSF. O PMAQ-AB teve seu incentivo inserido no escopo do PAB variável, com destaque, mais uma vez, para o papel indutor do financiamento para adesão aos programas da APS (Brasil, 2011).

Ao mesmo tempo, ao longo do último governo de Dilma Rousseff e do de Michel Temer, o financiamento do SUS foi duramente impactado pela Emenda Constitucional n. 95 (EC 95), de dezembro de 2016, que congelou por 20 anos investimentos em políticas sociais e por conflitos no Ministério da Saúde referentes à distribuição de recursos, o que favoreceu a média e alta complexidade em detrimento da APS (Gomes; Merhy, 2020).

A portaria MS n.º 2.979 de 12 de novembro de 2019 apresentou a nova proposta federal para o custeio da APS no país, o programa Previne Brasil, que extinguiu o PAB e estabeleceu que o custeio passasse a ser realizado com base nos seguintes componentes do programa: i) Capitação Ponderada, que prevê transferência por cada usuário cadastrado em uma equipe, seja ela eSF ou equipe

de Atenção Primária (eAP); ii) Pagamento por Desempenho, que prevê transferência atrelada ao alcance de metas dos indicadores propostos pelo MS; e iii) Incentivo a Ações Estratégicas. Os dois primeiros componentes englobam os recursos referentes às transferências do PAB fixo e do PAB variável relacionados às equipes de saúde da família, equipes Nasf e ao PMAQ-AB. O último componente prevê transferências para ações consideradas estratégicas, dentre as quais destacamos as equipes de Saúde Bucal, Consultório na Rua, Agentes Comunitários de Saúde e Informatiza APS, dentre outras.

O objetivo deste capítulo consiste em documentar o processo de transição do modelo de financiamento federal da APS implantado pelo programa Previne Brasil no período 2019-2020 e as iniciativas da SES-RJ e do COSEMS-RJ frente aos potenciais reflexos na (re) organização da APS nos municípios do estado do Rio de Janeiro.

Desenho do estudo e métodos

O estudo proposto para o desenvolvimento da pesquisa foi um estudo de caso de caráter exploratório e descritivo, com a combinação de diferentes métodos de pesquisa, fazendo uso de pesquisa bibliográfica e documental e de dados primários e secundários. A orientação do recorte proposto considerou alguns fatores, como o tempo para sua realização, a pouca produção bibliográfica acerca da nova proposta de financiamento da APS e as limitações relacionadas às informações disponibilizadas nos sistemas oficiais, motivo que nos levará a trabalhar com os componentes I - Capitação Ponderada e II - Desempenho do programa Previne Brasil.

Para discutir as características dos modelos de transferências de recursos federais para o custeio da APS e suas mudanças, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema e levantamento e análise de documentos oficiais publicados pelo governo federal. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de consulta à Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo textos completos publicados nos últimos 20

anos, a partir dos seguintes descritores: financiamento da atenção básica, financiamento da atenção primária à saúde, Previne Brasil, financiamento do Sistema Único de Saúde, normas operacionais básicas e indução financeira no SUS.

Em um segundo momento, com o objetivo de caracterizar os efeitos da mudança do modelo de financiamento federal para a APS além de identificar as principais potencialidades, fragilidades e riscos do modelo de transferência de recursos federais para o custeio da APS do Programa Previne Brasil para a (re)organização da APS nos municípios do estado do Rio de Janeiro, foram levantados dados secundários de bases oficiais, realizado por meio do uso da ferramenta Tabnet da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, que utiliza os dados extraídos dos principais sistemas de informação do SUS. Para o escopo deste trabalho, os dados utilizados são oriundos dos seguintes sistemas: Sistema do Fundo Nacional de Saúde (FNS), Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (SISAB), baseado na plataforma e-GESTOR do Ministério da Saúde e dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Resultados e elementos de discussão

Modelos de transferência de recursos federais para o custeio da APS estabelecidos pela NOB 96 e pelo programa Previne Brasil

Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), o PAB fixo significou um primeiro movimento de rompimento com a lógica do pagamento por produção, vigente até aquele momento. Constituiu-se de algo novo dentro do financiamento do SUS, sendo uma transferência com a lógica do pré-pagamento pelos serviços da APS. O PAB variável, por sua vez, era uma estratégia de indução de modelo para a organização da APS, incentivando a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

A análise realizada por Castro, Machado e Lima (2018b) identificou uma ampliação significativa dos incentivos atrelados ao PAB variável no período entre 2002 e 2016. Em 2002, 12 incentivos eram atrelados a esse componente; já em 2016, eram 25 incentivos, sendo os mais relevantes aqueles relacionados às equipes de Saúde da Família, à Saúde Bucal, aos Agentes Comunitários de Saúde e ao PMAQ. As autoras também ressaltam o papel indutor do ente federal que, por meio desses incentivos, estimulava a adesão a determinadas políticas e regras produzidas pelo Ministério da Saúde. As transferências eram calculadas por tipo de equipe e repassadas mensalmente fundo a fundo.

A atualização da PNAB, em 2017, apresentou como destaque a possibilidade de financiamento de equipes de atenção básica (eAB), compostas apenas por médico e enfermeiro e a possibilidade de ter apenas um ACS na equipe de saúde da família. Segundo Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020), a possibilidade de financiamento para a implantação de eAB não se refletiu em aumento do cadastramento destas equipes. A maioria dos gestores municipais (75%) continuou preferindo a modalidade de eSF na organização da atenção básica nos seus territórios.

No mesmo período de modificação da PNAB, o MS publicou a Portaria de Consolidação n. 6, editada em 2017, que alterou a regulamentação dos Blocos de Financiamento do SUS da Portaria MS n. 204/2007, que passam a ser dois blocos: um de custeio, denominado "Bloco de Custeio das Ações e Serviços de Saúde"; e outro para investimento, denominado "Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde". Os recursos de custeio previstos estão destinados à manutenção da prestação de ações e serviços e ao funcionamento de órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços de saúde. Os recursos de investimento estão atrelados à aquisição de equipamentos e obras. Ambos os recursos transferidos pela União deverão ser aplicados nas ações e serviços dos blocos relacionados.

O ano de 2019 teve como destaque, no primeiro semestre, a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS). Segundo Gomes e Mehry (2020), a criação da SAPS/MS seria um retrocesso, uma vez que as restrições orçamentárias oriundas da EC 95 ou de deliberações específicas geraram um conflito distributivo sobre a alocação de recursos entre as diferentes áreas do MS. Isso poderia desfavorecer a APS em detrimento de áreas ou setores relacionados à média e alta complexidade, de maior interesse da iniciativa privada e de dependência financeira do SUS para manter sua sustentabilidade.

As principais medidas do MS a partir de 2019 relacionadas à APS, foram: I - a criação do Programa Médicos para o Brasil (PMB); II - a aprovação da carteira de serviços da APS; III - a mudança da proposta de financiamento; IV - a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), com o objetivo de realizar a seleção e contratação de profissionais para o PMB (Gomes; Merhy, 2020).

Massuda e Pinto (2020) afirmam que a capitação, utilizada como instrumento de pagamento, pode apresentar algumas vantagens como a adscrição de clientela, fortalecimento de vínculo e responsabilidade sanitária sobre determinada população. Já as desvantagens associadas a essa modalidade de financiamento são a seleção de pacientes e a criação de barreiras de acesso para usuários que são hiper utilizadores do sistema de saúde. Outra questão relacionada ao cadastro dos usuários para a garantia de transferência de recursos da APS trata das diferentes realidades dos municípios do país no que se refere à capacidade instalada, o que pode resultar em redução de recursos da APS para as regiões mais necessitadas e carentes.

A absorção pelo componente Capitação Ponderada dos recursos do PAB variável referentes ao custeio das eSF e eAP, do incremento para contratação de gerentes nas unidades básicas de saúde (UBS) e das equipes de Nasf-AB provoca uma reflexão sobre a descontinuidade dos processos relevantes para a organização da

APS, relacionados à continuidade do cuidado. Para a realização do cadastro, as equipes da APS (eSF ou eAP) terão que organizar seu processo de trabalho com foco no alcance do teto de cadastros previstos por equipe, com o objetivo de evitar a perda de recursos financeiros para a APS.

A substituição proposta pelo Previne Brasil do PMAQ-AB pelo componente de Pagamento por Desempenho, mesmo que com a "roupagem" de incentivo à qualidade, tem um caráter claramente direcionado ao pagamento por resultado alcançado e, como consequência, todas as limitações previstas para esta forma de remuneração.

O financiamento da APS no estado do Rio de Janeiro em 2019 e 2020

O estado do Rio de Janeiro, segundo estimativas do IBGE, possui extensão territorial de 43.750,426 km² e população estimada, para o ano de 2020, de 17.366.189 habitantes; seu IDH é de 0,761 e a renda média mensal familiar de R$1.723,00. O estado do Rio de Janeiro está conformado por nove Regiões de Saúde (RS), a saber: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Norte, Noroeste e Serrana. A maior parte da população do estado do Rio de Janeiro se concentra nas regiões Metropolitana I e Metropolitana II, onde vivem, respectivamente, 60,70% e 12,27%. O restante da população estadual, 27,03%, está distribuída nas outras sete RS. Quando olhamos para a distribuição da população no território do estado/RS, verificamos a relevância dos resultados da cidade do Rio de Janeiro e das regiões metropolitanas para o alcance, no âmbito estadual, de resultados satisfatórios dos indicadores de saúde.

Desde a publicação da portaria que regulamentou o programa Previne Brasil, em 2019, os municípios do estado começaram a se organizar para alcançar os patamares de cadastro propostos pelo Ministério da Saúde, relacionados ao componente de capitação ponderada. Observou-se aumento relevante no número de

cadastros individuais no estado, que no terceiro quadrimestre de 2020 chegaram a 7.962.570 cadastros realizados, segundo o SISAB, refletindo o esforço dos municípios em desempenhar essa tarefa.

Nos anos de 2018 e 2019, as transferências para custeio da APS aconteceram na lógica do PAB fixo e PAB variável. A instalação da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em fevereiro de 2020 resultou em sucessivas prorrogações dos componentes de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho do Previne Brasil no ano de 2020. Assim durante o ano de 2020, as transferências referentes à APS realizadas para os municípios do estado do Rio de Janeiro não sofreram redução em seus valores. Não houve, no âmbito do estado, redução das transferências financeiras, em parte por conta da prorrogação das regras de transição do Previne Brasil em 2020 (Brasil, 1996, 2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2020e, 2020f).

O ano de 2019 foi usado como referência para verificar as transferências dos componentes fixo e variável do Piso de Atenção Básica para as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, iniciando pela apresentação da classificação dos municípios de acordo com as faixas do PAB fixo. Podemos observar que em oito das nove regiões de saúde do estado, a transferência referente ao PAB variável compõe a maior parte do montante total do Piso de Atenção Básica para o ano de 2019; a exceção se dá na Região Norte, onde o PAB fixo contribui com a maior parte da transferência. O município de Campos dos Goytacazes, o maior da Região Norte, é o responsável por causar essa inversão na composição da transferência da região, reflexo da baixa cobertura populacional por eSF. O município de Duque de Caxias apresentou o mesmo comportamento observado no município de Campos dos Goytacases causada pelo baixo número de eSF implantadas. Em Nova Iguaçu e no Rio de Janeiro as transferências referentes ao PAB variável correspondem a mais de 60% do valor global do PAB repassado em 2019. Em São Gonçalo, o valor da transferência do PAB variável é quase o dobro do recebido no PAB fixo no mesmo período.

Somadas as transferências de custeio referentes às eSF, às eAP e aos Nasfs-AB, verifica-se o quanto estes componentes contribuem no montante final do PAB variável: no estado do Rio de Janeiro, eles contribuem com 57,54% do valor total relativo à APS. A região onde se observa a maior contribuição destes componentes no montante final é a Metropolitana I, com 62,03%, seguida pela Centro-Sul, que atinge 55% do montante composto por essas equipes. Na Região Metropolitana II, observa-se o menor percentual de contribuição dessas equipes na composição do PAB variável, com percentual de 48,07%. Na Região Norte, observa-se um percentual de 48,91% — ambos abaixo de 50%. Nas demais regiões do estado, a contribuição destas equipes na composição do PAB variável oscilou entre 53,56% e 54,24%

No ano de 2020, a maior fatia da transferência do programa Previne Brasil para os municípios das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro era referente ao componente de Capitação Ponderada. Em sete regiões de saúde, o segundo montante mais importante relativo à APS diz respeito às ações estratégicas, e nas regiões Centro-Sul e Norte chama atenção o valor do fator transitório de compensação.

Em janeiro de 2020, foram publicadas duas portaria pelo MS, a Portaria nº 172/2020, com os valores per capita de transição para municípios que apresentaram a manutenção de valores ou acréscimo ao aplicarmos as regras de financiamento do programa Previne Brasil, onde se encontram contemplados 84 municípios do estado e seus valores com base na população IBGE do ano de 2019; e a Portaria nº 173, que contempla os municípios que apresentam decréscimo quando aplicadas as novas regras do financiamento da APS. Nessa portaria, estão contemplados os municípios de Areal, Barra do Piraí, Campos dos Goytacazes, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul e Paty do Alferes para o recebimento de um recurso denominado "incentivo financeiro de transição" durante todo o ano de 2020.

O componente de Capitação Ponderada contribuiu com mais de 50% ao montante das transferências federais para os municípios

do estado do Rio de Janeiro. Na Região Metropolitana II, observou-se a maior participação deste componente, com 67%. A única região de saúde onde este componente contribuiu com menos de 50% dos recursos destinados à APS foi a Centro-Sul, com 48%.

Os componentes Pagamento por Desempenho e o per capita de Transição participaram da composição das transferências federais para APS no estado do Rio, com 9,75% e 9,01%, respectivamente. Destaque para a regiões da Baía da Ilha Grande, onde o componente Pagamento por Desempenho apresentou maior contribuição, 14,45%. A região onde este componente representou a menor participação foi a Norte, com 5,78%.

No estado do Rio de Janeiro, um movimento sinérgico foi iniciado pelo COSEMS-RJ e pela SAPS/SES, no sentido de compreender como a nova proposta de financiamento da APS impactaria nos recursos a serem destinados aos municípios do estado em 2020. Nesse sentido, foi criado um grupo de trabalho, com representantes das duas estruturas, para a discussão do Previne Brasil, que permanece ativo. Uma das iniciativas mais importantes deste grupo se deu com a confecção de notas técnicas, que começaram a ser produzidas ainda em 2019 para apoiar os municípios do estado na transição do financiamento federal da APS.

A Nota Técnica n.º 02/2019 aprofundou a discussão, à luz da portaria recém-publicada do Previne Brasil, do componente Capitação Ponderada. Os cenários apresentados, mesmo incluindo as regras de transição, demonstravam a necessidade de ajustes no programa para evitar que os municípios sofressem perdas de recursos. Esse documento foi amplamente divulgado e o estudo apresentado em encontro realizado com a representação dos municípios, academia, estado e MS, na SES-RJ em 18 de outubro de 2019.

Conclusões – lições aprendidas e recomendações:

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação, com a Constituição Federal de 1988, tem o desafio de organizar a assis-

tência à saúde de forma universal, hierarquizada e regionalizada, com garantia de assistência integral à saúde. Com a intenção de operacionalizar essa organização, foram publicadas normativas com a descrição das responsabilidades dos entes federativos relacionadas ao financiamento, à coordenação das ações e serviços de saúde e à operacionalização dos componentes do sistema.

O Bloco da Atenção Básica era composto pelo PAB fixo e variável, que representaram um forte movimento de descentralização de recursos federais para impulsionar a reorganização da APS em todo o território nacional. Após duas décadas da transferência do binômio do PAB fixo/variável, observou-se uma ampliação mais significativa do componente variável, atrelado à adesão a programas específicos, do que do componente fixo. O PAB variável, apesar de diminuir um pouco a autonomia dos municípios, permitiu a indução de estratégias importantes para a qualificação e expansão da atenção básica, favorecendo a desconcentração de serviços com a implantação de equipes de Saúde da Família, de Nasf e Saúde Bucal, por exemplo (Castro; Lima; Machado, 2018a).

Massuda e Pinto (2020) argumentam que o momento de austeridade vivido no país a partir de 2016, com a redução de recursos para a saúde e para a APS, e a grave situação fiscal situação dos municípios foram determinantes para a aprovação em 2017 de uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com mudanças muito significativas, permitindo a flexibilização na composição das equipes da APS, a redução de carga horária e dos de requisitos mínimos de profissionais para cobrir a população de determinado território.

No ano de 2019, frente ao agravamento da crise financeira do país, foi apresentada pelo MS a nova proposta de financiamento para a APS, o programa Previne Brasil, que segundo o MS teve como referência o modelo inglês, porém, diferentemente do ali previsto, que trabalha com a adscrição de clientela e avaliação de desempenho para o pagamento dos prestadores, no Brasil, algumas distorções são apresentadas. A proposta de capitação ponderada diverge da adscri-

ção do modelo inglês na não possibilidade de o usuário ter escolha sobre sua equipe de preferência para a vinculação. O componente de Pagamento por Desempenho, que é o modelo de financiamento da avaliação de desempenho do programa Previne Brasil, é proposto para a realização de transferências intergovernamentais, e não para o pagamento direto de prestadores. Essa distorção é produto da diretriz de descentralização do SUS, em que o gestor municipal é operador dos serviços de APS, e, portanto, o responsável pela prestação/contratação dos mesmos em seu território (Massuda; Pinto, 2020).

A incorporação no componente Capitação Ponderada do Previne Brasil do custeio referente às equipes Nasf, ao invés de tornar essa equipe um componente estratégico — como, por exemplo, foi feito com as eSB ou eCNAR — é uma clara escolha pela descontinuidade do processo de aumento da resolutividade, da educação permanente e da gestão do cuidado na APS. A proposta vem apresentada como um processo de autonomia dos gestores locais, que podem optar ou não pela inclusão de determinados especialistas nas unidades básicas de saúde para realizar atendimento aos usuários. Nessa lógica, perdem as equipes e seus usuários, que, para terem contato com determinados especialistas da saúde, antes possível com a realização de interconsultas, na possibilidade do matriciamento e discussão de casos, passam a ter a necessidade de buscar uma consulta especializada na "engarrafada" Média Complexidade.

O modelo de pagamento por desempenho se caracteriza como remuneração ajustada de acordo com o desempenho alcançado pelos prestadores, geralmente associado a outra modalidade de pagamento. Para sua mensuração, são usados indicadores, que podem ser de processo, resultado, quantitativo ou qualitativo. Seu principal objetivo é a redução dos custos globais, além do aumento da qualidade e efetividade dos serviços de saúde ofertados (ANS, 2019).

Dentre as críticas associadas ao uso dessa modalidade de remuneração, uma tem relação com o fato de esse modelo não garantir necessariamente que os serviços ofertados sejam apro-

priados para determinado paciente, já que os indicadores acompanhados são definidos para determinado público-alvo, e não de forma individualizada. Outras críticas são relacionadas ao fato de o prestador ser remunerado mesmo quando o serviço individual prestado não corresponde à qualidade esperada para o paciente, além de não estimular a continuidade de melhorias, uma vez que as metas mínimas estabelecidas sejam alcançadas (ANS, 2019).

Com a pandemia de Covid-19, o papel estratégico para a organização do SUS da APS, principalmente no que diz respeito a sua capilaridade, foi evidenciado possibilitando cuidado, acompanhamento e monitoramento, feito inclusive muitas vezes de forma remota, de casos leves e seus contatos, além da realização de testes rápidos e sua importância para a realização da imunização contra a Covid-19 em todo o território nacional.

As equipes da SAPS/SES e COSEMS-RJ voltaram seus esforços em 2020 para apoiar os gestores municipais na organização dos processos de trabalho da APS para esta situação excepcional. A Nota Técnica nº 08/2020 do COSEMS-RJ apresentava que, diante do contexto pandêmico, foi imposta a necessidade de reorganização da APS, o que influenciou de forma direta na diminuição do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de usuários que apresentavam condições crônicas não agudizadas, bem como a busca pela realização de procedimentos como exames e imunização. Também destacou o fato de o método de cálculo dos indicadores ser individualizado e com base nos cadastros válidos, que naquele momento ainda apresentava fragilidades em vários municípios. Outra preocupação foi referente à temporalidade dos indicadores, que consideram os 12 meses anteriores, com a exceção do indicador de cobertura de exame citopatológico, que tem uma temporalidade de 36 meses, o que, para a competência de 2021, utilizaria como referência os anos de 2018, 2019 e 2020, sendo que este último se mostrou extremamente atípico (COSEMS-RJ, 2020b).

A mesma nota apontava que as dilações referentes ao Previne Brasil foram realizadas em prazos exíguos, o que dificultava

a organização dos municípios. Apresentaram, ainda, algumas propostas para o ano de 2021, já considerando que a pandemia ainda teria reflexos importantes no ano seguinte, o que exigiria maior dilação de prazos para permitir a organização dos municípios para se adaptarem às regras propostas.

Mesmo com toda a excepcionalidade de 2020, que foi marcado pela extensão, bem-vinda, dos prazos previstos, foi possível vislumbrar como teria sido essa mudança para o estado do Rio de Janeiro, já que podemos olhar para os resultados numéricos alcançados em 2020 nos componentes de Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho, que não se refletiram em perda de recursos. Ao observar a trajetória ditada pelas normas federais, o papel do financiamento federal aparece como estratégico para a indução de modelo de organização da APS no país, fato que se reflete no estado do Rio de Janeiro.

É sabido que novas adequações foram necessárias e realizadas pelo MS referentes às regras do Previne Brasil ao longo de 2020 e 2021, o que, de certa forma, pode demonstrar que esta proposta de financiamento para a APS ainda se encontra em um momento inicial e possivelmente ainda passará por reformulações até chegar ao seu formato maduro. Entender o papel desta proposta e sua influência real, seja ela direta ou indireta, na organização da APS nos territórios municipais do estado, considerando que ela ainda não está implantada de fato, uma vez que os municípios ainda estão recebendo os valores máximos dos componentes Capitação Ponderada e Pagamento por Desempenho, não será possível neste momento.

Referências

ANS. **Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor**. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf Acesso em: 20 abr. 2022.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a conduta da política de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, mar. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/sfVqXGmF69z6mShpcfyVPDf/ Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.203, de 6 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 45, 19 jul. 2011.

BRASIL. **Portaria de nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017**. Atualiza a base populacional para o cálculo do montante de recursos do componente do Piso de Atenção Básica Fixo PAB Fixo da Portaria 1409/GM/MS, de 10 de julho de 2013 e do Anexo I; e altera o anexo II. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de dezembro de 2017. Disponível em: https://in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1487090/do1e-2017-12-29-portaria-n-3-947-de-28-de-dezembro-de-2017-1487086. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 29, de abril de 2020**. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência

de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-29-de-16-de-abril-de-2020-252790187. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020**. Estabelece o pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil considerando o resultado potencial de 100% (cem por cento) do alcance dos indicadores por equipe do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, diante do contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/07/portaria1740.pdf Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 42, de 16 de julho de 2020**. Prorroga o prazo da Portaria nº 29/SAPS/MS, de 16 de abril de 2020, para dispor sobre o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-42-de--16-de-julho-de-2020-267269837. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 47, de 28 de agosto de 2020**. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios constantes no Anexo da Portaria nº 172/GM/MS, de 31 de janeiro de 2020, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020e. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-47-de-28-de-agosto-de-2020-274962801. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 59, de 26 de outubro de 2020**. Prorroga o prazo da etapa de transição da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, referente à Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12

de novembro de 2019, para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária do Distrito Federal e municípios, considerando o contexto da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020f. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-59-de-26-de-outubro-de-2020-285017450. Acesso em: 18 jul. 2020.

CASTRO, A. L. B.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Financiamento da atenção básica no SUS. *In:* Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco (Rede APS) **Texto preparatório para o Abrascão 2018**. De Alma Ata a estratégia de Saúde da Família: 30 anos de APS no SUS – Avanços, desafios e ameaças. 2018a. Disponível em: https://redeaps.org.br/biblioteca-digital/documentos-preparatorios-seminario-de-alma-ata-a-estrategia-saude-da-familia-30-anos-de-aps-no-sus-avancos-desafios-e-ameacas/8800/. Acesso em: 15 jul. 2021.

CASTRO, A.L.B.; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In:* MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018b. p. 73-93.

CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Nota Técnica COSEMS RJ nº 08/2020**. Alinha análises e propostas de encaminhamentos acerca do Programa Previne Brasil. Rio de Janeiro: COSEMS-RJ, 2020b. Disponível em: http://www.cosemsrj.org.br/nota-tecnica-cosems-rj-no-08-2020/. Acesso em: 10 abr. 2021.

GOMES, C. B. S.; GUTIERREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1337, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?lang=pt&format=pdf Acesso em: 10 jun. 2021.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Atenção Básica no olho do furacão. *In:* AKERMAN, M *et al.* (org.). **Atenção básica é o caminho!** Desmontes, resistên-

cias e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS: Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. 2 v. p. 38-47.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política Nacional nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2001.v6n2/269-291/ Acesso em: 20 ago. 2021.

MASSUDA, A.; PINTO, H. A. Financiamento da Atenção Primária à Saúde brasileira: avanços, desafios e ameaças. *In:* AKERMAN, M *et al.* (org.). **Atenção básica é o caminho!** Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS: Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. 2 v. p. 48-62.

4

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER INDÍGENA E QUILOMBOLA EM NORMATIVAS DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Bernardo Giecht Rodrigues Costa
Martinho Braga

Introdução

A violência é uma questão multissetorial que está presente em toda a história humana e perpassa todas as sociedades. A partir do fim da década de 1980 e início dos anos 1990, as organizações oficiais de saúde (Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde) iniciam a inclusão do tema da violência na saúde (Minayo, 1994; Souza, 1993).

Nesse contexto, no ano de 1993, a Organização Pan-Americana de Saúde lança uma resolução em que entende que há um aumento da violência na região das Américas e que esta tem consequências que atingem diretamente o setor saúde, sendo necessárias alterações em serviços de emergência e de reabilitação (OPAS, 1993). O mesmo documento indica ainda a necessidade de atenção especial a grupos que são entendidos desde aquele momento como vulneráveis, as crianças, adultos jovens, idosos e mulheres. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde produz o Relatório Mundial de Violência e Saúde, tornando público e mundial o confronto a este agravo no setor (Schraiber, 2006; IBGE, 2020).

A violência contra a mulher em comunidades indígenas e quilombolas é um tema importante cujos estudos são escassos.

No estado do Rio de Janeiro existem três territórios indígenas homologados pela união, nas cidades de Angra dos Reis e Paraty. No entanto, existem cerca de oito aldeias espalhadas pelo estado, sem homologação federal. A homologação federal realizada por decreto presidencial é o último estágio jurídico de um processo moroso e longo que garante a posse do território aos indígenas em determinado local (IBGE, 2020).

O estado do Rio de Janeiro possui cerca de 52 comunidades quilombolas e dentre estas apenas quatro estão efetivamente tituladas, pois como a titulação é dependente de dois órgãos federais distintos, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e da Fundação Cultural Palmares (FCP), tal processo pode ser muito longo e demorar muitos anos. As comunidades tituladas se encontram nas cidades de Paraty, Cabo Frio e Mangaratiba. Este capítulo apresenta um estudo que leva em consideração apenas as terras tituladas no estado, que contam com uma população de aproximadamente 3.307 indivíduos (IBGE, 2020).

O acesso à saúde de populações indígenas é garantido pela Lei nº 9836, de 23 de setembro de 1999 (Lei Arouca) que acrescentou dispositivos à Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) ao instituir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Tal subsistema deveria ter abordagem diferenciada e global, contemplando diferentes aspectos da assistência à saúde indígena tais como nutrição, saneamento básico, meio ambiente, e passava a ter como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (Brasil, 1999).

Os DSEIs promovem ou facilitam o acesso à saúde apenas de populações que se encontram em territórios homologados. Os municípios que possuem população indígena em situação diferente se tornam os responsáveis pelo acesso à saúde desta, com auxílio da secretaria de estado de saúde.

No estado do Rio de Janeiro, a organização da saúde indígena é feita pelo DSEI Litoral Sul, que possui sede na cidade de Curitiba, no Estado do Paraná. O estado possui um polo base do DSEI localizado na região de Angra dos Reis.

O acesso à saúde de populações quilombolas ou populações remanescentes de quilombos, como podem ser denominados tais territórios, é realizado pela atenção básica de cada município conforme especificidades contidas na Política Nacional de Atenção Básica. Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica estabelecia inicialmente que cada município com população quilombola em seu território receberia um recurso financeiro complementar aos demais componentes da atenção básica, denominado "Compensação de Especificidades Regionais" (CER) (Brasil, 2012).

Porém, desde o ano de 2018, a partir da Portaria nº 2436 de 2017, as regras adotadas diferem, sendo que as populações quilombolas não são mais diferenciadas enquanto específicas tais como as populações ribeirinhas da Amazônia Legal e populações pantaneiras, a população em situação de rua e as pessoas privadas de liberdade. Assim, são enquadrados como parte da população dos municípios em que se encontram sem diferenciação e sem recursos específicos por parte do governo federal (Brasil, 2012).

A secretaria de estado de saúde do Rio de janeiro também mantém a coordenação de serviços de saúde referentes a comunidades tradicionais indígenas e quilombolas em seu território através do Grupo de Trabalho de Saúde da População do Campo e da Floresta (Costa, 2022).

Esse grupo de trabalho é composto pela Superintendência de Atenção Primária, a Assessoria Técnica de Humanização, a Assessoria de Gestão Estratégica e a Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde. O estado do Rio de Janeiro atende dessa forma ao constante da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (instituída através da Portaria GM/MS 2866/2011) (Brasil, 2011).

Tal grupo realiza parte do processo de gestão da saúde de populações quilombolas e indígenas através de ações de auxílio às comunidades presentes nos municípios, independente de estas serem homologadas ou tituladas. Essas ações envolvem principalmente a atenção primária local e os Núcleos de Apoio à Saúde

da Família (Nasfs), realizando ações provocadas por parte local, ou seja, pontuais e solicitadas pelas equipes de atenção primária ou comunidade, ou ainda ações educativas de maneira ativa (Costa, 2022).

O grupo de trabalho auxilia em situações pontuais de violência contra a mulher, em especial apoiando equipes de atenção primária locais ou atenção hospitalar, no entanto, ações específicas constantes aos procedimentos em documentos oficiais e protocolos a serem utilizados no suporte a populações minoritárias indígenas e quilombolas não foram encontrados, situação que difere da pesquisa referente à população majoritária.

Portanto, a partir da proposta de identificar as populações indígenas e quilombolas do estado do Rio de Janeiro, que parecem estar invisíveis na sociedade fluminense tão urbanizada, associada a um tema delicado como a violência contra a mulher na esfera do estado do Rio de Janeiro, chegou-se ao centro de uma pesquisa a respeito de uma realidade que precisava ser entendida e divulgada.

Para tanto, foi feita a identificação das formas pelas quais os municípios do estado do Rio de Janeiro abordam a violência contra a mulher em populações indígenas e quilombolas através de suas normativas oficiais. A contextualização das legislações federais e estaduais foram apresentadas a fim de entender como as mudanças legislativas nacionais tem influência sobre as subnacionais.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa qualitativa dividida em uma fase exploratória e outra fase para realização do tratamento e estudo do material encontrado. A fase exploratória consistiu na formação de uma base que possibilitasse a elaboração de um arcabouço teórico a partir do reconhecimento de normativas oficiais do governo brasileiro referentes à violência contra a mulher, do estado do Rio de Janeiro e alguns municípios pertencentes a este último.

Dessa forma, a construção de um levantamento histórico de normativas que partem do ano de 2006, com a promulgação da Lei n.º 11.340 (Lei Maria da Penha), mostrou-se capaz de demonstrar as transformações legislativas referentes à violência contra a mulher e a interação dessas com populações quilombolas e indígenas em diferentes âmbitos no território nacional.

Conforme citado previamente, foram identificados os municípios que possuem populações quilombolas em seu território, cujas terras são tituladas, e/ou indígenas aldeados cujos territórios foram homologados pela União. Os municípios que fazem parte do estudo são quatro: Angra dos Reis, Cabo Frio, Mangaratiba e Paraty.

Portanto, trata-se de uma pesquisa qualitativa e de caráter exploratório, de forma que foi realizado o levantamento do objeto de estudo, as legislações federais, do estado do Rio de Janeiro e quatro municípios. O recorte temporal parte do ano de 2006 até o ano de 2021 e a investigação foi feita por via eletrônica, utilizando a rede mundial de computadores, em consultas aos endereços eletrônicos que servem como depositório de legislações nos casos do governo federal e estadual e das câmaras legislativas dos municípios. Todos os endereços estão demonstrados no quadro a seguir:

Quadro 1 – Depositórios de normativas federais, estaduais e municipais

LEGISLAÇÃO	ENDEREÇO ELETRÔNICO
Governo Federal	http://www4.planalto.gov.br/legislacao/
Governo estadual – Rio de Janeiro	https://gov-rj.jusbrasil.com.br/
Governo municipal – Angra dos Reis	https://www.angradosreis.rj.leg.br/
Governo municipal – Cabo Frio	https://cabofrio.rj.leg.br/
Governo municipal – Mangaratiba	https://www.mangaratiba.rj.leg.br/
Governo municipal – Paraty	https://paraty.rj.leg.br/site/

Fonte: o autor (2022)

Resultados

Observou-se que as legislações referentes à violência contra a mulher promulgadas pelo ente federal possuem textos generalizados, sem a menção de populações específicas. Essa característica seria mais relevante nas legislações produzidas por estados e municípios?

Normativas federais e do estado do Rio de Janeiro

A promulgação da Lei n.º 11.340/2006, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, é um ponto importante em relação à violência contra a mulher na legislação brasileira; porém, o conceito de violência doméstica, amplamente utilizado em texto ao longo da normativa, é colocado de maneira imprecisa.

A violência doméstica é a tipificação da violência que ocorre no âmbito da residência, geralmente no meio familiar, quando a vítima possui algum vínculo íntimo com o agressor, enquanto a violência contra mulher é entendida como um evento que pode ocorrer em quaisquer contextos, considerando suas particularidades regionais, culturais e de etnia, por exemplo, além daquilo que se entende pelas relações de sexo, gênero e poder (Costa, 2022).

O Quadro 2 apresenta algumas normativas federais e estaduais referentes à violência contra a mulher, consideradas de caráter mais importante para a continuidade da pesquisa. A disposição do quadro confere o reflexo subnacional que as legislações estaduais possuem em referência às nacionais.

Quadro 2 – Normativas federais e estaduais referentes à violência contra a mulher

NORMATIVAS FEDERAIS	NORMATIVAS ESTADUAIS
Lei n.º 11340/2006 - Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...] (Brasil, 2006).	Lei n.º 6457/2013 - Institui a política estadual para o sistema integrado de informações de violência contra a mulher no estado do rio de janeiro (Rio de Janeiro, 2016). Lei n.º 7882/2018 - Autoriza o poder executivo a criar o programa de capacitação de agentes de saúde para viabilizar o conhecimento da lei Maria da penha e dá outras providências (Rio de Janeiro, 2018).
Decreto n.º 7393/2010 - Dispõe sobre a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 (Brasil, 2010).	Lei n.º 6961/2015 - Dispõe sobre a divulgação do serviço de disque-denúncia nacional de violência contra a mulher e do SOS Mulher da ALERJ, no âmbito do estado do rio de janeiro (Rio de Janeiro, 2015).
Lei n.º 13.104, de 9 de março de 2015 - Altera o art. [...], para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio (Brasil, 2015).	
Decreto n.º 9586/2018 - Institui o Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres e o Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica (Brasil, 2018).	Decreto n.º 9906/1987, Lei n.º 2837/1997 – Cria o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher – CEDIM/RJ e dá outras providências (Rio de Janeiro, 1997).

Fonte: o autor (2022)

A Lei nº 11340/2006 possui passagens relevantes, como o artigo 9º, que admite o caráter multidisciplinar na assistência à violência contra a mulher:

> A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma arti-

> culada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública [...] (Rio de Janeiro, 2016).

Dessa forma, admite-se a relevância do setor saúde na pauta. A normativa apresenta ainda medidas que devem ser adotadas de maneira compulsória pela União, Distrito Federal, estados e municípios, dentre as quais vale destacar a promoção de estudos e pesquisas, estatísticas com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia, a implementação de atendimento policial especializado para as mulheres, a promoção de programas educacionais que disseminem valores éticos de irrestrito respeito à dignidade da pessoa humana com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia (Brasil, 2006).

Considerando essas orientações na lei federal, a assembleia legislativa do estado do Rio de Janeiro promulgou a Lei n.º 7477 em 2016, que torna obrigatório o ensino de noções básicas sobre a Lei Maria da Penha. E no ano de 2018, através da Lei n.º 7882, foi criado o Programa de Capacitação de Agentes de Saúde (Rio de Janeiro, 2016; Rio de Janeiro, 2018).

A Lei nº 7882/2018 é interessante na prática do serviço da atenção primária, pois como já foi discutido previamente, o acesso à saúde por parte da população quilombola se faz por meio da atenção básica municipal, de forma que agentes de saúde, que possuem contato direto com a população, e, assim, exercem com mais qualificação ações efetivas ou preventivas de maior impacto, podem formalizar laços que já existem de maneira informal (Rio de Janeiro, 2018).

O Decreto Federal n.º 7393/2010 e a Lei nº 6961/2015 são relevantes por se tratarem de ferramentas disponibilizadas à população. A Lei Federal 13104/2015 deve ser citada pela sua importância no contexto jurídico brasileiro, além de ser uma conquista importante de diversos movimentos feministas (Brasil, 2010; Rio de Janeiro, 2015; Brasil, 2015).

O Decreto Federal n.º 9586 merece atenção especial em função da criação compulsória do Conselho dos Direitos da Mulher por parte dos estados para que estes possam fazer parte do Sistema Nacional de Políticas para as mulheres, Sinapom (Brasil, 2018). O estado do Rio de Janeiro já possui um Conselho Estadual dos Direitos da Mulher desde o ano de 1987, com nova regulamentação em 1997, que apresenta certa vanguarda na pauta, no constante ao órgão (Rio de Janeiro, 1997).

Normativas de municípios do estado do Rio de Janeiro

A pesquisa realizada a respeito de legislações sobre a violência contra a mulher em populações indígenas e quilombolas nos municípios do estado do Rio de Janeiro teve como intuito a compreensão se tais municípios promovem ações legislativas e, consequentemente, políticas públicas positivas em relação a essas comunidades. Para tanto, foi elaborado o seguinte quadro que explicita a quantidade de legislações referentes à violência contra a mulher em cada município:

Quadro 3 – Relação de municípios e legislações sobre violência contra a mulher

MUNICÍPIO	QUANTIDADE DE LEGISLAÇÕES – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	CITAÇÃO DE POPULAÇÕES INDÍGENAS	LEGISLAÇÃO	CITAÇÃO DE POPULAÇÕES QUILOMBOLAS	LEGISLAÇÃO
Angra dos Reis	7	0	----	X	----
Cabo Frio	9	X	----	0	----
Mangaratiba	5	X	----	1	Lei Municipal n.º 1018/2016 (Mangaratiba, 2016).
Paraty	6	2	Lei Municipal n.º 1835/2012 (Paraty, 2012). Lei Municipal n.º 2236/2019 (Paraty, 2019a).	2	Lei Municipal n.º 1835/2012. Lei municipal n.º 2236/2019 (Paraty, 2019a).

Legenda: X – Não apresenta a população em seu respectivo território.

Fonte: adaptado de Costa (2022)

O município de Angra dos Reis apresentou legislações generalizadas, que não promovem a proteção das políticas públicas e nem mesmo a citação das populações minoritárias indígenas que estão presentes na aldeia indígena Sapukai, na área indígena Guarani-Bracuí (Costa, 2022).

No caso do município de Cabo Frio, há em seu território a comunidade titulada Quilombo de Preto Forro. O município apresenta o maior número de normativas referentes à violência contra a mulher dentre os municípios pesquisados, como apresentado no Quadro 3, o que caracteriza que políticas públicas estão sendo empreendidas nesse campo, porém, sem citação de populações quilombolas (Costa, 2022).

A seguir, na cidade de Mangaratiba, o único terreno titulado se refere ao Quilombo da Marambaia. A Lei Municipal n.º 1018/2016 dispõe sobre a criação do Conselho dos Direitos da Mulher do Município de Mangaratiba, de forma que a normativa expõe que suas conselheiras representantes contemplam diversas representantes, dentre estas, "negras/quilombolas". Apesar de a normativa não diferenciar a população negra da população quilombola, ela se torna importante por permitir a inserção de pautas intrínsecas do movimento feminino quilombola deste município (Mangaratiba, 2016).

No município de Paraty existem titulados o Quilombo Campinho da Independência e homologadas as terras indígenas Paraty-Mirim e Araponga. A Lei n.º 1835 do ano de 2012 estabelece diretrizes e objetivos para as políticas públicas de desenvolvimento sustentável dos povos e comunidades tradicionais do município de Paraty, sendo que reconhece as diferentes etnias e culturas indígenas, assim como reconhece a religiosidade e ancestralidade das comunidades quilombolas, comprometendo-se a respeitar a políticas públicas previamente estabelecidas, algo que não havia sido inserido em nenhum outro município (Paraty, 2012).

Ademais, essa lei assegura a participação feminina nas ações governamentais com liderança ética e social. O empoderamento

feminino apresentado em uma política pública é uma ferramenta a ser utilizada pelas populações quilombolas e indígenas a prevenção da violência contra a mulher (Costa, 2022).

A Lei n.º 2236/2019 altera a lei que dispõe sobre a criação do Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres (Paraty, 2019a; Paraty, 2012). demonstrando certa influência das populações tradicionais dentro do município. A normativa apresenta como uma das prioridades do conselho o acolhimento a mulheres vítimas de violência no município (Paraty, 2019b). As alterações expostas na normativa se referem à diversidade da escolha das integrantes do conselho, adicionando à redação, representantes de coletivos de mulheres negras, de organizações e associações de povos indígenas, caiçaras e quilombolas (Paraty, 2019a).

A legislação reconhece a diferença entre o movimento negro e o movimento de quilombolas, permitindo a identificação destes dois movimentos e sua participação conjunta, mas não única, como ocorre no município de Mangaratiba, além de garantir representação das populações minoritárias indígenas e quilombolas (Paraty, 2019a).

Conclusão

A exposição de normativas legais demonstrou a falta de legislações específicas, principalmente no ente federal e no estado do Rio de Janeiro, a respeito da violência contra a mulher de minorias etnicamente diferenciadas como indígenas e quilombolas.

As normativas municipais, por sua vez, demonstraram resultados semelhantes com exceção do município de Paraty. Ele apresentou ao longo da pesquisa legislações sobre a violência contra a mulher que citam as populações indígenas e quilombolas de maneira diferente dos demais municípios estudados. Uma possível resposta para esse fenômeno, apresentada na literatura, é que o município é um polo importante para o turismo e para o turismo de base comunitária, onde os quilombolas e indígenas surgem

como parte de um patrimônio imaterial das localidades e do Brasil como um todo (Mendonça *et al.*, 2017). Desta forma, a absorção destes grupos como parte de um dos motores da economia local e seu entendimento enquanto cidadãos agentes do mercado pode ser uma das razões para que esses grupos sejam preconizados de maneira mais específica nas legislações.

Assim, a relação dos municípios do estado do Rio de Janeiro e as minorias étnicas que compõem suas populações demonstram relações muito frágeis e complexas, a exemplo dos difíceis processos de homologação de terras indígenas e titulação de terras quilombolas devido à especulação imobiliária ou transtornos de realização de obras públicas, sendo necessárias mudanças e intervenções diferenciadas a serem realizadas em cada caso de forma a desvincular a invisibilidade da violência contra a mulher em populações indígenas e quilombolas (Costa, 2022).

Esta pesquisa foi delimitada às populações indígenas aldeadas em terras homologadas e quilombolas em terras tituladas, o que não impede de que outros municípios que convivem com populações indígenas e quilombolas que não possuem respectivamente homologação e titulação não tenham normativas de proteção sobre a violência contra a mulher, o que pode ser um tema de estudo de interesse ao futuro da secretaria de estado de saúde do Rio de Janeiro (Costa, 2022).

Por fim é importante ressaltar que diferentes etnias de populações indígenas podem estar presentes em um mesmo município, assim como há diversidade étnica no estado. Cada etnia pode ter costumes e valores diferentes que devem ser respeitados na abordagem às suspeitas de violência contra a mulher. O mesmo vale para grupos quilombolas, cujas realidades de valores também podem ser diferenciadas, sendo essencial que equipes locais façam um trabalho contínuo de proteção e garantia à cidadania às mulheres vítimas de violência conforme suas próprias perspectivas.

Referências

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Lei Arouca. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm. Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226º da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 7393, de 15 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7393.htm. Acesso em: 20 jul. de 2021.

BRASIL. **Portaria GM/MS 2866/2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110f.

BRASIL. **Lei nº 13.104 de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121º do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o

feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm. Acesso em: 27 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 9586, de 27 de novembro de 2018**. Institui o Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres e o Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20152018/2018/decreto/D9586.htm. Acesso em 20 jul. 2021.

COSTA, Bernardo Giecht Rodrigues. **Violência contra a mulher indígena e quilombola**: uma perspectiva a partir de normativas de municípios do estado do Rio de Janeiro e de movimentos sociais do Brasil. 2022. 131 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Dimensionamento Emergencial de População Residente em Áreas Indígenas e Quilombolas para Ações de Enfrentamento à Pandemia Provocada pelo Coronavírus. **IBGE**, [*s. l.*], 2020. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/31876-dimensionamento-emergencial-de-populacao-residente-em-areas-indigenas-e-quilombolas-para-acoes-de-enfrentamento-a-pandemia-provocada-pelo coronavirus.html?edicao=31877&t=resultados. Acesso em: 7 fev. 2022.

MANGARATIBA. **Lei nº 1018, de 12 de agosto de 2016**. Dispõe sobre a criação do Conselho dos Direitos da Mulher do Município de Mangaratiba. Mangaratiba: Prefeitura de Mangaratiba, 2016. Disponível em: https://sapl.mangaratiba.rj.leg.br/norma/pesquisar. Acesso em: 31 mar. 2021.

MENDONÇA, T. C. de *et al.* Turismo de base comunitária na Costa Verde (RJ): caiçaras, quilombolas e indígenas. **Revista Brasileira de Ecoturismo**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 328-356, maio/jul. 2017.

MINAYO, M. C. de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 10, supl 1, p. S7-S18, 1994.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPAS). **Resolución XIX**: Violencia y Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud;1993.

PARATY. **Lei nº 1835 de 10 de janeiro de 2012**. Estabelece diretrizes e objetivos para as políticas públicas de desenvolvimento sustentável dos povos e comunidades tradicionais do município de Paraty. Paraty: Prefeitura de Paraty, 2012. Disponível em: https://paraty.rj.leg.br/site/. Acesso em: 20 jul. 2021.

PARATY. **Lei nº 2.236 de 2019**. Altera a Lei nº 2216/2019. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres e dá outras providências. Paraty: Prefeitura de Paraty, 2019a. Disponível em: https://paraty.rj.leg.br/site/. Acesso em: 20 jul. 2021.

PARATY. **Lei nº 2216 de 2019**. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres e dá outras providências. Paraty: Prefeitura de Paraty, 2019b. Disponível em: https://paraty.rj.leg.br/site/. Acesso em: 20 jul. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei nº 2837, de 19 de novembro de 1997**. Cria o conselho estadual dos direitos da mulher - CEDIM/RJ e dá outras providências. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: http://www.cedim.rj.gov.br/historico_cedim.asp. Acesso em: 5 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei nº 6961 de 15 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre a divulgação do serviço de disque-denúncia nacional de violência contra a mulher e do SOS mulher da ALERJ, no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/160812878/lei-6961-15-rio-de-janeiro-rj#:~:text=DISP%C3%95E%20SOBRE%20A%20DIVULGA%C3%87%C3%83O%20DO,ESTADO%20DO%20RIO%20DE%20JANEIRO. Acesso em: 20 jul. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei nº 7477, de 31 de outubro de 2016**. Dispõe sobre o ensino de noções básicas da Lei Maria da Penha, no âmbito das escolas estaduais do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/f25edae7e64db53b032564fe005262ef/ed9d6a4185413b428325805e0058fed5?OpenDocument&Highlight=0,-viol%C3%AAncia,contra,a,mulher. Acesso em: 05 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei nº 7882, de 02 de março de 2018**. Autoriza o poder executivo a criar o programa de capacitação de agentes de saúde para viabilizar o conhecimento da lei maria da penha e dá outras providências. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa, 2018. Disponível em: http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/f25edae7e64db53b-032564fe005262ef/3c3450e7ef0362ad83258248005a28f1?OpenDocument&Highlight=0,viol%C3%AAncia,contra,a,mulher. Acesso em 05 mar. 2022.

SCHRAIBER, L. B. Violência e Saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. espec., p. 122-20, 2006.

SOUZA, E. R. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 9, n. 1, p. 48-64, 1993.

5

AQUISIÇÕES DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: UMA ANÁLISE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE 2017 A 2021

Gabriele Santos da Silva
Rosângela Caetano

Introdução

No contexto das ações da assistência farmacêutica estadual, a aquisição é a etapa crucial para fomentar o acesso ao tratamento medicamentoso pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o planejamento e a execução das compras devem ser realizados de maneira adequada, objetivando garantir o fornecimento sem interrupções e em tempo oportuno (Pereira, 2016).

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), devido às suas especificidades, ocupam um papel de destaque dentro das compras da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), sendo o grupo que detém o maior recurso orçamentário na Instituição (da ordem de R$ 60.000.000,00–R$ 103.000.000,00 entre abril/2017 e abril/2021).

Estudos apontam que a gestão do ciclo de compras públicas é complexa e fragmentada, requerendo a integração e comunicação efetiva entre os diversos atores e áreas envolvidas nesse processo de trabalho, haja vista o arcabouço legal e jurídico para sua efetivação. Deve ter um enfoque mais amplo, buscar celeridade, qualidade, preço econômico e cooperar para efetivação das políticas públicas de saúde (Gonçalves *et al.*, 2016; Terra, 2016).

Nessa lógica, a realização do ciclo de compras de maneira eficiente é um fator determinante para a qualidade na gestão da assistência farmacêutica estadual, haja vista que o desabastecimento de medicamentos, especialmente do CEAF, são alvos constantes de judicialização e de notícias veiculadas na imprensa (Chaves *et al.,* 2020*;* O Globo, 2020).

Componente especializado da assistência farmacêutica

Segundo preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria de Consolidação n.º 02/2017 (Brasil, 2017a), o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica busca o acesso a medicamentos utilizados em nível ambulatorial, conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) predefinidos, almejando a integralidade no âmbito do SUS.

Os medicamentos integrantes das linhas de cuidado das doenças contempladas no CEAF estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas, voltados ao tratamento de doenças crônico-degenerativas, incluindo as doenças raras (Brasil, 2019). Esses grupos são definidos conforme a complexidade do tratamento da doença, a garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado e a manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS (Brasil, 2017a).

No que concerne ao financiamento, o Grupo 1 é subdividido em dois: no Grupo 1A, estão os medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e, no Grupo 1B, os medicamentos com aquisição pelos estados e Distrito Federal (DF), mediante financiamento do MS via repasse fundo-a-fundo. No Grupo 2, estão os medicamentos com compra e financiamento sob responsabilidade dos estados e DF, e no Grupo 3 aqueles de financiamento compartilhado pelas três esferas de governo, cuja aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação são de responsabilidade das Secretarias de Saúde do DF e dos municípios (Brasil, 2017a). Nesta pesquisa, o enfoque das compras tem por objeto os medicamentos dos grupos 1B e 2.

Compras na administração pública

O processo de compras na administração pública possui um caráter estratégico. Deve cumprir requisitos legais, normativos, administrativos e jurídicos, obedecendo também requisitos de eficiência, eficácia e efetividade, almejando evitar danos ao erário (Brasil, 2006; Menezes; Silva; Linhares, 2007).

Para aquisição de medicamentos, o Pregão Eletrônico (PE) é a modalidade de licitação mais utilizada, principalmente associada ao Sistema de Registro de Preços (SRP). Esse sistema é um instrumento colocado à disposição da administração pública, estabelecido na Lei n.º 8.666/1993 e regulamentado com maior clareza através do Decreto n.º 7.892/2013 e suas atualizações (Brasil, 1993; Brasil, 2013).

Em tal sistemática, é firmada uma Ata de Registro de Preços (ARP), documento no qual o preço fica registrado pelo período de 12 meses, de caráter vinculativo, obrigacional e com característica de compromisso para futura contratação, sendo bastante vantajoso para as instituições públicas (Brasil, 2006; Alexandre; Deus, 2016).

Uma segunda modalidade de compra utilizada é a Adesão à ARP (também conhecida por "carona"), prevista na normativa do SRP, em que qualquer órgão público pode realizar a aquisição de um item a partir de uma licitação realizada por outro órgão ou entidade pública. Apesar disso, para ser realizada, necessita de autorização do órgão gerenciador e do fornecedor beneficiário da ARP (Brasil, 1993).

Existem também modalidades aplicadas nas compras diretas, quando se é dispensada legalmente a licitação, conforme preceitua a Lei nº 8.666/1993 (Brasil, 1993), que comporta: (I) a licitação dispensada, aplicável nos casos de alienação de bens móveis e imóveis da administração pública; (II) a licitação dispensável, também chamada dispensa de licitação, empregada em diferentes situações, contudo, para medicamentos, é utilizada para pequenos valores (Art. 24, inciso II), calamidade pública ou emergência (Art. 24, inciso IV) e licitação deserta – Art. 24, inciso V (Brasil, 1993), e (III) a licitação inexigível, também chamada Inexigibilidade,

utilizada quando houver inviabilidade de competição, antevista no artigo 25 da Lei n.º 8.666/1993 (Brasil, 1993).

O presente capítulo tem como objetivo traçar o perfil de compras de medicamentos do CEAF na SES-RJ no período de 2017 a 2021 e mensurar o tempo de execução dos processos de aquisição.

Desenho do estudo e métodos utilizados

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e retrospectivo, com abordagem qualiquantitativa, baseado nos processos de aquisição de medicamentos do CEAF, instaurados pela Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE) da SES-RJ.

Foi analisada uma série retrospectiva de quatro anos, considerando as compras de medicamentos do CEAF realizadas pela SES-RJ de abril de 2017 até abril de 2021. A escolha desse período buscou explorar alguns eventos com potencial impacto nos processos de compra na SES-RJ, tais como a implantação do Sistema Eletrônico de Informações (SEI), em substituição ao Sistema de Controle de Processos (SCP); a crise financeira do estado do Rio de Janeiro (ERJ); a troca na gestão do governo estadual, promovida pela eleição de 2018; alterações realizadas na estrutura organizacional, no corpo técnico e nos processos de trabalho da SES-RJ ao longo dos quatro anos; e o comportamento do mercado farmacêutico (inter)nacional perante a pandemia de Covid-19 instalada a partir do início de 2020.

O objeto de análise foram os processos de aquisição ocorridos na SES-RJ durante o período referente aos medicamentos do CEAF pertencentes aos Grupos 1B e 2, não incluindo, contudo, as compras de medicamentos desses grupos destinados ao atendimento de mandados judiciais no ERJ.

As principais fontes de dados utilizadas correspondem a dados primários da SES-RJ relacionados à compra de medicamentos do CEAF pertencentes aos Grupos 1B e 2.

Para elaboração do perfil descritivo das compras, foram utilizadas planilhas de controle confeccionadas pelos setores responsáveis pela gestão destes medicamentos (SAFIE) e pela realização do PE (Coordenação de Licitação) no âmbito da SES-RJ.

Foram analisadas as seguintes variáveis: grupo de financiamento, modalidade de compra, quantidade total solicitada, resultado do PE e categorização dos medicamentos de acordo com a Classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC).

O resultado do PE foi classificado em: (i) fracassado: quando ocorre a inabilitação de licitantes pelo não cumprimento das exigências técnicas e legais contidas no edital ou pela desclassificação de propostas (valor ofertado acima do valor estimado pela administração pública); (ii) deserto: quando há ausência de propostas, ou seja, quando nenhum licitante demonstra interesse no certame, e (iii) homologado: quando há resultado satisfatório na licitação.

A categorização dos medicamentos de acordo com o segundo nível da Classificação Anatômica Terapêutica Química (grupo terapêutico principal), foi realizada por meio de consulta ao sítio eletrônico da *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*.

Para mensuração dos tempos processuais, as informações foram coletadas nas ferramentas Sistema de Controle de Processos e Sistema Eletrônico de Informações, utilizados para a tramitação de documentos e processos administrativos no âmbito estadual. Essa mensuração foi precedida do levantamento e descrição das etapas dos processos de aquisição relacionadas a cada uma das modalidades de compra, não trazidas nesse texto pelas limitações de espaço.

As variáveis analisadas nessa mensuração foram: modalidade de compra, data da abertura e finalização, setor, data de entrada e saída e ação executada. Foram calculados o tempo médio e mediano e as faixas de tempo mínima e máxima para execução de cada etapa, como também o tempo total gasto da abertura até a finalização do processo de compra dos medicamentos do CEAF, com a publicação da ata de registro de preços e/ou do contrato no Diário Oficial do ERJ.

Perfil das aquisições do componente especializado da assistência farmacêutica

No período de 2017-2021, a SES-RJ finalizou 149 processos de compras dos medicamentos do CEAF, contemplando 188 medicamentos e 27 classes terapêuticas, totalizando 105.227.010 unidades solicitadas. Cerca de 83% das aquisições ocorreram por licitação, todas as quais utilizando pregão eletrônico.

Os principais grupos ATC adquiridos foram: agentes antineoplásicos e imunomoduladores (L); sistema nervoso (N); preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas (H), e aparelho cardiovascular (C), que juntos responderam por quase 70% dos itens adquiridos pela SES-RJ no período. As classes terapêuticas com maiores índices de compras foram os imunossupressores (15,4%), seguidos pelos antiepilépticos (8,0%) e anti-hipertensivos (7,4%).

O quantitativo de compras em 2019 (31,5% do total de aquisições realizadas) merece ser destacado, tendo provavelmente decorrido de mudança na gestão do ERJ e, consequentemente, em todos os cargos estratégicos da SES-RJ — subsecretários, superintendentes e assessorias. Essa renovação na gestão acarretou mudanças organizacionais, modificações nos processos de trabalho e no corpo profissional em diversos setores, como também na incorporação de novas rotinas de trabalho, detecção de necessidades e priorização de itens específicos, haja vista o índice de desabastecimento de medicamentos do CEAF-RJ.

Com a intenção de aprofundar a discussão na temática das compras de medicamentos do CEAF e as suas especificidades quanto à indicação terapêutica preconizada nos protocolos clínicos do MS, o financiamento, as questões sanitárias e mercadológicas, a tabela 1 traçou o perfil descritivo das aquisições segundo modalidade de compra e grupo de financiamento dos medicamentos.

Tabela 1 – Aquisições do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica segundo modalidade de compra e grupo de financiamento, 2017-2021

Ano	Licitação - PE (n)		Adesão (n) Art. 24 Inciso IV	Dispensa de licitação (n)				Inexigi-bilidade (n)	Total de proces-sos de compras (n)
				Art. 24 Incisos II e V					
	1B	2	1B	1B	2	1B	2	1B	
2017*	15	15	1	0	0	0	0	1	32
2018	18	18	0	0	1	1	1	0	39
2019	14	26	0	0	1	2	4	0	47
2020	3	9	0	0	0	0	0	0	12
2021**	3	2	0	6	8	0	0	0	19
2017-2021	**53**	**70**	**1**	**6**	**10**	**3**	**5**	**1**	**149**
%	**35,6**	**47,0**	**0,7**	**4,0**	**6,7**	**2,0**	**3,4**	**0,7**	**100,0**

Legenda: PE – Pregão Eletrônico.

Notas: *Para este estudo, o ano de 2017 contempla o período de abril/2017 a dezembro/2017.

**Para este estudo, o ano de 2021 contempla o período de janeiro/2021 a abril/2021.

Fonte: os autores (2022)

A dispensa de licitação esteve presente em 24 processos de compras, sendo baseada no Art. 24 inciso IV, conhecida vulgarmente como "compra emergencial", empregada em 10,7% dos processos, em sua maioria concentrados no ano de 2021, provavelmente, por reflexo do baixo número de processos licitatórios finalizados no ano de 2020 (correspondente a 30% do volume do ano anterior).

A dispensa de licitação, fundamentada no art. 24, incisos II (compras com valor total estimado para contratação até R$ 17.600,00) e V (compras com licitação anterior deserta), esteve relacionada a 5,4% dos processos de compra, em sua grande maioria em 2019. Cada um dos incisos em questão representou exatamente metade da parcela de compras (2,7%) realizadas através da dispensa de licitação. Adesão e Inexigibilidade foram modalidades pouco presentes, cada uma representando 0,7% dos processos.

Os dados mostram que as compras realizadas no âmbito da SES-RJ estão em consonância com a regra na administração pública que é licitar e, sempre que possível, ser processada através do Sistema de Registro de Preços (utilizado nos casos de Pregão Eletrônico), conforme o artigo 15, inciso II, da Lei nº 8666/1993 (Brasil, 1993).

Dezolt e Barbosa (2016) realizaram estudo sobre o diagnóstico das compras públicas estaduais em 2015, com a participação de 21 estados, inclusive o Rio de Janeiro, constatando crescente tendência na utilização da licitação através do PE, em consonância com o governo federal. Entretanto, a Adesão representou a segunda modalidade de compra mais utilizada, contrapondo o resultado aqui observado, que apresenta a dispensa de licitação associada às compras emergenciais (art. 24 – inciso IV) figurando em segundo lugar.

Esse fato pode ser explicado pela crise financeira que assola o ERJ desde o ano de 2015, bem como a carga tributária do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) praticada no estado, não sendo atrativo para os fornecedores concederem a chamada "carona" na ata de registro de preços em vigor para o Rio de Janeiro.

A compra através da adesão à ARP se apresenta como uma estratégia para a aquisição de bens e prestação de serviços, a ser utilizada nos casos de compra infrutífera através de procedimentos licitatórios, visando à redução dos custos processuais e maior celeridade (Dezolt; Barbosa, 2016).

Salienta-se que as modalidades Inexigibilidade e Dispensa de Licitação, baseadas no art. 24, incisos II e V, são utilizadas somente após tentativas infrutíferas do(s) procedimento(s) licitatório(s), quando a autoridade competente (ordenador de despesas) pode optar pela troca de modalidade da compra mediante justificativa consubstanciada. Portanto, todos os processos de aquisições de medicamentos desse componente são iniciados pelo setor requisitante seguindo os moldes de compra para licitação (PE), adesão ou dispensa de licitação (Art. 24, inciso IV).

Merece reflexão a aplicabilidade da dispensa de licitação (art. 24 inciso V) na SES-RJ, visto que atualmente não é utilizada na primeira tentativa infrutífera de licitação (deserta), apesar de ser preceituada na lei em vigor e servir como embasamento para a decisão do ordenador de despesas na escolha da modalidade, podendo promover maior eficiência nas contratações estaduais.

A compra realizada por meio da licitação (PE) foi a principal modalidade dentro de cada grupo de financiamento nos anos estudados (Grupo 1B = 35,6% e Grupo 2 = 47,0%), mas este último grupo, que é de financiamento e aquisição de responsabilidade estadual, respondeu por 56,9% dos itens adquiridos utilizando essa modalidade.

Os medicamentos do grupo 2 são utilizados nas doenças que necessitam menor complexidade de tratamento, usualmente com menor custo unitário e maior disponibilidade de registros sanitários junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, consequentemente, usufruem de maior disponibilidade e comercialização no país.

As modalidades Adesão e Inexigibilidade (menores parcelas do estudo, somando 1,4%) somente foram utilizadas nas compras

de medicamentos do Grupo 1B (recurso federal e aquisição estadual). Esse grupo de financiamento concentra os medicamentos com maior valor unitário e menor número de registros na Anvisa (em alguns casos, apenas um registro sanitário), refletindo um cenário restrito de fabricação (monopólio) no país.

Medicamentos sob monopólio, duopólio ou dominação de mercado caracterizam uma ausência de concorrência no âmbito das compras públicas, o que acaba determinando condições do mercado com preços mais elevados (quase sempre ofertados com o preço máximo estabelecido na Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)) e número limitado de fornecedores (Rover, 2016).

Isso posto, é necessário analisar com cautela o mercado de fornecedores nesse conjunto de medicamentos, devido ao cenário de exclusividade de fabricação. Em alguns casos, também pode ocorrer a distribuição exclusiva, o que pode caracterizar impossibilidade de licitação, por inviabilidade de competição, podendo a SES-RJ lançar mão da utilização da inexigibilidade.

Considerando o quantitativo que cada grupo de financiamento representa nas compras anuais, o Grupo 2 representou 57,1% dos medicamentos presentes nos processos estudados e mostrou aumento na maior parte do intervalo temporal estudado, o que pode ser explicado pela concentração do maior número de itens padronizados no elenco do CEAF-RJ. Também pode guardar relação com o menor custo unitário e maior número de registros sanitários, culminando em um mercado de fabricação e comercialização mais amplo.

Em contrapartida, no ano de 2017, os medicamentos do Grupo 1B representaram a maior parcela das compras (53,1%), o que pode estar relacionado com o ápice da crise financeira vivenciada pelo ERJ, no qual os fornecedores tinham maior segurança no fornecimento desses medicamentos em detrimento dos itens do Grupo 2, haja vista que o pagamento era proveniente de verba federal.

Deve ser destacado que houve grande número de medicamentos do Grupo 1B que migraram para o Grupo 1A (n = 23) ao longo do período analisado, o que pode responder pelas reduções verificadas na série estudada, com ápice em 2019, ano de maior número das migrações para a compra centralizada pelo MS.

Os itens homologados representaram 59% do estudo, enquanto os itens não homologados são representados pelos fracassados e desertos, com 24,1% e 16,9% respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultado das Licitações do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, 2017-2021

Ano	**Licitação - PE (n)**	**Itens (n)**	**Itens fracassados (n)**		**Itens desertos (n)**		**Itens homologados (n)**	
			1B	**2**	**1B**	**2**	**1B**	**2**
2017*	46	67	6	7	8	9	16	21
2018	64	83	12	11	6	10	22	22
2019	58	81	9	15	3	4	18	32
2020	9	12	0	0	0	0	4	8
2021**	3	6	0	0	0	2	2	2
Total	**180**	**249**	**27**	**33**	**17**	**25**	**62**	**85**

Legenda: PE – Pregão Eletrônico.

Notas: *Para este estudo, o ano de 2017 contempla o período de abril/2017 a dezembro/2017.

**Para este estudo, o ano de 2021 contempla o período de janeiro/2021 a abril/2021.

Fonte: os autores (2022)

Chama a atenção o alto índice de itens não homologados nas compras por licitação, correspondendo a quase metade (41%), o que aponta um aspecto crítico para a execução do CEAF no estado, acarretando desabastecimento de medicamentos e assistência

precária aos pacientes cadastrados nesse componente, podendo resultar em judicialização da matéria.

No contexto dos itens não homologados, os itens fracassados representaram a maior parcela das compras na SES-RJ (24,1%). Em que pese o fato de que este estudo trata das aquisições dos medicamentos de um componente específico da assistência farmacêutica pela secretaria de saúde de um estado da federação, cabe ser mencionado que esse percentual de itens fracassados é semelhante ao observado no trabalho realizado por Silva e colaboradores (2018) em um hospital universitário de Sergipe (25,6%), bem como o evidenciado por Moraes (2017) em sua análise de sete anos de compras de medicamentos em um instituto federal de alta complexidade no ERJ (24% de itens fracassados), corroborando com os achados deste estudo, haja vista as especificidades dos medicamentos adquiridos em ambas as instituições.

Em relação aos itens fracassados, algumas hipóteses são suscitadas: a falha na execução do ciclo de compras, especificamente na etapa da pesquisa de preços; o desinteresse dos fornecedores no envio de propostas para compor a cesta de preços da pesquisa de mercado; a proposta ofertada durante o PE com valor acima do estabelecido pela tabela CMED; a presença de fornecedores sem qualificação técnica compatível com o edital de licitação; e, em alguns casos, a participação exclusiva de microempresas ou empresa de pequeno porte nos editais de licitação. Porém, a análise minuciosa dos Pregões Eletrônicos fracassados não foram objeto de estudo.

No que tange o cenário dos itens desertos, novamente reconhecendo as diferenças nos cenários de estudo, ressalta-se trabalho realizado por Arantes e colaboradores (2019) sobre o desfecho das licitações realizadas por PE em um hospital universitário de São Paulo no ano de 2012, que apresentou índice de itens desertos (16,4%) muito próximo do resultado encontrado na SES-RJ (16,9%).

Apesar do elevado índice de itens desertos encontrado neste estudo, várias tentativas de aproximação foram realizadas entre as

áreas responsáveis pelo ciclo de compras na SES – RJ (Coordenação de Compras, Superintendência de Compras e Licitações, SAFIE e Subsecretaria Executiva) e os fabricantes e/ou fornecedores de medicamentos do CEAF. Tal medida somente resultou em melhorias a partir da normalização nos pagamentos das dívidas e com a troca de gestão no ano de 2019, quando se obteve maior confiança no fornecimento de itens para a SES-RJ, promovendo assim maior participação nos pregões e melhores índices de abastecimento no CEAF-RJ.

Nesse sentido, 2019 representou um marco para as compras de medicamentos do CEAF-RJ, que mesmo com a realização de um menor número de PE, teve o maior número de itens homologados (n = 50). Foi possível observar aumento dos níveis de abastecimentos desses medicamentos (69,2% para o Grupo 1B e 97,6% para o Grupo 2), segundo levantamentos mensais realizados pela área técnica da SAFIE/SES-RJ, que tem o monitoramento do abastecimento de medicamentos do CEAF como um indicador de execução do componente no ERJ.

Ressalta-se a queda abrupta na realização de PE ao longo de 2020, por conta da pandemia de Covid-19 e toda sua repercussão dentro da SES-RJ, com a priorização da marcha processual de compras dos itens destinados ao combate da emergência sanitária, não sendo contemplados os medicamentos do CEAF.

Buscando correlacionar o resultado das licitações realizadas através do PE no âmbito da SES-RJ e grupo de financiamento dos medicamentos, observa-se a supremacia na homologação dos itens oriundos do Grupo 2 (n = 85) no período (tabela 2).

Medicamentos do grupo 2 do CEAF correspondem a percentuais bastante próximos entre os itens homologados (57,8%) e não homologados (56,9%). Entretanto, ao analisar os dados isoladamente, fica evidenciado que, na totalidade, o Grupo 2 possui a maior quantidade de itens nas categorias Deserto (59,5%) e Fracassado (55,0%).

Cabe relembrar que os medicamentos adquiridos com recursos estaduais possuem o maior número de itens padronizados,

sendo esperado que obtenham maiores índices de insucesso em suas licitações. Além disso, possuem um mercado farmacêutico produtor mais expressivo, gerando maior concorrência no âmbito das licitações. Como já mencionado, medicamentos com um número limitado de registros sanitários tendem a ser mais atrativos para venda, haja vista o alto valor unitário e a escassez terapêutica que gira em seu torno. Especificamente nesse grupo, os fornecedores possuem maior interesse no acompanhamento dos processos de aquisição, mantendo um contato constante com a SAFIE e com a Coordenação de Compras, culminando em menor índice de insucesso do que o apresentado pelo Grupo 2.

Mensuração dos tempos processuais das aquisições do componente especializado da assistência farmacêutica

Ao longo da série temporal, ocorreram inúmeras mudanças no lócus estudado, motivadas pelo eixo político-econômico-financeiro e organizacional do ERJ, alterações nas leis e normas das compras públicas de medicamentos no âmbito federal e estadual, composição da equipe técnica da SAFIE e das Subsecretarias Executiva e Jurídica, implantação de uma nova ferramenta utilizada para tramitação de processos no estado (SEI) e, por fim, a pandemia de Covid-19, impactando no mercado farmacêutico nacional e mundial.

As transformações citadas influenciaram no rito processual da Secretaria de Estado de Saúde e nas aquisições em geral, sendo o tempo gasto na execução do ciclo de compras um fator determinante na gestão do estoque, assim como na dispensação destes medicamentos aos pacientes cadastrados no CEAF-RJ.

A Tabela 3 permite visualizar o tempo total gasto para a finalização dos processos de compras dos medicamentos do CEAF, independente da ferramenta de tramitação envolvida nessas aquisições, ou seja, considera os tempos relacionados a tramitação via SCP e SEI. Constatou-se que os processos oriundos da dispensa de

licitação – art. 24 incisos II (valor até R$ 17.600,00) e V (licitação anterior deserta) foram os que demandaram maior tempo para finalização (mediana = 830 dias, ou seja, 2,3 anos), seguido pelo PE (mediana = 425 dias; 1,2 anos) e pela dispensa de licitação – art. 24 inciso IV (mediana = 65 dias).

Tabela 3 – Tempo de execução segundo modalidades de compra utilizadas nas aquisições do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, 2017-2021

Modalidade de compra	**Processos (n)**	**Média (dias)**	**Mediana (dias)**	**Faixa de tempo (dias)**
Dispensa de Licitação (art. 24 – inciso II e V)	8	937	830	518 – 1.465
		(114)	(118)	(10 – 220)
Licitação – Pregão Eletrônico	123	479	425	169 – 1.409
Dispensa de Licitação (art. 24 – inciso IV)	16	78	65	31 – 239
Adesão•	1	-	-	46••
Inexigibilidade•	1	-	-	826••

Notas: As medidas de tempo sinalizadas entre parênteses referem-se aos tempos processuais a partir da troca da modalidade de compra (Licitação para Dispensa de Licitação).

•Não foi possível calcular a média e mediana pelo número insignificante de processos.

••Trata-se do tempo total gasto para execução da modalidade de compra em questão pelo número insignificante de processos (n = 1 cada).

Fonte: os autores (2022)

Salienta-se que, na dispensa de licitação, os processos de aquisição de modo geral tenderiam a ser mais céleres já que não necessitam permear as diversas etapas empregadas em uma licitação. Contudo, na SES-RJ, a utilização dessa modalidade de compra é empregada apenas após sucessivas tentativas frustradas, pro-

longando o tempo para conclusão da aquisição e, também, para o ressuprimento do estoque dos medicamentos.

Nessa mesma linha argumentativa, cabe a necessidade de uma avaliação minuciosa sobre a melhor modalidade de compra a ser utilizada nos casos citados, a julgar pelos princípios da economicidade e da economia processual. Segundo informações extraídas da Nota Técnica n.º 1081/2017, confeccionada pelo Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, um procedimento licitatório realizado através do PE possui um custo de cerca de R$ 20.698,0039 (Brasil, 2017b), o que nos leva a crer que a repetição contínua desse procedimento pode acarretar custos, e, portanto, prejuízos para a administração pública.

Ainda nesse panorama, foram calculados os tempos processuais a partir da troca da modalidade de compra (Licitação para Dispensa de Licitação), autorizada pelo subsecretário executivo, até a sua finalização. A mudança repercutiu reduzindo esse tempo mediano de aproximadamente 28 meses para cerca de quatro meses, tornando o cenário mais célere.

Ademais, corrobora para a necessidade de aplicação da dispensa de licitação na primeira tentativa de PE frustrado ou no momento da pesquisa de preços, quando for identificado valor abaixo de R$ 17.600,00.

Observa-se que a amplitude da faixa de tempo na modalidade Licitação (PE) é maior que a existente na Dispensa de Licitação – Art. 24, independentemente dos incisos aplicados, reforçando sua maior complexidade de execução.

No cenário apresentado, chama a atenção que, nos casos em que a lei dispensa o uso da licitação baseada no art. 24 incisos II e V, qual seja, em valor de compra igual ou inferior a R$ 17.600,00 e nos insucessos de licitação anterior, a compra finalizada em menor espaço de tempo foi efetuada no período de 518 dias (aproximadamente 17 meses), culminando em desabastecimento do medicamento vigabatrina 500 mg, um anticonvulsionante de uso contínuo muito utilizado para os casos de microcefalia causada

pelo Zika vírus e na síndrome de West, especialmente quando associada à esclerose tuberosa.

Os tempos associados à modalidade Adesão se mostram curtos (46 dias), já que se trata da modalidade com menor número de etapas necessárias para a sua execução. Entretanto, na modalidade Inexigibilidade, foram levados 826 dias (≈ 27 meses) para sua efetivação, rompendo a barreira de razoabilidade para aquisição do item (penicilamina 250 mg, utilizado nos distúrbios do metabolismo do cobre), apesar de período de descontinuação temporária registrado junto à Anvisa (11/04/2016 a 30/06/2016).

Segundo preceitua a legislação em vigor, a inexigibilidade é aplicável nos casos em que o bem a ser adquirido é único ou possui apenas um fornecedor, inviabilizando a competição, não havendo, portanto, parâmetros para demonstrar qual situação é mais favorável para a administração pública.

Conforme o Manual de Normas e Procedimentos sobre Contratação Direta por Dispensa e Inexigibilidade de Licitação, elaborado em 2017 pelo Ministério Público Federal, a meta estabelecida para execução da inexigibilidade é de 60 dias (Brasil, 2017c). Logo, conclui-se que a SES-RJ se encontra muito distante dessa meta, com todos os prejuízos que isso implica para a assistência farmacêutica no estado e para os indivíduos que dependem do acesso aos medicamentos para seu tratamento.

É possível notar que os processos de compras de medicamentos do CEAF-RJ adquiridos através do pregão eletrônico são finalizados, na maioria, em um período superior a 365 dias, com uma amplitude da faixa de tempo envolvido de 14-16 meses.

Em estudo sobre compras públicas estaduais relativo ao ano de 2015, Dezolt e Barbosa sinalizaram que as aquisições mediadas por PE possuíam um ciclo médio de 81 dias. Fica clara a grande diferença encontrada frente aos tempos da SES-RJ (479 dias), em que pese que os valores dos autores citados se referiram a uma média obtida a partir de um *survey* respondido por 21 estados, aí incluído o Rio de Janeiro, e às compras em geral e

não àquelas restritas apenas a um grupo de medicamentos, no caso, aqueles dos grupos 1B e 2 do CEAF tratado neste estudo. Os autores reforçam a necessidade de mensuração do desempenho das compras públicas, visando as boas práticas e disseminação de possíveis soluções, haja vista a variação do tempo médio entre os estados e as particularidades e dificuldades enfrentadas por cada um (Dezolt; Barbosa, 2016).

Observou-se que a instrução processual para pesquisa de preços e estimativa do valor da contratação foi responsável, em média, por cerca de 42% do prazo total de tramitação dos processos de aquisição via modalidade Licitação (mediana de 188 dias), sendo a macroetapa com maior morosidade no ciclo de compras na SES-RJ e contribuindo assim para a ineficiência das compras estaduais.

Conclusão

A análise pormenorizada das compras de medicamentos do CEAF abarcada neste estudo é pioneira no âmbito da SES-RJ, na qual se buscou entender os fatores intrínsecos e extrínsecos ligados à execução do ciclo de compras, desde o arcabouço legal e normativo, as questões técnico-sanitárias, tributárias e mercadológicas desse grupo de medicamentos e também os impactos ocasionados pela crise financeira na execução da política de assistência farmacêutica no ERJ.

A cadeia sistêmica de compras é um processo crítico para os gestores da administração pública e, no lócus estudado, foi apontada a necessidade de instituir melhorias no fluxo dos processos de aquisição de itens, dentre eles medicamentos, conforme presente no Plano Estadual da Saúde (2020-2023).

Um dos fatores que interferem na condução das compras é a rigidez no cumprimento literal das questões legais e do rito administrativo, sob a justificativa de atendimento dos questionamentos dos órgãos de controle e visando a “proteção” dos gestores para

evitar possíveis sanções administrativas. Contudo, a burocratização e a lentidão decorrentes propiciam o desabastecimento de medicamentos de alto valor monetário que são considerados essenciais para o tratamento de doenças crônicas.

Os resultados encontrados podem sensibilizar os gestores da SES-RJ sobre a importância e necessidade de revisão de fluxos de trabalho, assim como a padronização e implementação de procedimentos e/ou normas e/ou diretrizes para as aquisições, com o objetivo final de ressuprimento de estoque de medicamentos em tempo hábil e prestação da assistência à saúde de maneira adequada aos usuários do SUS.

Referências

ALEXANDRE, R.; DEUS, J. de. **Direito Administrativo Esquematizado**. 2. ed. São Paulo: Método, 2016. p. 471-553.

ARANTES, T. *et al.* Avaliação dos desfechos em processos licitatórios na modalidade Pregão Eletrônico de um hospital universitário. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 76, p. 1-15, 2019.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da 178 Administração Pública e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993.

BRASIL. **Aquisição de medicamentos para Assistência Farmacêutica no SUS**: orientações básicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013**. Regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Brasília, DF: Presidência da República, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017a.

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. **Nota Técnica nº 1081/2027 – CGPLAG/DG/SFC**. Proposta de alteração dos limites das modalidades da Lei nº 8.666/93 e outras. Brasília, DF: Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, 2017b. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2017/07/cgu-divulga-estudo-sobre-eficiencia-dos-pregoes-realizados-pelo-governo-federal/nota-tecnica-no-1-081-2017-cgplag-dg-sfc.pdf. Acesso em: 3 mar. 2025.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Manual de Normas e Procedimentos sobre Contratação Direta por Dispensa e Inexigibilidade de Licitação**. Brasília, DF: Ministério Público Federal, 2017c. 57 p. Manual.

BRASIL. **Relatório de Avaliação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**: Ciclo CMAP 2019. Brasília, DF: Ministério da Economia, 2019. 116 p. Relatório Técnico.

CHAVES, L. A. *et al.* **Desabastecimento**: uma questão de saúde pública global. Sobram problemas, faltam medicamentos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. 12 p. Nota técnica.

DEZOLT, A. L. P.; BARBOSA, G. P. Diagnóstico das compras públicas estaduais 2015. *In:* CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO. **Compras Públicas Estaduais**: Boas Práticas Brasileiras, Brasília: CONSAD, 2016.

GONÇALVES, A. A. *et al.* Fatores críticos de sucesso na gestão da cadeia de suprimentos em saúde pública: uma visão dos gestores dos institutos federais do 186 Rio de Janeiro. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Minas Gerais, v. 13, n. 2, p. 82-96, 2016.

MENEZES, R. do A.; SILVA, R. B. da; LINHARES, A. Leilões eletrônicos reversos multiatributo: uma abordagem de decisão multicritério aplicada às compras públicas brasileiras. **Revista de Administração Contemporânea**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 11-33, 2007.

MORAES, E. L. **Compras de medicamentos pelo Instituto Nacional de Câncer**: análise do período 2007-2014. 2017. 352 f. Tese (Doutorado em

Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2017.

PACIENTES com doenças crônicas reclamam da falta de medicamentos na Rio Farmes. **O Globo**, Rio de Janeiro, 8 maio 2020. Disponível em: https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/08/pacientes-com-doencas-cronicas-reclamam-da-falta-de-medicamentos-na-rio-farmes.ghtml. Acesso em: 6 set. 2021.

PEREIRA, R. M. Planejamento, Programação e Aquisição: prever para prover. *In:* ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Uso racional de medicamentos**: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2016. v. 1, n. 10.

ROVER, M. R. M. **Avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Santa Catarina**. 2016. 307 f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SILVA, E. C. D. *et al.* Avaliação do Pregão Eletrônico como ferramenta da gestão da Assistência Farmacêutica Hospitalar Pública. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 91-97, 2018.

TERRA, A. C. P. **Compras públicas inteligentes:** um modelo de análise estratégica para a gestão das compras públicas – estudo de caso do Instituto do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos do Distrito Federal. 2016. 251 f. Tese (Mestrado em Administração Pública) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ATC/DDD Index 2021. **WHO**, [Genebra], c2021. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/. Acesso em: 17 jul. 2021.

6

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Marilene Ribeiro da Silva
Mario Roberto Dal Poz

Introdução

Planejamento, controle e avaliação são instrumentos essenciais no apoio à gestão efetiva de uma instituição, pois subsidiam a tomada de decisões, influenciando, consequentemente, a qualidade do atendimento ofertado. No serviço público não é diferente. Cabe ao Estado a tarefa de produzir condições para a aplicação do planejamento governamental e da gestão pública, fazendo uso, para tanto, de instrumentos que possam facilitar e embasar o desenvolvimento de estratégias, dentre eles: planejamento, sistemas de informação, controle e monitoramento da força de trabalho (Silva; Jorge; Silva Junior, 2015; Conass, 2011).

Nesse cenário de busca por maior eficiência em função do processo de globalização e, também, em decorrência da crise da administração pública burocrática iniciada na década de 1970, deu-se início a um processo de mudanças na gestão pública, visando a um país com um serviço público moderno, voltado ao atendimento às necessidades dos cidadãos e com proposta de distinção entre a coisa pública e a coisa privada (Fausto, 2005), momento esse conhecido como a reforma do Estado. Essa reforma procurou redefinir o papel do Estado, que deixou de ser o responsável direto pela execução de desenvolvimentos econômico e social da produção de bens e de

serviços, tornando-se regulador desse desenvolvimento e descentralizando, para o setor privado, as atividades que pudessem ser controladas pelo mercado, como forma de obter mais eficiência em seu desempenho (Brasil, 1995).

Ao lado dessas mudanças nas políticas públicas, ocorriam, no mundo, evoluções tecnológicas capazes de reformular as rotinas das organizações. Nesse aspecto, a Tecnologia da Informação, que envolve computadores, rede digital de serviços de telecomunicações e outros serviços, representa um importante instrumento para o desenvolvimento dos processos produtivos e da gestão das organizações. Utilizada em diversos segmentos, é também importante ferramenta para a gestão, seja para o desenvolvimento das funções administrativas (folhas de pagamento, escalas de serviço, contabilidade etc.), seja, no setor da saúde, no cuidado ao paciente (eletrocardiograma, prescrição etc.), no gerenciamento da informação em setores hospitalares ou, ainda, em prevenção e promoção da saúde (Pinochet, 2011).

Assim, os sistemas de informação tornaram-se ferramentas quase indispensáveis no cotidiano da vida urbana, pois facilitam o processo de captação e de transformação dos dados em informações com valor agregado, favorecendo a precisão nos relatórios e o embasamento na tomada de decisões, a partir do fornecimento de informações mais rápidas e precisas (Porto; Bandeira, 2006).

A gestão pública acompanhou essa evolução e se inseriu no mundo informatizado para a gestão de seus processos. No que se refere ao setor de saúde, a evolução tecnológica e a crescente demanda por informação em saúde são uma realidade. Os sistemas de saúde auxiliam os processos decisórios das organizações, pois são instrumentos capazes de selecionar os dados pertinentes a esses serviços e de transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, conforme citam Benito e Licheski (2009). Como exemplo da importância dessa ferramenta, podem ser destacadas as constantes atualizações do cenário durante a pandemia do novo coronavírus e sua repercussão no Brasil e no mundo, com

divulgação diária sobre número de contaminados, óbitos ocorridos, pacientes recuperados e taxas de ocupação de leitos, conforme dados frequentemente disponibilizados no portal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ).

No entanto, no que se refere a sistemas de recursos humanos em saúde, algumas questões podem dificultar a extração de dados e a sua consequente utilização. As informações sobre o setor de saúde são fragmentadas, resultantes da atividade compartimentada de diferentes instituições, o que dificulta a operacionalização dos serviços e a tomada de decisão, e, além disso, constam poucos sistemas de informação voltados a recursos humanos em saúde. Dessa forma, a pactuação de um conjunto de dados que possibilitem a integração entre sistemas é pauta de estudos que visam à possibilidade dessa integração, sendo relevante salientar que a existência de sistemas paralelos, além de representar duplicação de esforços, constitui-se um desperdício financeiro e de recursos humanos (Amâncio Filho; Oliveira, 2009; Pereira *et al.,* 2015).

Nesse contexto, este estudo voltou-se para os sistemas de informação de recursos humanos em saúde utilizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, órgão da administração direta do Poder Executivo do estado responsável por definir políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro. A secretaria utiliza várias ferramentas para gestão de sua força de trabalho, cujos dados são manualmente compilados em uma planilha eletrônica, a partir de relatórios extraídos desses instrumentos. As informações contidas nesse arquivo são utilizadas pela gestão da SES/RJ como parâmetro para análise da composição da força de trabalho, para verificação da sua distribuição na Rede de Assistência da Secretaria, assim como, dentre outros aspectos, para verificação da rotatividade e da carência de pessoal existente.

O estudo teve como objetivos: descrever os sistemas de informação de recursos humanos em uso na SES/RJ, no contexto dos modelos de gestão adotados em suas unidades de saúde; identificar se existe fragmentação dos dados utilizados

nesses sistemas; e contribuir para melhorar a gestão de recursos humanos e de informações geradas no âmbito da instituição, demonstrando se é possível fornecer subsídios para o processo de tomada de decisão.

Como se desenvolveu a pesquisa

A pesquisa qualitativa, exploratória e aplicada utilizou uma revisão narrativa da bibliografia e de outros documentos sobre os sistemas de informação de recursos humanos em saúde, desde 1995, período da reforma do Estado. Essa abordagem se fez necessária para estruturar o arcabouço teórico sobre o tema necessário para embasar e contextualizar o estudo.

A pesquisa foi efetuada no período de agosto/2021 a março/2022, em textos on-line na íntegra, nacionais e internacionais, na forma de artigos, livros, dissertações, legislações, teses e relatórios, nos portais: Web of Science – Coleção Principal (Clarivate Analytics), Medline/PubMed, Scopus (Elsevier), Portal Regional BVS (Bireme) e Google Acadêmico. Foram utilizadas as palavras-chave: recursos humanos em saúde, força de trabalho em saúde, gestão de recursos humanos, sistemas de informação, gestão de dados, integração de dados, fragmentação de dados, interoperabilidade de registro eletrônico de saúde, integração de sistemas de RH e registro eletrônico de saúde.

Para a busca, foram utilizados os operadores booleanos OR e AND, de acordo com as estratégias adotadas, sendo encontrados mais de cinco mil textos. Como critérios de exclusão, foram descartadas as referências que se encontravam em duplicidade e aquelas que não se adequaram, especificamente, ao tema abordado. Dessa forma, foram selecionados 31 textos que tratam da importância dos sistemas de informação e das implicações sobre a integração de dados e a interoperabilidade de sistemas em um contexto sobre recursos humanos em saúde, em cenários semelhantes ao existente na SES/RJ.

Além disso, foi realizada uma pesquisa documental, com caráter exploratório, sobre os sistemas de informação ativos e os métodos utilizados para controle de dados de recursos humanos em saúde e a legislação pertinente nos portais: Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ), Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG/RJ), Sistema de Legislação de Pessoal (SILEP), Imprensa Oficial do Estado do Rio de Janeiro (IOERJ), Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, para identificação e compilação das variáveis e dos conteúdos dos sistemas e fontes de informação de interesse para a SES/RJ.

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

A SES/RJ, cuja sede está localizada no centro da cidade do Rio de Janeiro, possui como visão ser reconhecida como gestora do SUS no estado do Rio de Janeiro, capaz de garantir a saúde como direito de cidadania e de promover a defesa da vida. Conforme estabelece seu regimento interno, tem por missão

> [...] formular e conduzir a política estadual de saúde, conforme os princípios e diretrizes do SUS, garantindo a qualidade do cuidado a cada cidadão, visando ser reconhecida pela gestão inovadora do SUS, capaz de garantir a saúde como direito fundamental (Rio de Janeiro, 2022a, p. 3).

De acordo com a estrutura organizacional estabelecida pelo Decreto Estadual nº 47.869 (Rio de Janeiro, 2021a), de 13 de dezembro de 2021, a SES/RJ conta com nove Subsecretarias de Estado, quatro Entidades Vinculadas e/ou Supervisionadas (Instituto Vital Brasil, Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Fundo Estadual de Saúde e Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro) e três Órgãos Colegiados (Conselho Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Luta contra Tuberculose e Comissão de Intergestores Bipartite).

Composição da força de trabalho

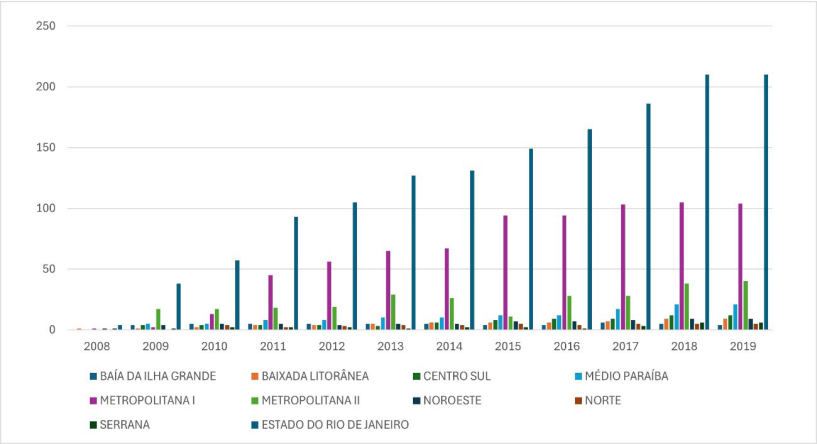
Ao longo dos últimos anos, as administrações federal, estadual e municipal vêm adotando formas diferenciadas de contratação e de estratégias de gestão de pessoal, que vão desde contratação temporária, terceirização, contratos por meio de serviços prestados, estágios, contratos com entidades privadas lucrativas ou não lucrativas, até contratos de gestão com Organizações Sociais e convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPS) (Conass, 2007 *apud* Ugá *et al.*, 2010).

A partir de 2011, a SES/RJ passou a dispor da força de trabalho oriunda da Fundação Saúde, a qual passaria a gerir, gradativamente, várias unidades de saúde da SES, após sua instituição estabelecida pelo Decreto nº 43.214, de 28 de setembro de 2011 (Rio de Janeiro, 2011), por meio de profissionais contratados por concurso público sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Nesse mesmo ano, profissionais de saúde, oriundos das Organizações Sociais de Saúde (OSS), também se juntaram, gradativamente, à força de trabalho atuante na SES/RJ, nas diversas unidades de saúde da secretaria, por meio de contratos de gestão estabelecidos entre essas organizações e a secretaria.

De acordo com o Relatório Anual de Gestão 2020, a SES/RJ dispõe de uma força de trabalho composta por 42.921 profissionais, com variados vínculos empregatícios, de acordo com os modelos de gestão adotados para as respectivas unidades de lotação desses profissionais (Rio de Janeiro, 2021b).

O Gráfico 1 mostra a distribuição desses vínculos empregatícios e sua proporção em relação à força de trabalho atuante na secretaria.

Gráfico 1 – Vínculos empregatícios na SES/RJ



Fonte: os autores

A força de trabalho é composta por profissionais do quadro efetivo, de regime estatutário (administração direta da SES/RJ) e de regime celetista (oriundos da Fundação Saúde), além de profissionais terceirizados (oriundos de OSS e de contratos com empresas para prestação de apoio administrativo), servidores requisitados interna e externamente (oriundos de outros órgãos), comissionados de livre nomeação e de livre exoneração e médicos residentes, oriundos de estabelecimentos de ensino para realização de residência médica (Rio de Janeiro, 2021).

Nos últimos anos a SES/RJ vem mudando o modelo adotado para a gestão de suas unidades. No ano de 2020, o governador do estado do Rio de Janeiro publicou no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro de 08 de setembro de 2020 um despacho determinando que as unidades que se encontravam sob gestão de OSS passassem à gestão da Fundação Saúde num prazo não superior a 28 meses (Rio de Janeiro, 2020). Por conta dessa decisão, a Fundação Saúde está, gradativamente, assumindo a gestão das Unidades de Saúde que se encontram sob gestão das Organizações Sociais. No entanto, essa transferência somente será integralmente efetivada à medida

que se encerrar o prazo de vigência dos contratos de gestão com as organizações (Rio de Janeiro, 2022b), o que acarretará significativas alterações na composição da força de trabalho da SES/RJ.

Resultados

A literatura analisada demonstra, no Brasil e no mundo, a importância de se utilizar ferramentas que gerem dados e forneçam informações capazes de facilitar o planejamento e traçar metas com embasamento em evidências. Assim, a utilização de sistemas de recursos humanos com informações integradas tem o potencial de facilitar o planejamento da força de trabalho e subsidiar a tomada de decisão da organização (Tursunbayeva *et al.*, 2017), itens essenciais na gestão de pessoas, principalmente em um cenário de carência global de profissionais de saúde, conforme demonstrado pela Organização Mundial de Saúde, realidade ainda mais evidenciada em países da África.

No Relatório Mundial da Saúde 2006 (OMS, 2007), foi estimado um déficit global de aproximadamente 2,4 milhões de trabalhadores de saúde, principalmente médicos, enfermeiras e parteiras. Conforme destacam Fronteira e Dussault (2010), dos 57 países com carência de profissionais, 36 encontram-se na África.

No continente africano, muitos países enfrentam desafios de coleta, análise, publicação e uso de informações sobre a força de trabalho de saúde para o desenvolvimento e o planejamento de políticas de saúde. Em estudo realizado em Moçambique para verificação dos sistemas de informação de RH, foi constatado que, além de existirem vários sistemas, estes apresentavam inconsistências em seus dados, impossibilitando subsidiar a tomada de decisões. Um cenário semelhante foi encontrado na Nigéria, que apresentava vários sistemas sem comunicação entre si, o que, inclusive, dificultou a coleta inicial de dados para a formulação de um instrumento que fosse interoperável com os sistemas utilizados no país.

Por esse motivo, foi desenvolvida uma diretriz operacional com base na orientação da OMS sobre o conjunto mínimo de dados para registros da força de trabalho em saúde, adaptado ao contexto local, visando à obtenção do número certo de trabalhadores de saúde qualificados e distribuídos equitativamente no território para a prestação de serviços de saúde.

Okoroafor *et al.* (2022) destacam que os principais desafios da força de trabalho de saúde que impedem o alcance das metas do setor incluem o planejamento deficiente da força de trabalho de saúde e a distribuição desigual de profissionais de saúde por localização geográfica. Para tanto, faz-se necessário dispor de informações adequadas e atualizadas sobre a força de trabalho de saúde. Enfatizam, ainda, que o uso de informações de registros da força de trabalho de saúde estabelecidos com um conjunto mínimo de dados, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde, contribui para melhorar a combinação de habilidades dos profissionais de saúde (Okoroafor *et al.*, 2022).

Assim, o desenvolvimento de sistemas de informação em gestão de RH tem sido recomendado como uma estratégia viável e econômica para lidar com a escassez de força de trabalho e melhorar a saúde pública nos países em desenvolvimento. Conforme destacam Tursunbayeva *et al.* (2017), a utilização de sistemas de informação de recursos humanos tem o potencial de facilitar o planejamento da força de trabalho e subsidiar a tomada de decisão, o que faz com que esse instrumento seja vital para o êxito de todo o sistema de saúde.

Nas pesquisas realizadas, foi possível perceber, também, a relevância do envolvimento de todos os interessados no processo de gestão dos sistemas de informação de recursos humanos em saúde. Na experiência de Uganda, por exemplo, chama a atenção a busca de um ambiente no qual as partes interessadas pudessem colaborar e compartilhar ideias sobre a implementação desses sistemas. Assim, o primeiro passo no fortalecimento do sistema de recursos humanos foi reunir todos os líderes e tomadores de decisão naquele país (Spero; Mcquide; Matte, 2011).

No Brasil, essa busca por integração de dados também foi percebida. Até a década de 1980, cada órgão da administração pública federal era responsável pelo cálculo e pelo pagamento da folha de seus servidores. Não havia integração entre os sistemas nem padronização normativa, o que dificultava a realização de auditorias e o estabelecimento de indicadores gerenciais. Em 1989, iniciou-se a implantação do Sistema Integrado de Administração de Pessoal (Siape), que visava centralizar o processamento da folha de pagamentos através da alimentação descentralizada de informações. No ano de 2021, foi implantado o aplicativo SOU-GOV.BR, do projeto Transformação Digital de Gestão de Pessoas, o qual concentrou os serviços relacionados à vida funcional dos servidores ativos, inativos e pensionistas, unificando, assim, os canais de relacionamento com o usuário através da migração das funcionalidades dos demais sistemas utilizados para essa função. Dessa forma, as unidades de gestão de pessoas passaram a ter ferramentas para tratamento das demandas e monitoramento dos resultados; e os gestores passaram a ter acesso a instrumentos e informações sobre a equipe, auxiliando, assim, na tomada de decisão e na obtenção de subsídios para a construção de uma política de gestão de pessoas mais acessível ao usuário.

Ainda no que tange à integração de dados, pode-se observar a mesma estratégia em vários municípios do Rio de Janeiro. Em 23 municípios, um sistema encontra-se em evidência: o sistema e-cidade, um software, via web, que procura integrar as bases de dados, facilitando o manuseio das informações e a gestão da instituição. Esse sistema se encontra disponível para download no Portal do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão - Portal do Software Público Brasileiro e destina-se a informatizar a gestão dos municípios de forma integrada entre os entes: prefeitura municipal, câmara municipal, autarquias, fundações e outros. Através dele, é possível efetuar o controle e a gestão de diversas áreas do município em um único sistema, como as áreas de recursos humanos, patrimônio, tributário e financeiro.

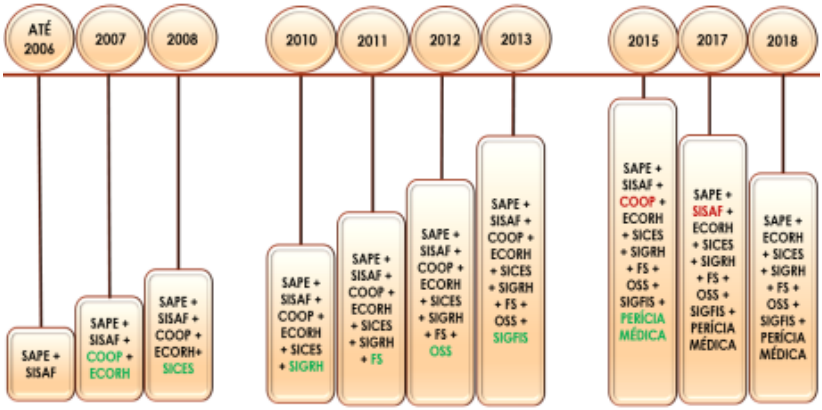
Sistemas de informação de RH na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Em relação à SES/RJ, mais especificamente, na gestão de recursos humanos, a secretaria gere informações por meio de várias ferramentas e com bases de dados distintas, de acordo com os vínculos empregatícios atuantes e a partir dos modelos de gestão adotados, as quais subsidiam seus gestores no planejamento, na tomada de decisões e em respostas a demandas realizadas por órgãos de controle.

Além do uso de sistemas instituídos pela Secretaria de Estado da Casa Civil (Sistema de Administração de Pessoal - SAPE e Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos - SIGRH), pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (Sistema Integrado de Gestão Fiscal - SIGFIS) e pela própria secretaria de saúde (Sistema de Administração Funcional – Sisaf, Sistema de Gestão de Recursos Humanos – ECORH, Sistema Informatizado de Controle de Escalas de Serviço – SICES e Sistema de Perícia Médica), ainda são utilizadas informações em planilhas, em Excel, que são enviadas mensalmente pela Fundação Saúde, organizações sociais e autarquias à Superintendência de Recursos Humanos da SES/RJ, contendo dados sobre a força de trabalho das unidades que não são geridas diretamente pela secretaria. Tais informações são coletadas e compiladas, mensalmente, pelo setor, por meio de planilhas, cujo volume de informações relativas a vínculos, unidades e gestores foram crescendo com o passar dos anos.

A evolução do uso dessas ferramentas pode ser mais facilmente visualizada na Figura 1. As ferramentas que se encontram marcadas em preto referem-se a instrumentos já consolidados; em verde, novas ferramentas adotadas para o controle dos dados; e, em vermelho, o último ano de utilização do instrumento em função da extinção do vínculo, no caso de cooperativados, representados com o termo "COOP", os quais permaneceram em atuação na SES/RJ até o ano de 2015, assim como o Sisaf, que foi utilizado até o ano de 2017, em função de pane sofrida em 2018, que impossibilitou sua recuperação.

Figura 1 – Evolução do uso de ferramentas na gestão de recursos humanos da SES/RJFonte: os autores (2022)



Pode-se perceber que, com o passar dos anos, os instrumentos foram sendo acrescidos, principalmente a partir de 2011, à medida que novos modelos de gestão foram adotados e, consequentemente, novos vínculos empregatícios surgiram, sem, no entanto, haver a adequação do setor para uma gestão eficiente dessas informações, perpetuando-se, dessa forma, a captação já precária dos dados sobre a força de trabalho.

Esse cenário demonstra que, devido ao número de sistemas que utiliza, a secretaria de saúde apresenta forte informatização de suas rotinas e processos, porém seus sistemas de informação não permitem planejar políticas de recursos humanos, uma vez que não há interação entre suas bases, além de existirem informações produzidas em planilhas que são alimentadas manualmente, o que facilita a incidência de erros e, consequentemente, favorece a ocorrência de retrabalhos, além de comprometer a confiabilidade das informações e a qualidade do produto utilizado para subsidiar a tomada de decisão dos gestores da SES/RJ.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo descrever o cenário existente na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, no que tange aos sistemas de informação de recursos humanos utilizados para captação de dados sobre sua força de trabalho, cujas informações são utilizadas pela secretaria de saúde para diversos segmentos, para elaboração de Relatórios Anuais de Gestão da SES/RJ, assim como em resposta a demandas internas e externas, como órgãos de controle, o que demonstra a relevância do tratamento dos dados que compõem tais informações.

A pesquisa permitiu identificar que as informações sobre a força de trabalho encontram-se fragmentadas, pois são utilizados vários sistemas para a gestão da força de trabalho atuante, sem haver interoperabilidade de suas bases de dados. No que tange aos profissionais que desenvolvem suas atividades em unidades não geridas diretamente pela SES/RJ, as informações são enviadas por meio de planilhas eletrônicas para compilação dos dados, cujo produto utilizado pela administração da secretaria também é gerado em formato de planilha em Excel, o que possibilita gerar retrabalhos e favorece episódios de erros de produção.

A gestão de dados sobre a força de trabalho com mais de trinta mil profissionais realizada pela SES/RJ por meio de planilhas eletrônicas assemelha-se às situações precárias encontradas em países em desenvolvimento da África, conforme literatura pesquisada neste estudo. A mudança de tal realidade nesses países foi possível devido a investimentos na implantação de sistema que apresentasse interoperabilidade das bases de dados existentes, assim como por conta do interesse e da participação dos atores envolvidos nesse processo.

O estudo permitiu verificar que é possível integrar dados, o que influencia diretamente a consecução dos trabalhos, a confiabilidade das informações e, consequentemente, facilita a gestão de recursos humanos. Dessa forma, considerando a ausência de uma

ferramenta que tenha o papel de integrar as informações geradas e que possibilite uma sinergia entre os instrumentos utilizados e que favoreça o planejamento de estratégias sobre recursos humanos, sugere-se:

I. Divulgação, à alta administração da SES/RJ, sobre as atuais condições da gestão de recursos humanos e seus riscos;

II. Elaboração de uma política de investimentos em tecnologia para a gestão mais efetiva de recursos humanos, por meio da adequação dos sistemas existentes, para que possam abrigar uma comunicação entre suas bases, através da criação de uma ferramenta que possibilite a interoperabilidade dos sistemas ou que seja capaz de coordenar as demais ferramentas, ou, ainda, por meio de um instrumento que realize críticas sobre os dados compilados;

III. Estímulo à participação de todos os interessados, desde a alta administração, assim como o setor tecnologia da informação e a área de recursos humanos, chegando, finalmente, aos usuários responsáveis pela alimentação dos dados, pois as informações geradas remetem a todos os setores da SES/RJ e comprometem as ações da instituição;

IV. Permanente capacitação dos profissionais envolvidos, de forma a desenvolver seu contínuo aprimoramento, principalmente em se tratando da introdução de uma nova rotina ou em uma readequação das práticas já existentes;

V. Formação de equipes permanentes de tecnologia da informação, evitando-se a descontinuidade do desenvolvimento e da manutenção dos sistemas ou o estabelecimento de procedimentos operacionais padrão sobre as rotinas de programação dos sistemas destinados às equipes de tecnologia da informação envolvidas;

VI. Atenção na qualidade da comunicação intra e intersetorial, de forma a facilitar o processo de captação das informações, evitando-se ou minimizando possíveis ruídos e consequentes retrabalhos.

A adaptação de uma nova rotina aos processos já existentes pode exigir esforço das equipes e demandar tempo para sua conclusão, no entanto, os resultados obtidos ao final podem ser recompensadores.

O uso de sistema de informação de recursos humanos, com informações precisas e integradas, torna-se um item capaz de influenciar a prestação dos serviços de saúde e pode, inclusive, ser utilizado como instrumento para planejamento estratégico de recursos humanos. Como exemplo, pode ser útil como auxílio em estudos para redução da carência de pessoal, através da promoção de uma melhor distribuição de profissionais de saúde na rede de assistência, aliando a formação profissional a uma combinação de habilidades necessárias a determinada unidade de saúde. Além disso, em se tratando de autoridade sanitária no estado, a SES/RJ poderia ampliar a utilização dessa ferramenta, em nível estadual, na captação de dados para atendimentos a grandes eventos.

Referências

AMÂNCIO FILHO, A.; OLIVEIRA, S. P. de. (org.). **Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: ação e reflexões. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: FIOCRUZ, 2009. 192 p.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 447-50, maio/jun. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/CVrVqCsxdkmJmDpSZpbkCDh/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 4 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília, DF: Poder Executivo, 1995. 68p. Disponível em: http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf. Acesso em: 4 jan. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9 v.).

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. 265 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: https://www.academia.edu/23085372/UNIVERSIDADE_DO_ESTADO_DO_RIO_DE_JANEIRO_Instituto_de_Medicina_Social. Acesso em: 4 jan. 2022.

FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Recursos humanos da saúde nos países africanos de língua oficial portuguesa: problemas idênticos, soluções transversais? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 78-85, 2010. Disponível em: https://brapci.inf.br/index.php/res/download/133893. Acesso em: 30 mar. 2022.

OKOROAFOR, S. C. *et al.* Conceptualizing and implementing a health workforce registry in Nigeria. **Human Resources for Health**, [*s. l.*], v. 20, n. 8, 2022. Disponível em: https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-022-00706-3. Acesso em: 25 mar. 2022.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Trabalhando juntos pela saúde**: Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 210 p. Disponível em: ttps://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/i_inicio.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

PEREIRA, G. M. C. *et al*. Sistemas de informação como apoio à gestão de recursos humanos em saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, Natal, RN, v. 5, n. 4, p. 21-41 2015.

PINOCHET, L. H. C. Tendências de Tecnologia de Informação na Gestão da Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 382-394, 2011.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/tendencias_tecnologia_informacao_gestao_saude.pdfAcesso em: 16 jan. 2022.

PORTO, M. A. G.; BANDEIRA, A. A. A importância dos sistemas de informações gerenciais para as organizações. *In*: SIMPEP, 3., 2006, Bauru. **Anais** [...]. Bauru: Unesp, 2006. p. 1-12. Disponível em: https://simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/974.pdf. Acesso em 16 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Decreto nº 43.214, de 28 de setembro de 2011**. Institui a Fundação Estatal dos Hospitais Gerais, a Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e a Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante, nos termos da Lei Estadual nº 5.164, de 17/12/2007, e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ: Poder Executivo, 29 set. 2011. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wpcontent/uploads/2013/11/Decreto_Estadual_n43214_2011.pdf~. Acesso em: 16 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 47.869, de 13 de dezembro de 2021. Altera, sem aumento de despesa, a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde - SES, que menciona e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**: Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, parte I, p. 1-3, 13 dez. 2021a.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Despacho – Processo Administrativo nº SEI-080001/018235/2020**. Lei nº 7946, de 27 de abril de 2018. DETERMINO que a Secretaria de Estado da Saúde proceda a transição do Modelo de Gestão da Saúde Estadual, retirando gradualmente a gestão das unidades das Organizações Sociais (OSs) e passando para a Fundação Estadual de Saúde (FES), num prazo não superior a 28 (vinte e oito) meses, contados de 04/09/2020. Rio de Janeiro, RJ: Poder Executivo, 8 set. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/315665140/doerj-poder-executivo-08-09-2020-pg-1. Acesso em: 16 jan. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2020**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2021b. 196 p. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzkwNjQ%2Chttp://alerjln1.alerj.rj.gov.br/

contlei.nsf/b24a2da5a077847c032564f4005d4bf2/aa9f8aa631a6a1410325658600732e5e?OpenDocument. Acesso em: 5 set. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2637, de 11 de fevereiro de 2022a. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de janeiro, e revoga a Resolução SES nº 107 de 24/11/1978, publicada no D.O. de 27/11/1978. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**: Poder Executivo, parte I, p. 13-14, Rio de Janeiro, RJ, 14 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2624, de 24 de janeiro de 2022b. Autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde das unidades de pronto atendimento - upa 24h que menciona para a fundação saúde do estado do rio de janeiro. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**: Poder Executivo, p. 10, Rio de Janeiro, RJ, 26 jan. 2022.

SILVA, R. M. da; JORGE, M. S. B.; SILVA JUNIOR, A. G. da. (org.). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. Fortaleza: Ed. UECE, 2015. Disponível em: http://www.uece.br/ppsacwp/wp content/uploads/sites/37/2016/04/PLANEJAMENTO-GESTAO-E-AVALIACAO-NAS PRATICAS-DE-SAUDE-EBOOK-548pg.pdf. Acesso em: 2 set. 2021.

SPERO, J. C.; MCQUIDE, P. A.; MATTE, R. Tracking and monitoring the health workforce: a new human resources information system (HRIS) in Uganda. **Human Resources for Health**, [*s. l.*], v. 9, p. 1-10, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-6. Acesso em: 25 mar. 2022.

TURSUNBAYEVA, A. *et al.* Human resource information systems in health care: a systematic evidence review. **Journal of the American Medical Informatics Association**, Maryland, Estados Unidos, v. 24, n. 3, p. 633-654, maio 2017. Disponível em: https://academic.oup.com/jamia/article/24/3/633/2907914. Acesso em: 25 mar. 2022.

UGÁ, M. A. D., *et al.* (org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual**: o caso do Rio de Janeiro [on-line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 377 p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37837/2/livro.pdf. Acesso em: 4 jan. 2022.

7

CATEGORIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Jacqueline Toledo Hosken
Eduardo Levcovitz
Ana Lúcia de Freitas Saccol

Introdução

Na área de alimentos, uma grande preocupação de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo são as Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA). Por esse motivo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou em 2004 a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 216, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação em consonância com o *Codex Alimentarius* (Anvisa, 2004; Brasil, 2021; Tondo *et al.*, 2015).

A RDC n.º 216/2004 representa um marco importante para o controle sanitário, pois regulamenta as Boas Práticas (BP) para serviços de alimentação. Entretanto, não apresenta o roteiro de inspeção. Sendo assim, por ser muito extensa, com 177 critérios para serem analisados, sem a definição detalhada do risco, muitas vezes, cabe ao fiscal, a partir de sua experiência, interpretar o risco (Anvisa, 2004).

A maior parte das DTHA são causadas pela ingestão de alimentos e ou água contaminados. Um dos aspectos relevantes é que nem os manipuladores de alimentos, nem os consumidores entendem a importância da adoção de BP de higiene ao comprar,

vender e preparar alimentos para a proteção da saúde (World Health Organization, 2020).

Relatórios nacionais e internacionais mostram que os casos de DTHA não são notificados, muitas vezes por serem apresentados sintomas leves e as vítimas não necessitarem recorrer ao sistema de saúde (Draeger *et al.*, 2019). O Ministério da Saúde (MS) tem registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no período entre 2009 e 2018, 6809 surtos de DTHA, com envolvimento de 120,584 mil doentes, sendo que 16% deles ocorrem em restaurantes/padarias/similares e outras instituições (Brasil, 2022). No estado do Rio de Janeiro, no período entre 2010 e 2020, foram registrados 845 surtos de DTHA com 11,934 mil doentes, conforme dados fornecidos pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica da Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

A proposta de categorização dos serviços de alimentação no estado do Rio de Janeiro com foco no risco sanitário de DTHA teve como inspiração o êxito do projeto de categorização da Copa do Mundo FIFA® de 2014. A proposta teve como justificativa a necessidade de repensar as ações de Vigilância Sanitária (Visa) na área de alimentos para atender à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 588/2018 e à Lei Federal nº 13.874 de 20 de setembro de 2019. Essa lei classificou os serviços de alimentação como atividades de baixo risco que, portanto, não teriam a necessidade de licenciamento sanitário ou inspeção prévia, demandando a criação de estratégias para a avaliação do risco sanitário desses serviços (Brasil, 2019a).Além disso, a Lei de Liberdade Econômica (Brasil, 2019a) gera a necessidade de capacitar os empresários dos serviços de alimentação para que possam se apropriar do conhecimento necessário para realizar a autoavaliação e tomar ciência do risco sanitário, permitindo melhorar e se responsabilizar pela qualidade sanitária de seu estabelecimento.

Essa proposta propicia às autoridades sanitárias do setor de alimentos dos municípios e do estado do Rio de Janeiro levantar

evidências e avaliar sua atuação na melhoria da qualidade sanitária dos serviços de alimentação por meio da evolução das pontuações geradas; ainda permite realizar o planejamento estratégico de suas ações com foco no risco sanitário de DTHA.

Avaliação de risco sanitário em serviços de alimentação

Para a categorização de serviços de alimentação é necessário avaliar o risco sanitário dos serviços de alimentação, definida como a melhor maneira de se avaliar possíveis perigos na cadeia alimentar e riscos para a saúde humana (Barros, 2019; World Health Organization; Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2006).

A Visa utiliza o conceito de risco sanitário com uma visão ampliada, integrando à segurança dos alimentos a perspectiva do risco e sua interface com a gestão social. Cabe ressaltar que a análise do risco é uma área do conhecimento da sociedade contemporânea baseada em probabilidades, incertezas e variabilidade, que traz uma complexidade, pois considera os fatores ambientais, os dados epidemiológicos, os padrões sociais e a cultura, além dos padrões microbiológicos, padrões toxicológicos e da composição dos alimentos (Stedefeldt, 2018).

A análise de risco é aceita internacionalmente como um componente-chave para a tomada de decisões em relação à segurança do alimento. A classificação de risco fornece dados, com a base científica, para elaborar legislações; para melhorar a vigilância das DTHA; para determinar a programação e frequência das inspeções sanitárias; para supervisionar as inspeções; para informar o público sobre as ameaças à segurança do alimento e para melhorar de forma contínua a segurança dos alimentos consumido no país. A categorização do risco permite identificar quais questões de segurança do alimento têm maior impacto na saúde pública facilitando o planejamento e a tomada de decisão, baseados em evidências (Food and Agriculture Organization, 2020).

Legislação de liberdade econômica e ações de visa

A Lei Federal n.º 13.874/2019, regulamentada pelo Decreto n.º 10.178/2019, estabelece normas de proteção à livre iniciativa e ao livre exercício de atividade econômica (Brasil, 2019a). Em seu art. 8º define que as atividades econômicas classificadas como nível de risco I serão dispensadas de qualquer ato público de liberação (Brasil, 2019b), sendo assim, as atividades: restaurantes e similares; bares, lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares; serviços ambulantes de alimentação; serviços de alimentação para eventos e recepções – bufê e fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para consumo domiciliar estão dispensadas de qualquer licenciamento (Brasil, 2020).

Ciente que a Lei de Liberdade Econômica classifica os serviços de alimentação como baixo risco, tendo ainda a preocupação com a subnotificação de casos de DTHA e a necessidade de fortalecer a importância das BP de manipulação de alimentos, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro publicou a Resolução SES n.º 2191/2020, que traz, em seu anexo IV, o Quadro 3, com uma classificação de risco dependentes de informação. Dessa forma, as atividades relacionadas a alimentos e preparação de refeições apresentam requisitos para serem isentas de licença sanitária e inspeção prévia, tais como: capacitação dos manipuladores de alimentos em BP, o número de refeições e a necessidade de um responsável técnico ou funcionário capacitado em BP (Rio de Janeiro, 2020).

Um dos desafios a ser enfrentado com a categorização é a Lei de Liberdade Econômica (Brasil, 2019a). Ela tem como foco a livre iniciativa estabelecida na Constituição Federal de 1988 e trouxe alterações significativas no âmbito regulatório, reduzindo a intervenção direta do Estado na ordem econômica (Juruena; Reck, 2021).

Categorização dos serviços de alimentação

Vários países e cidades no mundo vêm desenvolvendo programas de avaliação e classificação de risco em serviços de ali-

mentação com base nas BP. A categorização já é uma realidade em outros países e cidades, principalmente aquelas que tem grande fluxo de turistas. Ela trouxe a melhoria da qualidade sanitária dos serviços de alimentação e observou-se o aumento do número de restaurantes com supervisores treinados, com a manutenção adequada da temperatura dos alimentos e como consequência a redução de DTHA (Anvisa, 2013; Da Cunha *et al.*, 2014).

A cidade de Nova York, uma das cidades modelo, implantou a categorização em 2010 através de um programa de avaliação de risco nos restaurantes, tendo um impacto positivo na higiene do restaurante, nas práticas de segurança dos alimentos e na conscientização do público. A classificação teve como base o código de alimentos da *Food and Drug Administration* (FDA). A avaliação impôs padrões de segurança uniformes utilizando o cálculo das notas para definir as letras que ficam expostas na vitrine do restaurante. Conforme uma pesquisa conduzida pelo *Baruch College* da *City University of New York,* 91% dos nova-iorquinos aprovaram a classificação e 81% utilizam a classificação para tomar a decisão de onde farão suas refeições (Blog Smartsense, 2018).

Com base nos programas internacionais de classificação do risco para os serviços de alimentação, a Anvisa decidiu criar um sistema semelhante, o Projeto-Piloto de Categorização dos Serviços de Alimentação para a Copa do Mundo da *Fédération Internationale de Football Association* (FIFA®), em 2014. O projeto foi desenvolvido em âmbito tripartite, ou seja, com envolvimento da Anvisa, das vigilâncias sanitárias dos estados, das cidades-sede dos jogos da Copa do Mundo FIFA® 2014 e com a colaboração de um grupo de 24 especialistas de notório saber na área de BP em serviços de alimentação. Foram definidas cinco categorias que foram comunicadas ao público por meio de sites e selos afixados na entrada dos serviços de alimentação (Da Cunha *et al.*, 2014).

O instrumento desenvolvido com base na RDC n.º 216/2004 utilizou um sistema de pontuação aplicado para classificar os serviços de alimentação que possibilitou quantificar e avaliar o

risco sanitário de DTHA nos serviços de alimentação selecionados, além de disponibilizar à população acesso às informações sobre o desempenho desses serviços através do site da Anvisa. Dos 177 itens da legislação, foram definidos 51 itens com foco no risco direto ao alimento. Os itens eliminatórios retiravam o estabelecimento do projeto, os classificatórios definiam as condições para participar do projeto e os pontuados eram utilizados na categorização (Anvisa, 2013; Silveira, Granada, Monks, 2016).

Durante o projeto-piloto da Copa do Mundo FIFA® 2014 foi avaliada a percepção dos atores envolvidos: o consumidor, os responsáveis legais pelos serviços de alimentação participantes e das autoridades sanitária, fiscais e coordenadores. O resultado foi surpreendente: todos os atores envolvidos tiveram uma percepção positiva e concordaram com a confiabilidade da categorização. A sociedade reconheceu que a categorização era confiável para comunicar o risco e promover a segurança do alimento. Os profissionais da Visa aprovaram o instrumento para identificar o risco, observaram melhoria das BP nos estabelecimentos e notaram uma mudança de percepção do estabelecimento em relação às ações de Visa. Os proprietários dos serviços de alimentação acreditaram no instrumento de autoavaliação e inspeção; e identificaram sua influência na melhoria das BP de manipulação dos alimentos e na melhoria no relacionamento com as autoridades sanitárias (Da Cunha *et al.*, 2016).

A comunicação com o consumidor é um dos pilares mestres da categorização e uma proposta alinhada à Estratégia Global de Segurança dos Alimentos (World Health Organization, 2021). A principal forma de comunicação é por meio dos selos, o que causa preocupação das autoridades sanitárias com relação à interpretação destes, pois mesmo um serviço de alimentação com a Categoria A informa ao consumidor que o estabelecimento controla adequadamente os principais fatores associados a DTHA, mas em hipótese alguma é uma garantia de que não haja falhas pontuais ou fatores externos que possam ocorrer na produção de refeições e vir a trazer risco sanitário de DTHA (Da Cunha *et al.*, 2016).

A responsabilização do proprietário do serviço de alimentação pela qualidade sanitária de seus produtos passa a ser fundamental. Qualificar o responsável legal dos serviços de alimentação para que a partir da ciência da legislação de alimentos se responsabilize pela qualidade sanitária do seu estabelecimento, independente das ações de Visa, atende ao Art. 2º da Lei de Liberdade Econômica (Brasil, 2019a), que traz como princípio no item II a boa-fé do particular perante o poder público.

A implementação da categorização pode mudar o panorama sanitário dos serviços de alimentação, aumentando a adequação à legislação e melhorando a qualidade sanitária. A consistência das pontuações atribuída a cada item da lista de avaliação com a percepção das autoridades sanitárias deu maior confiabilidade ao instrumento (Da Cunha *et al.*, 2014).

Um estudo realizado na Finlândia, um dos poucos que consideram a visão da autoridade sanitária em relação ao sistema de avaliação do risco sanitário, trouxe informações concordantes com o relatório final da Anvisa em relação ao projeto-piloto. As autoridades informam que o sistema de avaliação do risco sanitário é uma experiência bem-sucedida, traz melhorias para a segurança dos alimentos, reduz as infrações sanitárias e agiliza a correção das não conformidades devido a divulgação dos resultados. Relatam ainda a importância de sua continuidade. Destaca-se no estudo da Finlândia um alerta para a necessidade de apoio e de qualificação das autoridades sanitárias para o desenvolvimento da categorização (Anvisa, 2015; Da Cunha *et al.*, 2016; Kaskela *et al.*, 2021).

Desenho do estudo e metodologia

O método de pesquisa baseou-se na pergunta norteadora: como facilitar a implantação da categorização dos serviços de alimentação no estado do Rio de Janeiro com vistas a reduzir os riscos de DTHA e permitir uma comunicação direta ao consumidor? Como objetivo geral, buscou-se desenvolver uma proposta para implantar

o sistema de categorização dos serviços de alimentação no estado do Rio de Janeiro que considerasse o risco sanitário para DTHA.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: a análise documental e o desenvolvimento dos produtos tecnológicos. Para a análise documental, tomou-se como base: orientações legais, documentos e artigos científicos que poderiam subsidiar a elaboração dos produtos tecnológicos.

Foram analisados artigos no portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), inicialmente com as palavras-chave: *foodborne diseases* e *food safety* com o operador booleano AND. Foram aplicados os filtros: textos completos, dos últimos cinco anos, nos idiomas inglês e português. Como critério de exclusão, eliminaram-se os textos que não estavam alinhados ao objetivo do estudo, aqueles que tratavam de agentes etiológicos de DTHA, somente sobre manipuladores de alimentos e duplicados.

Para a pesquisa documental, foram realizadas buscas na literatura cinzenta e nos sites: *World Health Organization* (WHO), *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde, Anvisa, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na busca de legislações, manuais e outros documentos pertinentes ao tema.

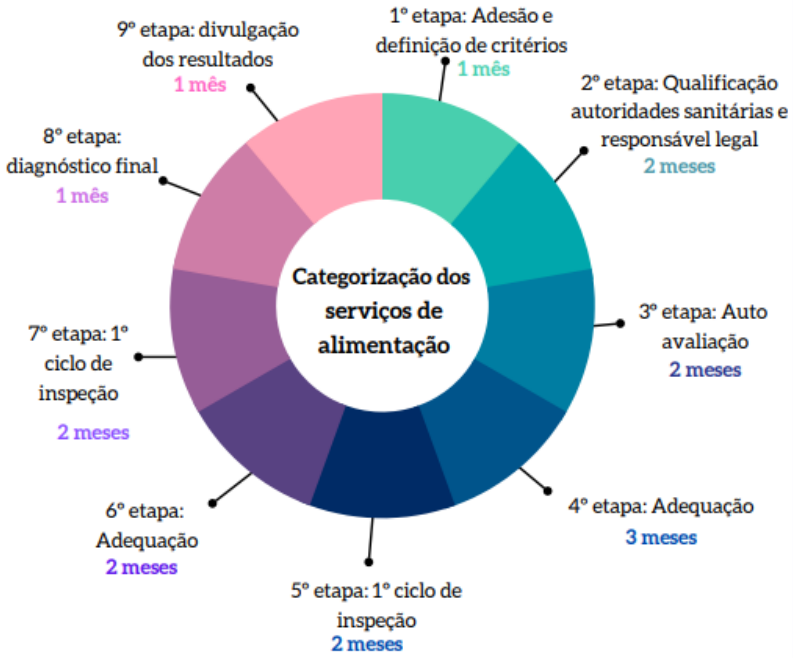
A partir da análise documental, formularam-se produtos de aplicação prática para serem utilizados na categorização dos serviços de alimentação com os produtos orientativos, que serão utilizados para direcionar os atores envolvidos no processo de categorização e na utilização dos produtos de aplicação, sendo eles: roteiro para auxiliar a elaboração do ato normativo para a categorização de serviços de alimentação; uma planilha no Microsoft Excel® para facilitar o cálculo da pontuação da lista de avaliação para a categorização dos serviços de alimentação; um guia orientativo para auxiliar o processo de implantação da categorização dos serviços de alimentação e um vídeo tutorial para auxiliar o processo de implantação da categorização dos serviços de alimentação para capacitação e divulgação. Os produtos desenvolvidos poderão

ser utilizados por outros estados ou municípios interessados em desenvolver a categorização de serviços de alimentação.

Resultados e principais elementos

A categorização de serviços de alimentação apresenta uma metodologia que deve ser seguida passo a passo, conforme a Figura 1. Tem etapas bem definidas, prazos delimitados que culminam na comunicação ao consumidor da qualidade sanitária dos alimentos servidos. É uma ação de governo, estadual e municipal, com o envolvimento dos responsáveis legais pelos serviços de alimentação e a participação do cidadão usuário.

Figura 1 – Etapas da categorização dos serviços de alimentação



Fonte: Hosken (2022, p. 121)

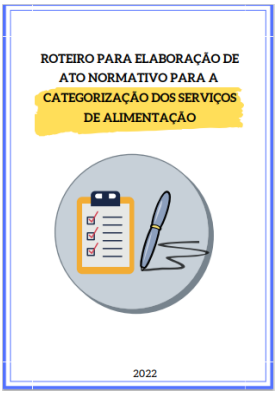
As inspeções da Visa em serviços de alimentação buscam identificar e corrigir os fatores de risco para DTHA. No entanto, na maioria das vezes, os dados obtidos nessas inspeções, não são utilizados como uma ferramenta de vigilância e segurança do alimento, mesmo sabendo que a análise contínua e sistemática dos dados permite planejar ações de prevenção e controle das DTHA (Firestone *et al.*, 2020).

A partir da experiência no projeto de categorização da Copa do Mundo FIFA® de 2014 e da análise documental foram desenvolvidos os produtos tecnológicos descritos a seguir, com o intuito de instrumentalizar as autoridades sanitárias bem como os responsáveis legais dos serviços de alimentação. Os produtos desenvolvidos permitirão avaliar e divulgar a qualidade sanitária dos serviços de alimentação no território estadual e municipal valorizando os responsáveis legais que investem nas BP de manipulação de alimentos.

Roteiro para elaboração da Norma para Categorização em Serviços de Alimentação

Para harmonizar a escrita do ato normativo de todos os estados e municípios interessados na categorização foi desenvolvido um roteiro para elaboração de ato normativo para a categorização de serviços de alimentação (Figura 2). Este contém: textos sugestivos com a sequência das informações; as legislações pertinentes; a lista de avaliação do risco sanitário pontuada, para ser utilizada nas inspeções sanitárias e na autoavaliação do serviço de alimentação; o quadro da classificação do risco/categorização; um modelo de termo de adesão e como exemplo, o ato normativo municipal da cidade de Santa Maria – RS.

Figura 2 – Roteiro para elaboração da norma para categorização de serviços de alimentação



a) Capa do roteiro

b) Capa do *e-book*

Fonte: Hosken (2022)

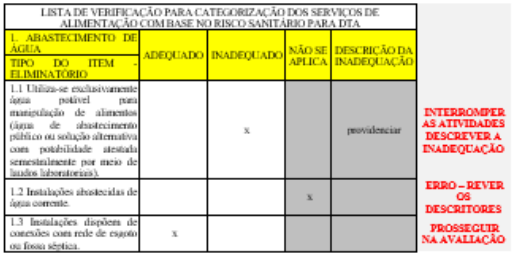
O Modelo de Termo de Adesão para a Categorização de serviços de alimentação é um documento necessário para a pactuação entre os estados e os municípios. Também pode ser utilizado para o compromisso a ser firmado entre o município e os serviços de alimentação participantes da categorização. As informações contidas nesse roteiro poderão ser utilizadas na íntegra ou parcialmente no momento da escrita do ato normativo pelo estado ou município. Escrito em Microsoft Word® versão 2016, considerou todas as legislações federais, estaduais e municipais pertinentes. Disponibilizado também no formato e-book desenvolvido na plataforma de design gráfico Canva®.

Planilha para cálculo do risco sanitário

A fim de facilitar e agilizar o cálculo do risco sanitário, advindo da inspeção ou autoavaliação dos serviços de alimentação foi desenvolvida uma planilha em Microsoft Excel®, versão 2017 (Figura 3), contendo a lista de avaliação proposta pela Anvisa (2013) para o

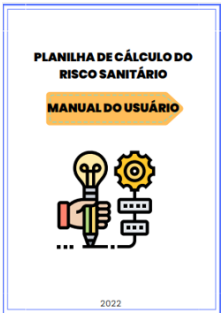
cálculo da pontuação do risco sanitário. Essa lista apresenta uma nova pontuação do risco sanitário composta de consequência x probabilidade, publicada por Viera *et al.* (2022).

Figura 3 – Planilha para o cálculo do risco sanitário



LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA CATEGORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO COM BASE NO RISCO SANITÁRIO PARA DTA					
1. ABASTECIMENTO DE ÁGUA TIPO DO ITEM - ELIMINATÓRIO	ADEQUADO	INADEQUADO	NÃO SE APLICA	DESCRIÇÃO DA INADEQUAÇÃO	
1.1 Utiliza-se exclusivamente água potável para manipulação de alimentos (água de abastecimento público ou solução alternativa com potabilidade atestada semestralmente por meio de laudos laboratoriais).		x		providenciar	INTERROMPER AS ATIVIDADES DESCREVER A INADEQUAÇÃO
1.2 Instalações abastecidas de água corrente.			x		ERRO – REVER OS DESCRITORES
1.3 Instalações dispõem de conexões com rede de esgoto ou fossa séptica.	x				PROSSEGUIR NA AVALIAÇÃO

a) Parte da planilha com frases de alerta



b) Capa do *e-book*

Fonte: Hosken (2022)

O público-alvo dessa planilha são as autoridades sanitárias e os responsáveis legais dos serviços de alimentação participantes da categorização. Em um único documento foram desenvolvidos a lista de avaliação para ser preenchida, o quadro da categorização e relatórios finais. A planilha é dinâmica e as informações contidas nas abas comunicam-se entre si. Com o intuito de evitar o erro no momento do preenchimento da planilha, foram desenvolvidas frases de alerta. Para facilitar o uso da planilha, foi desenvolvido um manual do usuário, que será disponibilizado em versão e-book desenvolvida na plataforma de design gráfico Canva® através de um link disponibilizado no ambiente virtual designado para a categorização nos endereços eletrônicos dos estados e municípios participantes do projeto.

A planilha disponibiliza dois relatórios. O primeiro relatório apresenta um quadro com o nome do estabelecimento, data da

avaliação, a pontuação do cálculo do risco, o gráfico do risco sanitário, a categorização, a característica (apto para funcionamento) e a situação (qualidade sanitária). Todas essas informações são retiradas do preenchimento. O segundo relatório apresenta as informações resgatadas em uma única listagem contendo os itens e a descrição das inadequações. A proposta é que esses dois relatórios sejam partes integrantes da documentação oficial entregue ao responsável legal do serviço de alimentação participante da categorização após cada ciclo de inspeção. Cabe ressaltar que esse mesmo relatório é gerado também pelo responsável legal do serviço de alimentação. Ele e/ou um funcionário/responsável técnico que ele designar poderá, através da autoavaliação, conhecer sua pontuação de risco e elaborar um plano de ação para a correção das inadequações.

Guia para categorização dos serviços de alimentação

Uma vez que a categorização é realizada em ciclos e necessita de ações prévias como: escolha do segmento de alimentação que iniciará o projeto, definição da equipe de Visa necessária, sensibilização dos responsáveis legais dos serviços de alimentação e da população do município, etapas e prazos, divulgação do projeto e posteriores resultados, foi elaborado o Guia para Categorização de Serviços de Alimentação, figura 4.

Figura 4 – Guia para Categorização de Serviços de Alimentação

a) Capa do guia

b) Capa do *e-book*

Fonte: Hosken (2022)

O guia foi escrito no Microsoft Word® versão 2016 e possui uma versão e-book desenvolvida na plataforma de design gráfico Canva®, que ficará disponível no ambiente virtual designado para a categorização nos endereços eletrônicos dos estados e municípios participantes do projeto para ser acessado tanto pelas autoridades sanitárias quanto pelos serviços de alimentação participantes do projeto.

Faz parte desse guia a sugestão de estratégias para a implantação da categorização, uma vez que esta exigirá inicialmente duas inspeções no mesmo estabelecimento. O município deverá analisar o tipo e a quantidade de serviços de alimentação e o número de autoridades sanitárias disponíveis e, assim, eleger os setores prioritários para iniciar a categorização. Essa priorização se faz necessária, pois cada serviço de alimentação participante terá dois ciclos de inspeção sanitária.

O guia traz ainda os descritores, informações básicas para o entendimento de cada critério da lista de avaliação, importantes para harmonizar a avalição tanto das Visa quanto dos responsáveis legais pelos serviços de alimentação.

O somatório da pontuação define o risco sanitário do estabelecimento. Cabe ressaltar que só são pontuados os requisitos inadequados ou não cumpridos, sendo assim, quanto maior a pontuação, maior o número de falhas e pior a qualidade sanitária do estabelecimento. A pontuação final é classificada em categoria A, B, C ou Pendente. A melhor classificação recebe a categoria A, que indica menor risco sanitário para DTHA (Anvisa, 2015; Viera *et al.*, 2022).

Vídeo para categorização dos serviços de alimentação

Complementando o guia, para utilizar na qualificação das autoridades sanitárias e dos responsáveis legais bem como na divulgação do projeto de categorização dos serviços de alimentação, foi desenvolvido um vídeo tutorial no software de animação *WhiteBoard VideoScribe*®. Ele traz as informações básicas para auxiliar a categorização. Tem a duração de 8 minutos e 12 segundos; apresenta 26 cenas. Visando à capacitação, ele poderá ser usado para o aprendizado no manuseio do guia, para a utilização da planilha de cálculo e para utilização da lista de avaliação e do quadro de categorização (figura 5).

Figura 5 – Vídeo para categorização de serviços de alimentação

a) Vídeo

b) Segunda tela do vídeo

Fonte: Hosken (2022)

Para elaboração do vídeo foram utilizadas ilustrações de domínio público dos sites picjumbo.com e burst.shopify.com, do manual de BP da Secretaria Estadual de Educação do Paraná (Stolarski *et al.*, 2015), imagens do *VideoScribe*® e dos produtos desenvolvidos nessa dissertação. O áudio foi gravado no aplicativo *Audacity*® e depois anexado ao *VideoScribe*®.

Todos os produtos desenvolvidos nesta proposta visam fortalecer e qualificar as ações de Visa junto aos serviços de alimentação, capacitar os empreendedores dos serviços de alimentação e suas equipes e permitir ao consumidor final a escolha do serviço de alimentação a partir da categorização baseada no risco sanitário de DTHA.

Conclusão

A categorização de serviços de alimentação no estado do Rio de Janeiro é uma proposta inovadora. Traz um importante diferencial para as ações da Visa, como agilidade, foco no risco sanitário, ações proativas e resultados numéricos mensuráveis tanto para avaliar a qualidade sanitária dos serviços de alimentação do município quanto para mensurar as ações da Visa.

Para a população, proporciona o conhecimento da qualidade sanitária dos serviços de alimentação, possibilitando uma escolha consciente do local onde irá se alimentar, e valoriza e responsabiliza os serviços de alimentação que investem nas BP de manipulação de alimentos, minimizando o risco de DTHA.

A proposta de categorização poderá iniciar uma nova fase das ações das Visa por estar em consonância com a Estratégia Global da OMS 2020 e a Agenda 2030. Esses documentos dão ênfase na implantação de políticas governamentais que incorporem novas tecnologias e que permitam que cada parte interessada conheça e desempenhe o seu papel para fortalecer o sistema de segurança dos alimentos e consequente redução da DTHA.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Categorização dos serviços de alimentação** (Elaboração e Validação da lista de avaliação). Brasília, DF: ANVISA, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Projeto-Piloto de Categorização dos Serviços de Alimentação**: Relatório Final. Brasília, DF: ANVISA, 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução nº 216, de 15 de setembro de 2004**. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Brasília, DF: ANVISA, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelhttps://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0216_15_09_2004.html. Acesso em: 22 jun. 2021.

BARROS, S. C. F. **A análise de risco nas regulações envolvidas na importação de alimentos**: estudo integrado da regulação sanitária, do setor regulado e dos fiscais federais. 2019. 213 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019**. Institui a Declaração de Direitos de Liberdade Econômica; estabelece garantias de livre mercado; altera as Leis nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), 6.404, de 15 de dezembro de 1976, 11.598, de 3 de dezembro de 2007, 12.682, de 9 de julho de 2012, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 10.522, de 19 de julho de 2002, 8.934, de 18 de novembro 1994, o Decreto-Lei nº 9.760, de 5 de setembro de 1946 e a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; revoga a Lei Delegada nº 4, de 26 de setembro de 1962, a Lei nº 11.887, de 24 de dezembro de 2008, e dispositivos do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13874.htm. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 10. 178 de 18 de dezembro de 2019**. Regulamenta dispositivos da Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019, para dispor

sobre os critérios e os procedimentos para a classificação de risco de atividade econômica e para fixar o prazo para aprovação tácita e altera o Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017, para incluir elementos na Carta de Serviços ao Usuário. Brasília, DF: Presidência da República, 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13874.htm. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. **Resolução CGSIM nº 57 de 21 de maio de 2020.** Altera as Resoluções CGSIM nº 51, de 11 de junho de 2019; 22, de 22 de junho de 2010; 29, de 29 de novembro de 2012; e 48, de 11 de outubro de 2018. Brasília, DF: Ministério da Economia, 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-57-de-21-de-maio-de-2020-258466034. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Vigilância epidemiológica das doenças de transmissão hídrica e alimentar. **Manual de Treinamento**. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-transmitidas-por-alimentos-dta/manual_dtha_2021_web.pdf/#:~:text=Departamento%20de%20Imuniza%C3%A7%C3%B5es%20e%20Doen%C3%A7as%20Transmiss%C3%ADveis.,196%20p.%20%3A%20il. Acesso em: out. 2022a.

BRASIL. **Surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar no Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dtha/arquivos/copy_of_apresentacao-surtos-dtha-2022.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018**. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

DA CUNHA, D. T. *et al.* Food safety of food services within the destinations of the 2014 FIFA World Cup in Brazil: development and reliability assessment of the official evaluation instrument. **Food Research International**, Essex, v. 57, p. 95-103, mar. 2014.

DA CUNHA, D. T. *et al.* Inspection score and grading system for food services in Brazil: The results of a food safety strategy to reduce the risk of foodborne diseases during the 2014 FIFA World Cup. **Frontiers in Microbiology**, [*s. l.*], v. 7, p. 614, abr. 2016. DOI 10.3389/fmicb.2016.00614.

DRAEGER, C. L. *et al.* Brazilian foodborne disease national survey: Evaluating the landscape after 11 years of implementation to advance research, policy, and practice in public health. **Nutrients**, [*s. l.*], v. 11, n. 1, p. 40, Dec. 2019.

FIRESTONE, M. J. *et al.* Can aggregated restaurant inspection data help us understand why individual foodborne illness outbreaks occur? **Journal of food protection**, [*s. l.*], v. 83, n. 5, p. 788–793, jan. 2020.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. **FAO Guide to Ranking Food Safety Risks at the National Level**. Food Safety and Quality Series n. 10. Rome: FAO, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.4060/cb0887en. Acesso em: 21 jun. 2021.

HOSKEN, J. T. **Proposta de Categorização de serviços de alimentação no estado do Rio de Janeiro com foco no risco sanitário de doenças transmitidas por alimentos**. 2022. 171 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/18445. Acesso em: 21 jun. 2021.

JURUENA, C. G.; RECK, J. R. Relação dicotômica entre Estado e mercado? uma análise da lei de liberdade econômica à luz da Constituição. **Revista Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 2230-2254, 2021.

KASKELA, J. *et al.* The perceived openness to interpretation of food inspection grading associates with disagreements between inspectors and food business operators. **Food Control**, [*s. l.*] v. 128, p. 108-207, abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Codex Alimentarius Higiene dos Alimentos**: Textos Básicos. 3. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 2191 de 02 de dezembro de 2020**. Dispõe sobre as listas e os critérios para Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE, sujeitas à vigilância sanitária no estado do Rio de Janeiro por Grau de

risco e dependente de informação para fins de licenciamento sanitário e Pós-mercado. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2020. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzY0NjE%2C. Acesso em: 14 jun. 2021.

SILVEIRA, D. M.; GRANADA, G. G.; MONKS, M. S. Classificação dos restaurantes de Pelotas-RS, cadastrados no Projeto-Piloto de Categorização de Serviços de Alimentação da Anvisa. **Higiene alimentar**, São Paulo, v. 30, n. 256-257, p. 43-49, maio/jun. 2016.

SMARTSENSE. Restaurant Letter Grading: What Does a B Really Mean? **Blog Smartsense**, [*s. l.*], 17 ago. 2018. Não paginado. Disponível em: https://blog.smartsense.co/restaurant-letter-grading. Acesso em: 14 jun. 2021.

STEDEFELDT, E. **Análise de riscos na gestão da segurança de alimentos**. São Paulo: Senac São Paulo, 2018. (Série Universitária).

STOLARSKI, M. C. *et al.* (org.). **Boas práticas de manipulação de alimentos**. Curitiba: SEED–PR., 2015. Disponível em: http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/alimenatacao_escolar/manual_de_boas_praticas_2016.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

TONDO, E. C. *et al.* Avanços da segurança de alimentos no Brasil. **Vigilância Sanitária em Debate**: Sociedade, Ciência & Tecnologia, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 122-130, maio 2015.

VIERA, F. D. *et al.* Proposal of a new method for the risk scoring and categorization of Brazilian food services. **Food Research International**, Essex, v. 156, p. 111-127, jun. 2022. DOI: 10.1016/j.foodres.2022.111127.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Food and Agriculture Organization of the United Nations. **Food safety risk analysis**: a guide for national food safety authorities. Rome: FAO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft WHO global strategy for food safety 2022-2030**. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Food Safety**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/food-safety. Acesso em: 12 jun. 2021.

8

ESTIMATIVAS DE NECESSIDADE, OFERTA E DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS NEONATAIS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E SUAS REGIÕES, EM 2020

Alessandra Georgia Carrazêdo Torres
Rosângela Caetano

Introdução

O capítulo se refere a um recorte de dissertação (Torres; Caetano, 2022) de mestrado profissional sobre as estimativas de necessidade, oferta e distribuição territorial de leitos neonatais de cuidados intensivos e de cuidados intermediários, no estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2012 e 2020.

O cuidado intensivo neonatal é ferramenta essencial para a assistência de recém-nascidos (RN) graves ou com potencial de se agravarem, devendo oferecer condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada e de alta complexidade a essa população. Depende, para tal, de equipes multiprofissionais e de especialistas, além de um conjunto de insumos e recursos tecnológicos (Gomes *et al.*, 2005).

Desde a década de 70, a partir da experiência americana, a organização do cuidado intensivo neonatal tem sido alvo de propostas de regionalização, que garantiriam o nascimento do RN de risco em unidades de complexidade adequada às suas necessidades de cuidado e possibilitaria redução da morbimortalidade, além de melhor gestão dos recursos, escassos e de alto custo. A partir daí, o cuidado intensivo neonatal se tornou prioridade em diversos países

desenvolvidos, que fizeram esforços para prover um sistema que garantisse o acolhimento e fosse, ao mesmo tempo, sustentável (Gomes *et al.*, 2005).

A relevância da terapia intensiva neonatal tem crescido substancialmente, em paralelo ao avanço nacional na diminuição da mortalidade infantil verificada no Brasil nos últimos 30 anos. A redução do componente pós-neonatal do coeficiente da mortalidade infantil no Brasil, observada ao longo das décadas de 1980 e 1990, contribuiu para a maior visibilidade do componente neonatal precoce da mortalidade infantil e crescente produção de estudos sobre esse tema. Isso ocorreu devido ao fato de o componente neonatal não ter apresentado a mesma intensidade de queda do componente pós-neonatal (Gomes *et al.*, 2005). Em 2018, a taxa de mortalidade neonatal no país correspondia a 9,15 óbitos/1.000 nascidos vivos, mas com importantes diferenciais entre as regiões e unidades da federação. No caso do estado do Rio de Janeiro, esse indicador se situava em 8,4 óbitos/1.000 nascidos vivos nesse ano (Brasil, 2021a).

Faz-se necessário assinalar que tanto a rede básica quanto os serviços de alta complexidade são essenciais para assegurar a integralidade da atenção à gestante, à criança e aos bebês cuja situação grave ou crítica exige cuidados especializados, e que parte importante da mortalidade neonatal é considerada prevenível através da assistência de saúde, tanto no pré-natal quanto no nascimento (França; Lansky, 2008).

No Brasil, essa linha de cuidado vem se desenvolvendo ao longo das últimas décadas. O cuidado neonatal está definido no Eixo Estratégico I — Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido — da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que objetiva a melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica, com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada

de atenção, através de ações estratégicas de prevenção da morbimortalidade neonatal e que afetam diretamente na necessidade ou não de leitos intensivos ou de cuidado intermediário. As principais ações estratégicas são a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido, a fim de prevenir a asfixia neonatal; atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, com a utilização do Método Canguru e qualificação da atenção neonatal, com ênfase no cuidado progressivo do RN grave ou potencialmente grave, da unidade intensiva para as unidades de cuidado intermediário convencional e canguru (Brasil, 2015).

A partir da implementação, pelo Ministério da Saúde, das Portarias GM/MS n.º 693, de 5 de julho de 2000 (Brasil, 2000) e n.º 1683, de 2007 (Brasil, 2007), que trouxeram a norma de orientação para a implantação do Método Canguru e da tendência mundial de humanização da medicina de alta tecnologia, as unidades de terapia intensiva neonatal brasileiras incorporaram, para além das novas tecnologias e equipes compostas por categorias profissionais diversas, o aspecto da humanização do cuidado, que comprovadamente aumenta a sobrevida do bebê, seu desenvolvimento neurológico e sua integração ao convívio familiar, tornando-se ambiente terapêutico apropriado para o tratamento do RN de risco (Costa; Padilha, 2011).

Um dos mais importantes marcos legais para o cuidado intensivo neonatal, a Portaria GM/MS n.º 930, de 10 de maio de 2012 (Brasil, 2012), definiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidades neonatais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Miranda *et al.*, 2021). Foi editada em um contexto em que o Ministério da Saúde (MS) atuava com o intuito de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país. Adotando a perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado, definiu que a unidade neonatal e seus componentes deveriam articular uma linha de cuidados progressivos, o que implica na

organização dos serviços para garantir o acesso do recém-nascido grave ou potencialmente grave ao nível de assistência adequado à sua condição clínica, buscando o uso racional de leitos e a melhor utilização das tecnologias (Augusto, 2017).

No entanto, o crescimento dessa rede se fez e ainda continua ocorrendo sem um planejamento estratégico adequado, ocasionando falta de equidade na distribuição dos leitos e dificuldades de acesso, com desigualdades nacionais e regionais significativas (Barbosa; Cunha, 2011).

O artigo 6º da Portaria n.º 930/2012 (Brasil, 2012) classifica as Unidades Neonatais de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tipos I, II e III; Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (Brasil, 2021a). Embora ainda constem de forma residual no CNES, o regramento legal em questão já estabelecia, em 2012, que os leitos de UTIN tipo I e de Unidade Intermediária (UI) neonatal não deveriam mais ser habilitados. Ressalta-se ainda que a migração das UI para as UCINCo e UCINCa não foi automática, demandando cumprimento de exigências e novos processos de habilitação.

Nesse contexto, o planejamento e a gestão de leitos neonatais é estratégia fundamental para a garantia do acesso, melhoria do cuidado prestado e redução da morbimortalidade neonatal no Brasil. Elementos de programação como número e proporção adequada entre os diferentes tipos de leitos, considerando o custo, a especialização e a complexidade, devem ser considerados. Para além disso, a fim de assegurar o acesso tempestivo ao cuidado perinatal com qualidade e integralidade, Gomes *et al.* (2005) elenca outros fatores importantes que incluem a distribuição dos leitos obstétricos e neonatais já existentes e sua regulação; as distâncias geográficas e os diferentes fluxos nas regiões e localidades; a definição de atribuições referentes ao cuidado neonatal nas maternidades de risco habitual, maternidades de

referência regional e maternidades de referência macrorregional ou estadual; e o desenvolvimento de estratégias para o uso racional desses leitos.

Ainda se conhece pouco sobre a distribuição dessas unidades, sua estrutura e a forma como se presta assistência intensiva em nosso meio. Estudos sobre a oferta desses leitos são relativamente escassos em nosso meio (Miranda *et al.*, 2021; Augusto, 2017; Barbosa; Cunha, 2011; Barbosa, *et al.*, 2002; Barbosa *et al.*, 2004; Souza *et al.*, 2004; Silva, 2006; Albuquerque, 2010; Alam, *et al.*, 2020).

No caso do estado do Rio de Janeiro, a última publicação que contemplou essas informações data de aproximadamente dez anos e tinha 2007 como ano de referência (Barbosa; Cunha, 2011). Assim, é relevante para o planejamento e gestão dessa assistência conhecer, de forma mais atualizada, seu quantitativo e distribuição pelas regiões de saúde do estado, bem como estimativas de sua necessidade, tomando por base o ano de 2020 e os parâmetros recomendados pela Portaria n.º 930/2012 (Brasil, 2012).

Metodologia

Foi realizado um estudo de caráter exploratório, correspondendo a uma avaliação normativa, com delineamento transversal e abordagem quantitativa que se apoiou, essencialmente, no uso de informações disponíveis nas bases de dados secundárias presentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2021b).

O estudo envolveu três etapas: (a) levantamento e caracterização da oferta de terapia intensiva e de cuidados intermediários neonatais no estado para o período de 2012 a 2020, ainda que para o tratado neste capítulo importe apenas esse último ano; (b) estimativa da necessidade desses dois tipos de leitos, considerando o ano de 2020; (c) exame da suficiência dos leitos neonatais disponíveis no SUS frente à necessidade projetada pela portaria GM/MS n.º 930/2012 (Brasil, 2012).

Para a caracterização da oferta de leitos existentes e de leitos disponíveis (habilitados) ao SUS, foram levantados o número de Unidades de Saúde e os quantitativos de leitos de Terapia Intensiva Neonatal (classificados pelo porte como tipo I, II e III) e de Cuidados Intermediários Neonatais (do tipo Convencional e Canguru) disponíveis no estado do Rio de Janeiro, através dos dados secundários públicos do CNES (http://cnes2.datasus.gov.br), para o mês de dezembro de 2020. Foram levantados tanto os quantitativos de leitos independente da natureza jurídica do prestador, como os leitos disponíveis ao SUS. Esses dados alimentaram um banco de dados construído no software Excel®.

A fim de avaliar a distribuição espacial dos leitos de UTIN e de UCIN no estado do Rio de Janeiro por região de saúde, os dados dos diferentes tipos de leito presentes em cada município foram agrupados pelas nove regiões de saúde estabelecidas pelo Plano Estadual de Saúde 2020-2023, presente no site da Secretaria Estadual de Saúde do Estado (Rio de Janeiro, 2020).

A estimativa da necessidade de leitos utilizou por base a recomendação da Portaria GM/MS n.º 930/2012 (Brasil, 2012), de dois leitos de UTIN, dois leitos de UCINCo e um leito de UCINCa para cada 1.000 NV.

O número de NV de cada município do estado do Rio de Janeiro foi extraído do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) do estado, que possui dados relativos ao ano de 2020 mais atualizados que o DataSUS (Rio de Janeiro, 2021a).

A pesquisa foi feita com os dados de nascidos vivos relativos a este ano calendário, para as nove regiões do ERJ, considerando a região de residência da mãe. A fim de corrigir eventuais subregistros de nascimentos, a esses quantitativos foi aplicado o fator de correção 1,05, referente ao Brasil como um todo, uma vez que não foi identificado valor específico para o ERJ nos dados da Rede Interagencial de Informações para Saúde (Ripsa).

A partir desses quantitativos, convertendo por regra de três para mil NV e utilizando-se dos parâmetros listados na portaria para

cada tipo de leitos, foram obtidos os números de leitos intensivos e de cuidados intermediários neonatais minimamente necessários para atender aos nascidos vivos em cada região de saúde do estado.

A estimativa de leitos necessários foi feita a partir de dois cenários distintos: o primeiro composto apenas por usuários que "utilizam exclusivamente o SUS" e o segundo considerando 100% do número de nascidos vivos estimados. Para obtenção dos "usuários exclusivos do SUS", foi empregada a taxa de cobertura da saúde suplementar no RJ presente na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), obtida através do levantamento do número de beneficiários de planos privados de saúde por município do ERJ para 2020. Esses dados foram agregados por região de saúde do ERJ. Após, obteve-se a taxa de cobertura da saúde suplementar de cada região do estado, através de cálculo baseado na multiplicação do número de beneficiários de planos privados de cada região por 100, divididos pela população de cada região do estado (Anvisa, 2021).

De posse da estimativa da necessidade de leitos por mil NV, foi possível realizar o exame da suficiência, déficit ou excesso de leitos intensivos e de cuidados intermediários disponíveis no SUS frente à necessidade projetada pela Portaria GM/MS nº 930/2012, através da comparação entre o número de leitos identificados no CNES e o número de leitos minimamente necessários, para cada região de saúde.

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas do software Excel da Microsoft®, versão 2013, e apresentados na forma de tabelas descritivas, com valores absolutos, médias e proporções.

Adicionalmente, em função da existência de leitos de UTIN contratualizados anualmente pela SES-RJ que não se encontram presentes na base do CNES, foi realizada análise de sensibilidade agregando esse quantitativo levantado junto à Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (Saeca) (Rio de Janeiro, 2021b) aos leitos disponíveis ao SUS em cada uma das regiões de saúde.

Resultados e discussão

Leitos neonatais totais e disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro em 2020

Considerando o total de leitos neonatais registrados no CNES em 2020, foram identificadas 109 Unidades de Saúde com leitos de UTIN e/ou UCIN no estado do Rio de Janeiro. Dentre estas, oito (7,3%) possuíam apenas leitos de cuidados intermediários, sem registro da presença de leitos de UTIN. Dezesseis unidades (14,7%) tinham leitos das três modalidades (UTIN, UCINCo e UCINCa), mas apenas uma (Instituto Fernandes Figueira- Fiocruz) possuía leitos de todos os tipos: UTIN tipos I, II e II, UCINCo e UCINCa. Os leitos de UCINCa estavam presentes em apenas 18 unidades, 16 (88,9%) das quais eram da administração pública e duas de entidades empresariais sem fins lucrativos.

Quanto ao tipo de hospital, observou-se que a maioria das unidades neonatais (62, 56,9%) estava dentro de hospitais gerais, com o restante situado em unidades especializadas. Somente cinco unidades (4,6%) estavam localizadas em hospitais universitários. Em termos de porte, 34 das 109 unidades (31,2%) tinham menos de dez leitos neonatais, 64 (58,7%) possuíam entre 10 e 40 leitos, e apenas 11 unidades (10%) possuíam mais de 40 leitos. Dentre estas últimas, de maior porte, apenas quatro (36,4%) eram da administração pública.

Essas 109 unidades disponibilizaram, em 2020, 1.914 leitos, sendo 1.371 leitos (71,6%) de UTIN, 461 (24,1%) de UCINCo e 82 (4,3%) de UCINCa, correspondendo a uma relação por mil nascidos vivos de, respectivamente, 6,89; 2,32 e 0,41/1000.

A situação no que se refere aos leitos neonatais disponíveis ao SUS é bem mais diversa e restrita. Esses leitos (presentes em apenas 40 unidades de saúde) totalizaram, em 2020, 689 leitos, com a seguinte distribuição por tipo: 381 leitos (55,3%) de UTIN, 248 (36%) de UCINCo e 60 (8,7%) de UCINCa.

Em 2020, além dos 381 leitos de UTIN disponíveis ao SUS e constantes no CNES, foram contratualizados, pela SES, 353 leitos de UTIN.

Leitos neonatais disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro por Região de Saúde

Verificou-se uma distribuição bastante desproporcional dos leitos neonatais entre as regiões de saúde do estado, com grande concentração na região Metropolitana I, seguida das regiões Metropolitana II, Norte e Médio Paraíba e um quantitativo bastante baixo nas regiões Noroeste, Baixada Litorânea, Serrana, Centro Sul e Baía de Ilha Grande.

Ao avaliar-se a distribuição geográfica desses leitos na modalidade UTIN nas nove regiões de saúde e comparando com os nascidos vivos por região, no ano de 2020, observou-se que apenas as regiões Metropolitana I, Médio Paraíba, Centro-Sul e Norte atingiram o mínimo preconizado pela Portaria n.º 930/2012 de dois leitos a cada mil NV. Já com relação aos leitos de UCINCo, apenas a região Centro Sul apresentou o mínimo preconizado de leitos por mil NV pela portaria, e o Médio Paraíba não apresentava registro de nenhum leito dessa modalidade. A região da Baía de Ilha Grande mostrava uma relação leitos UCINCo por mil NV de 1,9, enquanto a Metropolitana I, que possui mais leitos no estado, de apenas 1,5 leitos por mil NV. Com relação aos leitos de UCINCa, nenhuma região atingiu a relação mínima preconizada na portaria, e as regiões Baía de Ilha grande, Centro-Sul, Noroeste e Baixada Litorânea não apresentam nenhum leito canguru habilitado (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos leitos intensivos e de cuidados intermediários convencionais e canguru disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro por população de nascidos vivos e região de saúde em 2020

Região de Saúde	População de NV*	N.º Leitos de UTIN	Leitos UTIN/ 1000 NV	N.º Leitos de UCIN-Co	Leitos UCINCo/ 1000 NV	N.º Leitos de UCIN-Ca	Leitos UCINCa/ 1000 NV
Médio Paraíba	10.738	36	3,3	0	0	4	0,4
Centro Sul	4.054	10	2,5	8	2,0	0	0
Norte	13.334	28	2,1	20	1,5	10	0,8
Metropolitana I	126.973	267	2,1	184	1,5	37	0,3
Noroeste	4.135	8	1,9	4	1,0	0	0
Baía de Ilha Grande	3.636	4	1,1	7	1,9	0	0
Serrana	11.619	10	0,9	16	1,4	5	0,4
Metropolitana II	22.980	15	0,7	8	0,4	4	0,2
Baixada Litorânea	11.596	3	0,3	1	0,1	0	0

Legenda: Sistema Único de Saúde (SUS); Rio de Janeiro (RJ); nascidos vivos (NV); Unidade de Terapia Intensiva (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Notas: * Excluídos 14 nascidos vivos com município de residência da mãe ignorado e aplicado fator de correção para subnotificação de 1,05.

Fonte: autores, a partir de Brasil (2021b; 2021c)

A região Metropolitana I concentrou os leitos neonatais de todas as modalidades no período estudado. A proporção dos leitos neonatais nessa região foi de 66,9%. Por modalidade, 67,2% dos leitos eram de UTIN, 65,9% dos leitos eram de UCINCo e 65,8% eram de UCINCa. Dentro da Metropolitana I, também existe concentração de leitos em algumas regiões. Essa região é composta por 12 municípios, totalizando população de 10.542.254 habitantes. No entanto, só na capital, cuja população em 2020 correspondia a aproximadamente 6.747.815 habitantes, situavam-se 374 (76,6%) dos 488 leitos neonatais da região; 200 (75%) dos 267 leitos de UTIN; 137 (74,5%) dos 184 leitos de UCINCo e a totalidade dos leitos de UCINCa.

Em levantamento nacional realizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, utilizando dados do CNES de 2012, desigualdades geográficas na distribuição dos leitos de UTIN também foram identificadas, com concentração no eixo Sudeste e Sul e precariedade da rede no Norte e Nordeste brasileiro (SBP, 2021).

Especificamente em relação ao Rio de Janeiro, dois estudos (Barbosa; Cunha, 2011; Barbosa *et al.*, 2002) anteriores e mais antigos também observaram que, da mesma forma que no presente trabalho, a maioria dos leitos neonatais estavam concentrados na região metropolitana do estado, em proporções inclusive maiores que o aqui verificado (92,7%, em 2002, e 80,1%, em 2011). O estudo de 2011 sinalizava para uma redução da inequidade na oferta e distribuição dos leitos de UTIN no ERJ, quando comparado aos quantitativos levantados por Barbosa *et al.* (2002), com aumento da disponibilidade de leitos nas regiões interioranas do estado (79 para 218, aumento de 175%). Apesar desta redução da inequidade, os autores concluíram que investimentos ainda eram necessários no setor público, a fim de aumentar a oferta de leitos e aumentar o acesso a esse tratamento especializado.

Os dados trazidos aqui sinalizam que, independentemente de alguns progressos ocorridos nos últimos dez anos, ainda se faz necessário diminuir a desigualdade entre as regiões do ERJ.

Estimativas de necessidades de leitos neonatais e exame da sua adequação frente ao recomendado na Portaria GM/MS n.º 930/2012

O cenário 1, que considerou a cobertura de usuários com planos de saúde por região, projetou menor necessidade de leitos neonatais (tabela 2) e sinalizou uma suficiência dos leitos de terapia intensiva e déficits de, respectivamente, -41 e -85 para leitos de cuidado intermediário convencional e canguru.

No entanto, ainda que o número total de leitos de UTIN no estado cumpra o previsto na portaria de 2012, as desigualdades regionais se expressaram em déficits presentes nas regiões Metropolitana II (-17 leitos), Baixada Litorânea (-16), Serrana (-8) e Baía de Ilha Grande (-2), com a região Noroeste apresentando valor estimado absolutamente igual à oferta disponível. No caso dos leitos de UCINCo, apenas a Metropolitana I (+21), Baía de Ilha Grande e Centro Sul (ambas com +1 leito por mil NV) apresentaram suficiência de leitos frente ao preconizado. Assinalam-se déficits expressivos nas regiões Metropolitana II (-24), Baixada Litorânea (-18) e Médio Paraíba (-16). A região Baía de Ilha Grande possui situação de insuficiência para todos os tipos de leitos neonatais. Com relação aos leitos de UCINCa, a situação deficitária é generalizada, chegando a -45 leitos por mil NV e -12 leitos por mil NV nas Metropolitanas I e II.

No cenário 2, considerando 100% do número de nascidos vivos, aprofundam-se as situações de insuficiência (tabela 3). Nesse cenário, até mesmo em relação aos leitos de UTIN passa a existir inadequação (déficit de -37 leitos por mil NV). Os déficits de leitos de UCINCo e UCINCa para o ERJ chegam a, respectivamente, -170 e -140 leitos por mil NV.

Nenhuma região de saúde do estado possui suficiência de todos os tipos de leitos neonatais. Mesmo a Metropolitana I, que possui as maiores ofertas, apresenta os maiores déficits de leitos de UCINCo (-70) e UCINCa (-90), por conta da grande quantidade de nascidos

vivos nesta região vis-à-vis os leitos disponíveis ao SUS. Destaca-se que as regiões Metropolitana II, Serrana e Baixada Litorânea apresentam estimativas deficitárias para todos os tipos de leitos.

Em 2020, existiam 353 leitos de terapia intensiva contratualizados pela SES-RJ nas regiões Metropolitanas I e II, Médio Paraíba, Norte Fluminense e Serrana. No que tange ao cenário 1, o excedente de leitos se acentua (de 289 para 445), mas a Baixada Litorânea e a Baia de Ilha Grande se mantém aquém da relação preconizada. Em relação ao cenário 2, a situação também melhora, deixando de existir insuficiência no total de leitos do estado (de -37 leitos para +316). Na Metropolitana II, o déficit de leitos de UTIN antes existente deixa de existir, e a situação deficitária da região Serrana é minorada. Como a contratualização se limita apenas a algumas regiões, outras se mantém inalteradas em seus números. Ademais, os cenários relativos a leitos de UCINCo e UCINCa se mantêm como antes.

A baixa representatividade dos leitos Canguru verificada neste estudo não é exclusividade do ERJ. Em estudo nacional, Miranda e colaboradores (2021) mostraram que estes leitos eram a minoria (11,27% dos leitos implantados) dentro dos leitos neonatais com quantidades insuficientes em todas as regiões brasileiras, exceto na região Norte. Com relação à composição das Unidades Neonatais, evidenciaram que poucas instituições (24,42%) apresentaram as três tipologias de leitos neonatais, indicando que a maioria não se organizava como uma linha de cuidados progressivos com as três tipologias de leito previstas e possível fragmentação do cuidado.

Outros trabalhos que examinaram suficiência dos leitos existentes a partir dos parâmetros assinalados pela Portaria GM/MS n.º 930/2012 (Brasil, 2012) também sinalizaram para grande insuficiência de leitos de UCINCa. O estudo conduzido por Augusto (2017), também de base nacional, verificou que o maior déficit de leitos neonatais era da tipologia UCINCa.

Convém assinalar que, a despeito das dificuldades para sua implantação, o cuidado ao recém-nascido na UCINCa apresenta inúmeras vantagens: diminuição de infecção relacionada à assis-

tência à saúde, diminuição da apneia da prematuridade, estímulo ao aleitamento materno, controle térmico mais eficiente do recém-nascido, estímulo sensorial adequado, favorecimento do vínculo mãe e filho, melhora do desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido, melhora no relacionamento da família com a equipe de saúde e maior competência e confiança dos pais no manuseio do recém-nascido de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar, quando comparado com o cuidado convencional. Além das vantagens clínicas, por se tratar de uma tecnologia leve e relacional, a UCINCa apresenta custos inferiores aos de leitos de UCINCo, o que sinaliza que o avanço no credenciamento de leitos Canguru poderia representar economia importante para o SUS (Estringer *et al.*, 2013).

Por outro lado, a manutenção do RN na UTIN por falta de unidade intermediária pode ocasionar maiores intervenções, maiores custos e riscos de iatrogenia ou infecções, e é nesse contexto que o cuidado intermediário promove uma atenção mais adequada (Augusto, 2017).

Cabe então perguntar: por que a implantação dos leitos intermediários, sobretudo os leitos de UCINCa, não aconteceu conforme a previsão da Portaria nº 930/2012, ou vem se realizando de forma ainda lenta e incipiente tanto no ERJ quanto no país? O valor da diária de pagamento à dupla mãe-filho na UCINCa pode ser um fator interveniente nessa equação. Enquanto, considerando fevereiro de 2022, os leitos de UTIN II têm valores de diárias de R$ 478,72 reais e os de UTIN III de R$ 508,63, os de UCINCa, que passaram a ser remunerados após a Portaria GM/MS nº 930, têm valor de diária na Tabela Unificada de Procedimentos do SUS estabelecidos em R$ 150,00 reais, sendo usual também tempos prolongados de permanência.

A instalação dos leitos de UCINCa demanda também mudanças no espaço da unidade neonatal, a fim de proporcionar estrutura acolhedora para o binômio mãe-bebê para a prática do método. A ausência de tais mudanças e adequações da infraestrutura já foram apontadas como um entrave para a implantação do MC no estudo de Cardoso *et al.* (2015).

Tabela 2 – Estimativas de necessidades de leitos SUS e comparação entre os leitos necessários e leitos disponíveis ao SUS por região de saúde do estado do Rio de Janeiro considerando as coberturas de planos de saúde regionais, 2020

Regiões	Pop Nascidos Vivos 2020*	Cobertura planos de saúde	Pop nascidos vivos descontando cobertura saúde suplementar	UTIN **			UCINCo***			UCINCa****		
				Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa de Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado
Metropolitana I	126.973	35,77	81.555	163	267	104	163	184	21	82	37	-45
Metropolitana II	22.980	29,52	16.197	32	15	-17	32	8	-24	16	4	-12
Médio Paraíba	10.738	26,01	7.945	16	36	20	16	0	-16	8	4	-4
Norte	13.334	24,32	10.091	20	28	8	20	20	0	10	10	0
Serrana	11.619	21,01	9.178	18	10	-8	18	16	-2	9	5	-4

Baixada Litorânea	11.596	17,2	9.602	19	3	-16	19	1	-18	10	0	-10
Baía de Ilha Grande	3.636	14,69	3.102	6	4	-2	6	7	1	3	0	-3
Noroeste	4.135	13,99	3.556	7	8	1	7	4	-3	4	0	-4
Centro Sul	4.054	13,38	3.512	7	10	3	7	8	1	4	0	-4
TOTAL	**209.067**		**144.738**	**289**	**381**	**92**	**289**	**248**	**-41**	**145**	**60**	**-85**

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Notas: * Excluídos 14 nascidos vivos com município de residência da mãe ignorado e aplicado fator de correção para subnotificação de 1,05; ** Estimativa baseada no disposto na Portaria GM/MS nº 930/2012 de dois leitos de UTIN para cada mil NV; *** Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de dois leitos de UCINCo para cada mil NV; **** Estimativa baseada no disposto na GM/MS n.º 930/2012 de um leito de UCINCa para cada mil NV

Fonte: elaboração própria, a partir de Brasil (2021b, 2021c)

Tabela 3 – Estimativas de necessidades de leitos SUS e comparação entre os leitos necessários e leitos disponíveis ao SUS, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro considerando 100% dos nascidos vivos, 2020

Regiões	Pop Nascidos Vivos 2020*	UTIN **			UCINCo***			UCINCa****		
		Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado
Metropolitana I	126.973	254	267	13	254	184	-70	127	37	-90
Metropolitana II	22.980	46	15	-31	46	8	-38	23	4	-19
Médio Paraíba	10.738	21	36	15	21	0	-21	11	4	-7
Norte	13.334	27	28	1	27	20	-7	13	10	-3
Serrana	11.619	23	10	-13	23	16	-7	12	5	-7
Baixada Litorânea	11.596	23	3	-20	23	1	-22	12	0	-12
Baía de Ilha Grande	3.636	7	4	-3	7	7	0	4	0	-4
Noroeste	4.135	8	8	0	8	4	-4	4	0	-4

Centro Sul	4.054	8	10	2	8	8	0	4	0	-4
TOTAL	**209.067**	**418**	**381**	**-37**	**418**	**248**	**-170**	**209**	**60**	**-149**

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Notas: * Excluídos 14 nascidos vivos com município de residência da mãe ignorado e aplicado fator de correção para subnotificação de 1,05; ** - Estimativa baseada no disposto na Portaria GM/MS nº 930/2012 de dois leitos de UTIN para cada mil NV; *** Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de dois leitos de UCINCo para cada mil NV; **** Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de um leito de UCINCa para cada mil NV

Fonte: elaboração própria a partir Brasil (2021b; 2021c)

Conclusão

Os resultados do estudo apontam que o estado do Rio de Janeiro detinha, em 2020, 7% dos leitos neonatais do Brasil, superado apenas por São Paulo (2.252) e Minas Gerais (928). Possuía 7,8% (381) dos leitos nacionais disponíveis ao SUS de terapia intensiva neonatal (4.895), representando 80% dos leitos de UTIN I, 6,9% dos de UTIN II e 11,4% dos de UTIN III disponíveis ao sistema público no país.

Considerando o número total de leitos disponíveis no ano de 2020, seria possível afirmar que há suficiência dos leitos de terapia intensiva neonatal no Estado. Porém, os dados evidenciam desigualdades importantes na distribuição regional e déficits de leitos das várias tipologias em diversas regiões do Rio de Janeiro. Além disso, foi observada uma inadequação em todas as regiões, particularmente dos leitos canguru, em relação ao mínimo de leitos por mil NV preconizado na Portaria GM/MS n.º 930 de 2012.

Fica bastante evidente que as regiões não estão organizadas sob uma linha de cuidados progressivos, com as três tipologias de leitos previstas na legislação. Isso gera preocupação porque a oferta de leitos de cuidado neonatal no estado e as configurações estabelecidas pela estrutura disponível e pelas necessidades em saúde influencia a capacidade de atendimento aos RNV e o delineamento de fluxos que expressam as fragilidades e desequilíbrios da rede de atenção à saúde dos diferentes territórios.

Ainda que a contratualização desses leitos privados e de entidades filantrópicas de terapia intensiva pela SES-RJ minore as deficiências de algumas regiões de saúde fluminense, como é restrita apenas a leitos de UTIN, não produz qualquer impacto nos cenários relativos ao cuidado intermediário convencional e canguru, indicando vazios assistenciais nessas áreas e comprometendo o acesso dos RN aos serviços de que precisam.

Portanto, há necessidade de investimento na rede neonatal estadual, com ampliação dos leitos de todas as modalidades, mas,

principalmente, dos leitos de UCINCo e UCINCa. A implantação desses leitos neonatais deve se dar de forma regionalizada, observando as regiões deficitárias, a fim de melhorar o acesso, evitar o transporte do RN e contribuir para a redução da morbimortalidade neonatal.

Esperou-se, com este estudo, ofertar ao sistema de saúde e aos pesquisadores subsídios ao planejamento dentro da área de cuidado neonatal, além de possibilitar um aprofundamento do debate acerca da busca por equidade no acesso a leitos neonatais no Sistema Único de Saúde e, em particular, no estado do Rio de Janeiro.

Por fim, com o sentido de contribuir na definição de futuras linhas de investigação, reitera-se a necessidade da realização de estudos adicionais. A fim de saber "para onde vamos" em um futuro próximo, novos estudos podem utilizar o presente estudo como base para criação de cenários de previsões de estimativas de necessidades futuras de leitos. Além desses, outros estudos devem avaliar os mecanismos e critérios de gestão adotados na contratualização destes leitos pelo SUS, a fim de colaborar para compreensão dos fatores determinantes e condicionantes deste processo, bem como esforços para entender, e quiçá reduzir, o número de leitos neonatais não habilitados pelo Ministério da Saúde, nas três esferas administrativas públicas do Estado.

Referências

ALAM, L. A. A. *et al.* Unidades de terapia intensiva neonatais no Rio Grande do Sul: distribuição de leitos e análise de equidade. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 64, n. 3, p. 348-352, 2020.

ALBUQUERQUE, N. **Avaliação do acesso a leitos de UTI através da Central de Regulação Hospitalar do SUS em PE no ano de 2009**. 2010. 47 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de saúde como requisito para obtenção do grau de especialista em Gestão Hospitalar) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Informações em Saúde Suplementar. **ANS Tabnet**, [*s. l.*], 2021. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def. Acesso em: 25 jul. 2021.

AUGUSTO, L. C. R. **A implantação do Cuidado Intensivo Neonatal**: análise da oferta de leitos no SUS. 2017. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

BARBOSA, A. P. *et al.* Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, p. 303-311, dez. 2002.

BARBOSA, A. P. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 6, p. 437-438, 2004.

BARBOSA, A. P.; CUNHA, A. J. L. A. C. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro, Brasil: distribuição de leitos e análise comparativa de equidade em 1997 e 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 27, supl. 2, p. S263-S271, 2011.

BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Objetivo 3-Boa saúde e bem-estar. Indicador 3.2.2-Taxa de mortalidade neonatal. Dados. Brasília, DF: ODS Brasil, 2021a. Disponível em: https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador322. Acesso em: 9 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNESNet**. Brasília, DF: MS, 2021b. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet**. Brasília, DF: MS, 2021c. Disponível em: http:/tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693 GM/MS, de 05 de julho de 2000**. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Can-

guru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html. Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007**. Aprova, na forma do Anexo, a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.htm. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 8 mar. 2022.

CARDOSO, J. S. *et al.* Análise Situacional da Implantação do Método Canguru em Maternidades Públicas Brasileiras. *In:* SANCHES, M. T. C. *et al.* (org.). **Método Canguru no Brasil**: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto da Saúde, 2015. p. 165-186.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, p. 248–255, jun. 2011.

ESTRINGER, A. P. *et al.* Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 29, n. 6, p. 1205-1216, 2013.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. *In:* Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 16., 2008, Caxambu. **Anais** [...]. Caxambu: Abep, 2008. p. 1-29. Disponível em: http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1763/1723. Acesso em: 17 jul. 2021.

GOMES, M. A. S. M. *et al.* Assistência e mortalidade neonatal no setor público do Município do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise do período 1994/2000. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 21, n. 4, p. 1269-1277, 2005.

MIRANDA, E. C. S. *et al.* Situação dos leitos neonatais em maternidades brasileiras: uma análise exploratória. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 909–918, 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2020. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDHNTY%2C.Acesso em: 9 ago.2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Nascidos Vivos no Estado do Rio de Janeiro** - Notas Técnicas. Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, 2021a. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/sinasc/Nota_Tecnica_Nascidos_Vivos.pdf. Acesso em: 9 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Equipe de Faturamento. Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação. (SAECA). **Planilha com relação de UTI'S N** [mensagem pessoal]. 2021b. Mensagem recebida por agctorres73@gmail.com em 23 ago. 2021.

SILVA, C. P. **Distribuição e densidade de leitos de Terapia Intensiva Neonatal no estado de Santa Catarina em 2005**. 2006. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de Neonatologia. Relação do número de leitos de UTI neonatal por 1000 nas-

cidos vivos. **SBP**, [*s. l.*], 2012. Disponível em: https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/neonatologia/conteudos-gerais/. Acesso em: 22 jun. 2021.

SOUZA, D. C. *et al.* Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 6, p. 453-460, dez. 2004.

TORRES, A. G. T.; CAETANO, R. **Estimativas de necessidade, oferta e distribuição territorial de leitos neonatais de terapia intensiva e de cuidado intermediário no estado do Rio de Janeiro, de 2012 a 2020.** 2022. 161 f. Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Rio de Janeiro, 2022.

9

ABSENTEÍSMO DE USUÁRIO EM CONSULTAS DE ESPECIALIDADES NO SUS: PERSPECTIVA DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM INSTITUTO DE REFERÊNCIA NO RIO DE JANEIRO

Indaiara Ribeiro Cesário
Rosana Chigres Kuschnir

Introdução

A noção de universalidade no SUS abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços, de modo que os cidadãos brasileiros possam acessar os serviços e ações em saúde de forma igualitária, sem qualquer tipo de barreira legal, econômica, física ou cultural (Paim; Silva, 2010; Pontes *et al.*, 2009). No entanto, a garantia da universalidade e integralidade na assistência à saúde ainda é um desafio, estando as barreiras de acesso entre as principais causas do problema. Paradoxalmente, o absenteísmo do usuário aos atendimentos programados é apontado como um problema crônico em todo território brasileiro, em diversos níveis de atenção e tipos de atendimentos (Bittar *et al.*, 2016; Campoville, 2019; Oleskovicz *et al.*, 2014).

A literatura aponta que nos estudos de caso realizados em todas as regiões do Brasil as taxas de absenteísmo variam entre 12% e 39% (Beltrame *et al.*, 2019; Campoville, 2019; Cavalcanti *et al.*, 2013; Mazza *et al.*, 2019; Monteiro *et al.*, 2019; Neves Junior, 2017; Oleskovick *et al.*, 2014; Santos, 2008; Silva, 2013; Silveira, 2013; Silveira *et al.*, 2018). Essa situação-problema na assistência

à saúde não é uma característica exclusiva do serviço público de saúde brasileiro, mas ocorre também em outros países, tanto no âmbito público quanto no privado. Estudos internacionais encontraram taxas de absenteísmo que variaram entre 13,2% e 43% nos continentes da África, América do Sul, Ásia, América do Norte, Europa e Oceania (Dantas *et al.*, 2018).

Apesar da relevância da temática, não há definição de parâmetro oficial sobre a taxa de absenteísmo aceitável em âmbito nacional ou internacional, não existindo uma norma que auxilie na avaliação e monitoramento. O significativo índice de absenteísmo do usuário aos atendimentos programados é apresentado como um problema enfrentado na gestão do Sistema Único de Saúde em todos os níveis de atenção. A falta do usuário reflete na capacidade clínica e de gestão, pois a ociosidade dos profissionais e equipamentos traz implicações para a resolutividade das demandas de saúde (Suk *et al.*, 2021; Bittar *et al.*, 2016; Bender; Molina; Melo, 2010).

O paradoxo encontrado com relação ao acesso e utilização dos serviços públicos de saúde no SUS é caracterizado pela existência de filas de espera, provavelmente resultante de demanda superior à oferta de vagas nos serviços, ao mesmo tempo em que existem evidências, em todos os níveis de atenção, de taxas significativas de absenteísmo dos usuários (Silveira, 2013).

A abordagem sobre a ausência do usuário nos atendimentos agendados deve ser feita com prudência, devido à sua ambivalência. O usuário ausente no atendimento programado é uma barreira de ampliação da cobertura e do acesso dos demais usuários, visto que quando uma consulta é agendada e não há comparecimento, ocorre o desperdício de recursos públicos referente aos gastos gerados pela ausência, que poderia ser realocado para o atendimento de outra demanda, evidenciando a subutilização do recurso público de saúde (Bender; Molina; Mello, 2010; Farias *et al.*, 2020). Por outro lado, a falta do usuário também pode ser resultado das barreiras de acesso aos serviços, produto de aspectos de condições individuais, institucionais e da política de saúde (Farias *et al.*, 2020).

O Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) é uma unidade pública de saúde estadual de média complexidade localizada no município do Rio de Janeiro, na Região de Saúde Metropolitana I do estado. O instituto é referência para doenças endócrino-metabólicas, com perfil de atendimento ambulatorial, de internação e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2021). Desde dezembro de 2013, é administrado pela Fundação de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

O acesso dos usuários aos serviços do IEDE é solicitado via Sistema de Regulação (Sisreg) e Sistema Estadual de Regulação (SER), a partir de solicitações inseridas pelas Unidades Básicas de Saúde, no caso de moradores do município do Rio de Janeiro, e pelas Secretarias Municipais de Saúde, quando residentes de outros municípios. O acesso se dá nos casos que atendem aos critérios clínicos pré-estabelecidos pelo IEDE.

Em 2017, as chefias dos serviços ambulatoriais do IEDE solicitaram ao Serviço Social da unidade que analisasse e propusesse estratégias para lidar com o absenteísmo de pacientes. A partir dessa demanda, foi desenvolvido o Projeto de Intervenção do Serviço Social, de 2018 a 2020, que tinha como diretriz o direito do acesso aos serviços e humanização no atendimento, superando a perspectiva do atendimento ao usuário visto apenas como números de produção e custos. Dentre seus objetivos estavam a identificação das principais causas do absenteísmo e sua diminuição em atendimentos subsequentes no instituto.

A execução do projeto teve como eixo fundamental a participação das equipes multiprofissionais dos respectivos serviços na identificação de usuários faltosos nos atendimentos subsequentes, o que possibilitou a intervenção do Serviço Social.

O processo de trabalho no projeto de intervenção ocorria em seis etapas:

1. Identificação do usuário em situação do absenteísmo, com duas ou mais faltas consecutivas em consultas subsequentes agendadas;
2. Os casos de absenteísmo eram encaminhados para o Serviço Social;
3. A assistente social realizava o primeiro contato com o usuário para agendamento do atendimento social;
4. Atendimento social dos usuários inseridos no projeto de intervenção;
5. Os usuários atendidos eram encaminhados para marcação de consulta;
6. Marcação de consulta.

O presente estudo, desenvolvido a partir dessa experiência do IEDE, buscou contribuir com a reflexão sobre a dimensão do acesso relacionada ao absenteísmo dos usuários às consultas agendadas nas unidades públicas especializadas. Adicionalmente, a reflexão sob a perspectiva do acesso aos serviços é necessária para desfazer estereótipos sobre o absenteísmo, já que a tendência é a de culpabilização do usuário faltoso e não são reconhecidas as barreiras de acesso e continuidade ao tratamento.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo cujo objeto foi o absenteísmo ambulatorial em consultas especializadas no SUS, buscando contextualizar, apresentar e analisar a questão a partir da experiência do Projeto de Intervenção do Serviço Social em casos de absenteísmo em consultas subsequentes, ocorrido no período de 2018 a 2020, no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE).

O referencial teórico abordou os temas absenteísmo, acesso e utilização de serviços públicos de saúde e foi elaborado através de

uma pesquisa bibliográfica, através das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), portal Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: "absenteísmo paciente", "paciente faltoso", "absenteísmo ambulatorial" e "acesso aos serviços públicos de saúde". Ao final foram selecionados e analisados 33 produtos, que contribuíram para compreensão sobre o tema.

Para compreensão do contexto institucional, o perfil do IEDE foi construído através do levantamento de informações a partir de documentos institucionais e de bancos de dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e da Fundação Saúde.

O fluxo assistencial de oferta e utilização das vagas de acesso ao IEDE foi traçado a partir de dados do Sistema de Regulação (Sisreg) disponibilizados pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR-IEDE, 2021).

A descrição do projeto de intervenção teve como fontes principais documentos institucionais relativos ao projeto e minha própria participação no seu processo de elaboração e desenvolvimento auxiliou na sua análise e contextualização.

Os resultados apresentados foram extraídos dos instrumentos utilizados para sua coleta e sistematizados, o que ainda não havia sido feito no âmbito do desenvolvimento do projeto.

Para discussão do absenteísmo na unidade, foi realizada a análise dos resultados do projeto de intervenção em diálogo com o referencial teórico, o que resultou na proposição de estratégias para redução do absenteísmo ambulatorial.

O IEDE e seus fluxos assistenciais

Criado em 1967, a partir de 1991 o IEDE recebeu a classificação de "Centro Estadual de Referência para as atividades de Endocrinologia, Diabetologia, Metabologia e Nutrição", o único estabelecimento público de saúde do Brasil dedicado exclusivamente a estas especialidades (IEDE, 2019). É um órgão de gestão estadual,

cuja administração é realizada pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro desde dezembro de 2013 (Rio de Janeiro, 2021a).

As atividades executadas abrangem ações de atenção básica e de média e alta complexidade, com financiamento dos procedimentos através do Piso de Atenção Básica (PAB), Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) e Média e Alta Complexidade (MAC).

O perfil de atendimento é de cuidado ambulatorial, internação e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (CNES, 2021), além de desenvolver ensino e pesquisa. Tem também as atribuições de aprimoramento, atualização e qualificação de profissionais e estudantes (médicos residentes, pós-graduandos e estagiários da área da saúde). Os atendimentos ocorrem majoritariamente de forma ambulatorial e as internações são destinadas a investigações diagnósticas mais complexas, intervenções cirúrgicas, programa de cirurgia bariátrica (pré e pós-operatório) e transtorno alimentar com repercussões orgânicas e psiquiátricas graves. Seus 29 leitos são distribuídos entre clínica geral (16); cirurgia geral (4) e pós-operatório (8) e um leito de isolamento. Não dispõe de unidade de terapia intensiva.

O ambulatório dispõe de 66 consultórios e *boxes* para atendimento clínicos e de apoio multiprofissional. Nos Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) há 19 salas, leitos e *boxes* para análises clínicas, exames de imagem e procedimentos cirúrgicos (Rio de Janeiro, 2021a). O instituto está organizado em quatro serviços clínicos ambulatoriais: Obesidade, Transtornos Alimentares e Metabologia (SOTAM); Diabetes; Endocrinologia; e Endocrinologia Pediátrica. Oferece também consultas em clínicas de apoio em especialidades médicas não relacionadas à endocrinologia; serviço de apoio diagnóstico e terapia; e os serviços de apoio multiprofissional (Enfermagem; Serviço Social; Psicologia; Nutrição; Unidade Pé Diabético/Fisioterapia; Fonoaudiologia e Odontologia).

O IEDE disponibiliza vagas para o Sistema Estadual de Regulação (SER) e, em sua maior parte, para o Sistema de Regulação (Sisreg) nos quatro serviços clínicos ambulatoriais. Para o usuário ser direcionado ao IEDE deve ser referenciado e cumprir uma

série de critérios clínicos e pré-requisitos de acesso que requerem diagnóstico fechado, o que, na maioria dos casos, só pode ser realizado com o suporte de exames laboratoriais de imagem e de profissionais especializados (Rio de Janeiro, 2022a). As solicitações de vagas para a Central de Regulação devem vir acompanhadas de laudos médicos que justifiquem o encaminhamento para o serviço especializado. Após marcação da consulta, os usuários advindos do Sisreg/SER passam pelo crivo da triagem médica no IEDE e, a partir da avaliação de adequação da referência, passam a ser acompanhados no instituto.

Ainda que não seja o objeto específico deste estudo, é importante ressaltar que problemas na interface entre os níveis de atenção, tanto da atenção primária com a secundária como entre diferentes especialidades, podem comprometer o acesso a serviços de referência (Franco; Magalhães Júnior, 2004; Silva; Moreira, 2021; Koster *et al.*, 2019).

No caso específico do IEDE, o não preenchimento do encaminhamento médico com a história clínica pode ocasionar dificuldades no acesso ao tratamento, visto que o IEDE considera o documento imprescindível para atendimento, segundo os critérios de acesso aos prestadores no Portal de Transparência Sisreg da Prefeitura do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2022a).

Ainda que não tenham sido estudadas as causas neste trabalho, cabe ressaltar que apenas no primeiro semestre de 2021, do total de 1535 vagas oferecidas pelo IEDE, 24% (369) ficaram ociosas, ou seja, não foram utilizadas pelo Sisreg. O percentual de ociosidade foi muito menor entre as solicitações do município do Rio de Janeiro: 5,6% (51) do total de 897 vagas ofertadas do que para os demais municípios, 50% (318) das 638 ofertadas.

Absenteísmo de usuários

O absenteísmo nos atendimentos ambulatoriais agendados é uma realidade inserida no cotidiano do instituto que passou a

ser debatida internamente no ano de 2017. Foi elaborado o *Projeto de Intervenção do Serviço Social nos casos de absenteísmo*. Este foi caracterizado como duas ou mais faltas seguidas nas consultas médicas subsequentes programadas ou três faltas seguidas em quaisquer atendimentos agendados para outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Durante o período 2018-2020, foram acompanhados 260 usuários em absenteísmo encaminhados ao Serviço Social. Ainda que tenham constituído uma pequena parte do total de casos, o projeto possibilitou uma maior compreensão do problema.

Considerando os 260 usuários participantes do projeto de intervenção, estes eram predominantemente do sexo feminino (53%), com idade menor de 18 anos (56%), residentes da Região de Saúde Metropolitana I (70%), dos quais a maioria morava no município do Rio de Janeiro (51%).

As causas do absenteísmo aos atendimentos subsequentes apresentadas pelos usuários reafirmam que as barreiras de utilização de serviços que interferem na continuidade do tratamento possuem múltiplos determinantes, que estão intrinsecamente relacionados aos usuários, aos profissionais, ao estabelecimento de saúde e às políticas públicas (Farias *et al.*, 2020) — relacionadas à organização do serviço, aos fluxos e processos de atendimento e ao agendamento.

Durante os três anos de desenvolvimento do projeto, foram elencadas 23 causas vinculadas à falta de assiduidade nas consultas subsequentes. Os resultados apontaram que as principais abarcavam questões a nível individual e político-estrutural: trabalho (24%), custo de medicamento e transporte (22%), adoecimento do usuário (19%) e falta de acompanhante (10%). Ou seja, estas motivações não fazem parte do escopo de decisão apenas do usuário, visto que estão vinculadas ao contexto de vulnerabilidade que vive, indicando a ausência do aporte de (forte) legislação trabalhista e políticas intersetoriais do Estado que garantam a continuidade do cuidado à saúde.

Nesse sentido, a desigualdade de acesso e utilização dos serviços públicos de saúde não estão associadas apenas ao nível socioeconômico dos usuários, mas também a fatores individuais, políticos e estratégicos adotados pela gestão local. Destarte, as barreiras podem ser influenciadas tanto por aspectos relativos às relações e condições individuais como às instituições e políticas de saúde. Nessa perspectiva, as barreiras de acesso podem ser de três dimensões diferentes: organizacional, individual e político-estrutural (Farias *et al.*, 2020).

O nível organizacional relaciona-se às características dos serviços públicos de saúde, no que tange à disponibilidade de recursos (Farias *et al.*, 2020) diante das seguintes barreiras: insatisfação com o atendimento, horário de atendimento e incapacidade de marcar consulta (por falta de vaga ou dificuldade de marcar a consulta por telefone). Assim, foi possível identificar que o acolhimento ao usuário, a rotina da instituição, gerenciamento de fluxos e o processo de atendimento, bem como a carência de recursos humanos especializados, são aspectos que influenciaram o acesso e utilização dos serviços de saúde e, como efeito, impactaram na assiduidade nas consultas.

No nível individual, as barreiras podem determinar os cuidados de saúde que o usuário receberá, mediante a escolha exercida através do nível da doença, a predisposição do usuário para usar os serviços de saúde e a oportunidade de uso (Andersen; Newman, 2008; Farias *et al.*, 2020). No projeto foram apontados os seguintes aspectos individuais: esquecimento, negligência dos responsáveis, problemas familiares, intercorrência com a própria saúde, mudança de local de residência, motivos alheios à vontade do usuário (como na greve dos caminhoneiros), falta de tempo, compromisso religioso, motivos pessoais e provas escolares. Na análise foram observadas características que atravessaram aspectos sociodemográficos, motivacionais, culturais, interpretação da doença e de vulnerabilidade social dos usuários.

No nível político-estrutural, as barreiras estão relacionadas às dificuldades de acesso aos cuidados de saúde relacionadas às políti-

cas públicas insuficientes nas áreas social e econômica, bem como à ausência de ações intersetoriais que abarcariam a utilização dos serviços de saúde (Farias *et al.*, 2020). Nesse nível, foram identificados como obstáculos de utilização: a violência (local de moradia/trajeto ao instituto) e a localização do serviço (longa distância/mobilidade urbana). O usuário precisa percorrer uma grande distância para ter acesso ao tratamento, como, por exemplo, os residentes de Itaperuna, município situado a mais de 300 km da capital do estado do Rio de Janeiro. Assim, as causas estão relacionadas à política pública de segurança e ao deslocamento do usuário, bem como à disponibilidade e à configuração dos atendimentos especializados em diabetes e endocrinologia no estado do Rio de Janeiro.

Embora as particularidades de cada nível considerado estarem delimitadas, elas não ocorrem de forma independente, mas possuem o impacto cumulativo (Dutton, 1986). Inclusive, no presente estudo, observou-se que algumas causas podem transitar em mais de um nível de forma concomitante, direta ou indiretamente. Assim, corrobora para compreensão de que as barreiras de acesso nos sistemas de saúde são "influenciadas tanto por aspectos mais restritos ao espaço singular das relações e condições individuais até o espaço mais geral que abrange as instituições e a política de saúde vigente" (Farias *et al.*, 2020, p. 9).

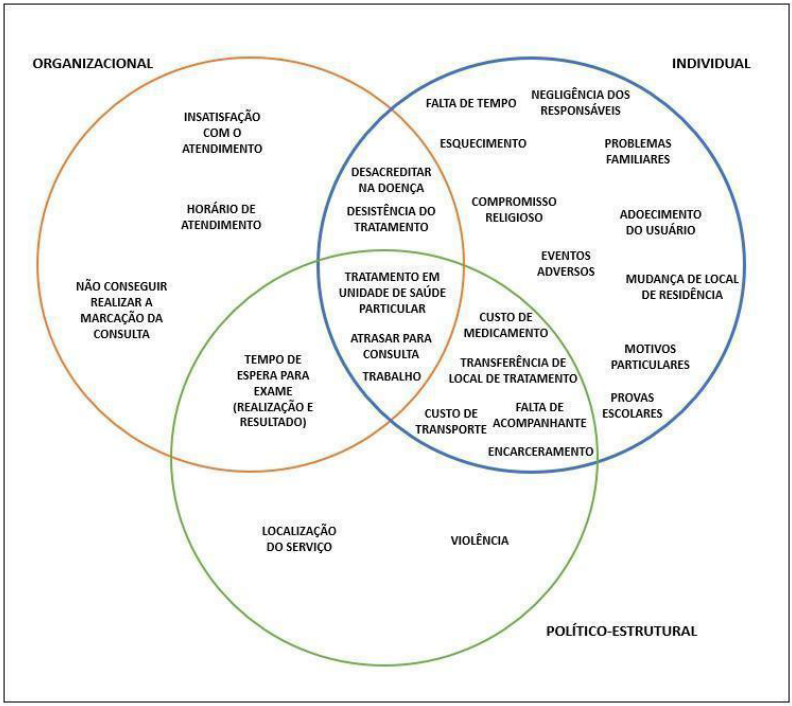
Na interseção dos níveis político-estrutural e individual está inserida o custo de medicamento, transferência do local de tratamento, falta de acompanhante, o custo do transporte e o encarceramento, uma vez que são aspectos que dependem da renda do usuário, assim como também são resultados da insuficiência de políticas públicas de saúde para garantir tratamentos integralmente gratuitos.

Já entre os níveis organizacional e individual foram identificadas a descrença e a desistência do tratamento, diante da relação na forma que o usuário vê a doença e como o profissional da saúde orienta mediante à transparência sobre os efeitos da doença e a relevância do tratamento para qualidade de vida.

Considerando a interseção entre os níveis individual, organizacional e político-estrutural, foram citados três motivos para o absenteísmo: trabalho, atrasar a consulta e a mudança de tratamento para unidade de saúde particular, que compreende o comportamento do indivíduo, a organização da unidade de saúde e o planejamento de saúde.

As diversas causas de absenteísmo e suas interseções são mostradas na figura 1.

Figura 1 – Barreiras à utilização dos serviços do IEDE analisadas em suas dimensões e interações – Projeto de Intervenção do Serviço Social, 2018-2020



Fonte: os autores, com base nas informações do Projeto de Intervenção do Serviço Social do IEDE, 2018-2020

Em 2021, o estudo sobre os fluxos assistenciais a partir da oferta de vagas externas ao Sisreg mostrou que, das vagas disponibilizadas para consultas de primeira vez na unidade, 24% não foram marcadas, enquanto 39,8% dos usuários que tiveram consultas de primeira vez agendadas não compareceram. Entre as vagas destinadas a residentes de outros municípios que não a capital, 50% ficaram ociosas. Da mesma forma, entre as primeiras consultas agendadas para esse grupo, 48% dos usuários faltaram. Ambos os percentuais bastante mais altos do que os referentes aos munícipes do Rio de Janeiro. Esses resultados indicam que possíveis barreiras à utilização dos serviços acontecem desde antes do primeiro acesso do usuário às consultas nos serviços especializados. O fluxo assistencial do Sisreg reafirmou o paradoxo existente, indicado pelos elevados percentuais de ociosidade e absenteísmo no primeiro atendimento de usuários residentes em outros municípios ao lado de filas de espera para atendimentos especializados.

Considerações finais

Um dos gargalos da rede assistencial à saúde é a oportunidade de uso e a concretização da utilização dos serviços. O cenário de filas de espera por ações e serviços, existente no cotidiano da vida dos cidadãos brasileiros, resultado de restrições ao acesso e à continuidade do cuidado, são parte de uma situação paradoxal, composta também por ociosidade no preenchimento de vagas ofertadas e taxas elevadas de usuários agendados faltosos (Silveira, 2013).

O Projeto de Intervenção do Serviço Social do IEDE foi desenvolvido ao longo de três anos, durante os quais, sob a coordenação da equipe de assistentes sociais da unidade, foram identificados e acompanhados 260 casos de usuários em situação de absenteísmo em consultas subsequentes. Neste capítulo, não almejávamos apresentar a análise quantitativa de resultados, mas discutir a temática do absenteísmo ambulatorial em sua correlação às possíveis barreiras de acesso do usuário às consultas especializadas.

Assim, a presente análise do projeto desenvolvido no IEDE optou pelo foco nas causas do absenteísmo, bem como a sua influência na gestão hospitalar e no trato terapêutico. É importante ressaltar que a relevância do absenteísmo está em sua ambivalência para os serviços públicos de saúde, quando pode ser a causa e/ou consequência de barreiras de acesso e utilização dos cidadãos aos serviços de saúde.

As causas apresentadas para a ausência do usuário às consultas programadas demonstram que apenas a disponibilização de vagas no Sistema de Regulação não garante meios de acesso e utilização dos serviços públicos de saúde. Conforme prevê a Constituição Federal (Brasil, 1988) e na Lei Orgânica da Saúde 8080/90 (Brasil, 1990b), é dever do Estado formular e executar políticas que assegurem condições de acesso às ações e serviços de saúde.

Na análise do projeto de intervenção foi apontada a relevância do conhecimento sobre a necessidade de saúde, as causas das dificuldades na utilização dos serviços e as possíveis motivações para o absenteísmo do usuário. Tais informações são indispensáveis para o planejamento e a tomada de decisão pelos gestores, pois podem promover a diminuição dos casos de usuários em absenteísmo nas unidades de saúde e, consequentemente, o aumento da produção dos profissionais e da resolução das demandas de saúde (Farias *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, as unidades de saúde possuem o papel fundamental no fornecimento de dados para concretização da universalidade do acesso à saúde, ao propiciar a geração de informações essenciais para auxiliar no planejamento de políticas públicas e ações de serviço em saúde. Assim, recomenda-se que a produção de serviços das unidades de saúde torne-se objeto de análise do acesso e da utilização de serviços, com os objetivos de coletar e armazenar dados para desenvolver ações na unidade, dentre as quais o de redução do absenteísmo do usuário. O uso correto dos dados proporcionaria um melhor gerenciamento e monitoramento abertura de vagas para atendimentos subsequentes, conforme as

necessidades de serviço apresentadas pelas demandas dos usuários e pela produção dos profissionais.

As possíveis estratégias da unidade de saúde para a redução do absenteísmo devem considerar a realidade dos atores envolvidos na atenção à saúde, tais como: escuta qualificada; programa de acolhimento; ajustes nos processos de marcação de consultas; uniformização dos processos de cadastro no sistema da unidade; reorganização do processo de trabalho; capacitações e treinamentos de recursos humanos e campanhas internas para os usuários. Por fim, destaca-se a criação de protocolo de atendimento para usuários ausentes, que não tem como intuito cercear o acesso e sim que os profissionais de saúde conheçam as causas do absenteísmo e forneçam orientações para que os usuários não voltem a interromper o tratamento.

O estudo mostrou o quão necessário é evidenciar a temática do absenteísmo do usuário nas unidades de saúde para que se iniciem as mudanças no processo organizativo da unidade, que proporcionem melhores condições ao usuário de continuação do tratamento.

O projeto apresentou as outras facetas do absenteísmo dos usuários aos gestores e à equipe de profissionais, iniciando um processo de superação da visão que culpabiliza o usuário. Sua forma de abordagem do absenteísmo contribuiu para mudanças no processo organizativo da unidade, tais como: no acolhimento do usuário em situação de absenteísmo; na inserção na rotina do Serviço Social no atendimento para usuários em absenteísmo; na atualização dos dados cadastrais do usuário; e na organização da rotina institucional da marcação de consultas, através do projeto de implantação do serviço de mensagens para lembrar da consulta.

Para além do projeto desenvolvido na unidade, o estudo realizado incluiu a identificação dos fluxos assistenciais e trouxe como resultado o indicativo de que o absenteísmo ambulatorial dos usuários ocorre tanto nos agendamentos de primeira vez pelo Sisreg quanto para os já inseridos no serviço especializado. Os entraves na garantia do primeiro acesso dos usuários através do Sisreg não

foram o foco do estudo, mas é necessário reconhecer a urgência da mudança estratégica, através do reordenamento organizacional no sistema de regulação (Bernardi; Albiero; Helena, 2021; Koster *et al.*, 2019), além de políticas intersetoriais para possibilitar a concretização do acesso.

Assim, observa-se que as soluções para o absenteísmo do usuário não se esgotam no âmbito institucional da unidade, visto que as causas não se limitam aos fatores internos, mas também abarcam questões intersetoriais que envolvem políticas públicas. Em virtude de seus condicionantes e determinantes (Brasil, 1990b), compreende-se que as questões de saúde perpassam setores e atores envolvidos, o que impossibilita que as resoluções destas estejam concentradas apenas no setor saúde. Dessa forma, as barreiras de acesso demandam novas estratégias para enfrentamento, inclusive com ações intersetoriais (Azevedo; Pelicioni; Westphal, 2012).

O presente estudo visou contribuir com a discussão sobre o absenteísmo dos usuários em consultas subsequentes em unidade especializada no Rio de Janeiro, a partir da perspectiva de acesso e utilização de serviços. Para estudos futuros que visem o aprofundamento do tema, sugere-se estudo amplo e detalhado nos municípios sobre as condições de acesso e utilização, bem como a identificação dos índices de absenteísmo de usuários em unidades de saúde e investigação de seu perfil. A partir dos resultados, agregados à informação de filas de espera, seria possível criar um mapa do estado do Rio de Janeiro com a identificação dos pontos reais e críticos da concretização do acesso. Sugere-se, também, a ampliação do universo da investigação sobre absenteísmo do usuário na perspectiva do usuário, dos profissionais de saúde e dos gestores.

Referências

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **Milbank Q.**, [*s. l.*] v. 83, n. 4, p. 311–316, 2008.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333–1356, 2012.

BAHIA, L. Entradas e Bandeiras e o SUS no Século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2878-2880, 2012.

BELTRAME, S. M. *et al.* Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1015-1030, out. 2019.

BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

BERNARDI, H.; ALBIERO, J. F. G.; HELENA, E. T. S. Regulação do acesso às consultas especializadas: percepções de gestores e profissionais em município de médio porte do sul do brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 180-199, 2021.

BITTAR, O. J. N. V *et al.* Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **Bepa Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 13, n. 152, p. 19-32, ago. 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: em 10 de maio de 2021.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 20 set. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.** Informações de SIA/SUS. Tabulador de Dados para o Windowns (Tabwin), versão 4.1.5. Acesso em: 7 maio 2021.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Estabelecimento de Saúde Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione**. Brasília, DF: CNES, 2021. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos /ficha /identificacao /3304552270803. Acesso em: 7 maio 2021.

CAMPOVILLE, J. M. H. **Estudo sobre absenteísmo em ambulatórios médicos especializados no interior de São Paulo**. 2019. 47f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2019.

CATELAN, D. **Absenteísmo no serviço ambulatorial do SUS**: estratégias e perspectivas das equipes de saúde na rede pública no Departamento Regional de Saúde II - Araçatuba-SP 2011-2017. 2018. 166f. Dissertação (Mestre em Ciências da Saúde) –Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

CAVALCANTI, R. P. *et al.* Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. **Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, [*s. l.*], v. 7, n. 2, p. 63–84, set. 2013.

COSEMS-RJ; LAPPIS/IMS/UERJ. Rede de Atenção à Saúde e Organização do Cuidado no Território. *In:* COSEMS-RJ; LAPPIS/IMS/UERJ (org.).

Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: "Diálogos no Cotidiano". 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. p. 200-239.

DANTAS, L. F. *et al.* No-shows in appointment scheduling – a systematic literature review. **Health Policy**, [s. l.], v. 122, n. 4, 2018.

DUTTON, D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. **Social Science & Medicine**, [Amsterdã, Holanda], v. 23, n. 7, p. 721-735, 1986. DOI: 10.1016/0277-9536(86)90121-8. PMID: 3775454.

FARIAS, C. M. L. *et al.* Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 22-39, jun. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. **PROADESS**, [*s. l.*], 2011. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php. Acesso em: 02 fev. 2022.

HISTÓRICO. **Fundação Saúde**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.fs.rj.gov.br/institucional/historico/. Acesso em: em: 10 ago. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

KUSCHNIR, R. *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. *In:* OLIVEIRA, R. G. DE; GRABOIS, V.; MENDES (org). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 125-157.

MAZZA, T. O. *et al.* Fatores do absenteísmo em primeira consulta num ambulatório de oncologia em um Hospital Universitário. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 52, n. 1, p. 24-33, 2019. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i1p24-33.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MONTEIRO, A. K. S. *et al.* **Absenteísmo em atendimento ambulatorial: um relato de experiência no Hospital Universitário de Brasília**. *In:* MATTOS, S. M.; FREIRE, K. A. (ed.). Atenção interdisciplinar em saúde. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. v. 1, p. 388-416.

NEVES JUNIOR, W. V. **Plano de ação para minimizar o absenteísmo na atenção ambulatorial de um hospital universitário federal da Região Metropolitana II, na cidade Niterói** – RJ. 2017. 13 f. Relatório Técnico (Bacharelado em administração pública) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/5971. Acesso em: 15 mar. 2021.

NIR-IEDE. **Relatório de vagas e agendamento SISREG – IEDE do primeiro semestre de 2021.** Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, 2021 (Acesso restrito).

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA E GESTÃO HOSPITALAR. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Rio de Janeiro: Profissionais. **Fiocruz**, [*s. l.*], 2022. Disponível em https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/. Acesso em: 22 fev. 2022.

OLESKOVICZ, M. *et al.* Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 30, n. 5, p. 1009-1017, 2014.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-8122010000200002 &lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2021.

PONTES, A. P. M. de *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 500-507, set. 2009.

RIO DE JANEIRO (Estado). Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. **Carta de serviço ao usuário**. Rio de Janeiro: Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, 2018.

Disponível em: http://www.fundacaosaude. rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2013/12/Carta-de-Servi%C3%A7os-IEDE.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. **Planejamento Estratégico 2020-2023**. Rio de Janeiro: IEDE, 2019. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2013/12/Book-PE-IEDE-2020-2023-VD.pdf. Acesso em: 02 abr. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Regulação. **Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2021a. Disponível em: https://www.saude. rj.gov.br/regulacao/complexo-regulador-estadual/sobre-a-regulacao. Acesso em: 15 maio 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretária de Estado de Saúde. **Contrato de Gestão Nº 002/2021, que entre si celebram o estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Estado de Saúde – SES/RJ e a fundação saúde do estado do Rio de Janeiro – FS**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2021b. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2015/07/ Contrato_de_Gestao_02_2021_e_Anexos_completo.pdf. Acesso em: 23 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. **Termo de Referência**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2017. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2015/07/01-Anexo-I-Termo-de-Refer%C3%AAncia-IEDE.pdf. Acesso em: 1 ago. 2021.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS**: um estudo em um município baiano. 2008. 34f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2008.

SILVA, M. F.; MOREIRA, M. C. N. Dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2215-2224, 2021.

SILVA, M. T. F. **Avaliação da redução do absenteísmo às consultas marcadas em um serviço de referência em diabetes**. 2013. 35f. Projeto de Pesquisa (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) – Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2013.

SILVEIRA, G. S. *et al.* Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1- 7, 2018.

SILVEIRA, R. P. **Determinantes do absenteísmo nas consultas agendadas para a rede assistencial do Sistema Único de Saúde**. 2013. 108f. Dissertação (Mestrado Morfologia e Cirurgia Experimental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SISTEMA KLINIKOS. **Agendamento de atendimento**. IEDE, Rio de Janeiro. Disponível na intranet do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione. Acesso em: 20 maio 2021.

SOUSA, F. O. S. *et al.* Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 19, n. 4, p. 1283-1294, 2014.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS*: o* caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, nov. 2010.

SUK, M. Y. *et al.* Evaluation of patient no-shows in a tertiary hospital: Focusing on modes of appointment-making and type of appointment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [*s. l.*], v. 18, n. 6, p. 1-15, 2021.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [*s. l.*], v.

20, supl. 2, p. 190-198, 2004. https://unasus.gov.br/vitrine29/mod/page/view.php? id=2918. Acesso em: 16 fev. 2022.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v. 24, n. 6, p. 445-452, dez. 1990.

SOBRE OS AUTORES

Alessandra Georgia Carrazêdo Torres

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicinal Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Pós-graduada em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pelo Instituto de Nutrição da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Nutricionista pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Servidora pública da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Atua na Superintendência de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro (SUVISA). Atua também como nutricionista, servidora pública, na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orcid: 0000-0002-7709-4872

Ana Lúcia de Freitas Saccol

Doutora e mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Graduada em Farmácia e Bioquímica Tec. e Ciências dos Alimentos pela UFSM. Nutricionista pelo Centro Universitário Franciscano. Atua principalmente nos temas de segurança dos alimentos nos diferentes cenários, categorização de serviços de alimentação, educação em saúde, vigilância em saúde e boas práticas. Professora do curso de Nutrição e do Mestrado em Ciências da Saúde e da Vida na Universidade Franciscana (UFN). Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Segurança Alimentar e Nutricional (GESAN/CNPq). Consultora técnica Anvisa/OPAS AIR (Análise Impacto Regulatório), Tema Doação de Alimentos.

Orcid: 0000-0002-1253-8428

Bernardo Giecht Rodrigues Costa

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/

UERJ). Especialista em Farmácia Clínica Hospitalar (Associação Brasileira de Farmacêuticos), Gestão da Assistência Farmacêutica (Universidade Federal de Santa Catarina) e Epidemiologia de Campo pelo Sistema Único de Saúde (Fundação Oswaldo Cruz). Farmacêutico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Trabalha no Instituto de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (Hemorio), no Serviço de Farmácia em Quimioterapia e no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla. Técnico de nível superior no Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) do município de Nova Iguaçu.

Orcid: 0000-0003-0613-2664

Dayanne Silva de Lucena

Mestre em Saúde Coletiva e Especialista em Gestão de Saúde pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS/UERJ). Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Graduada em Odontologia pela UERJ. Servidora pública do município de Nova Iguaçu cedida à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), atuou por dez anos na Superintendência de Atenção Primária à Saúde municipal. Desde março de 2021, atua como secretária executiva da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (SE/CIB-RJ).

Orcid: 0000-0002-3255-1144

Eduardo Levcovitz

Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Mestre e especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor Adjunto do IMS/UERJ, com mais de 40 anos de experiência em docência e pesquisa nos temas de Políticas Públicas, Proteção

Social, Economia Política, Planejamento, Financiamento e Gestão de Sistemas e Redes Integradas de Serviços de Saúde, e em Cooperação Internacional. Coordenador do Mestrado Profissional em Política, Planejamento e Administração de Saúde do IMS/UERJ.

Orcid: 0000-0003-3923-8481

Gabriele Santos da Silva

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Especialista em Farmácia Hospitalar pela Universidade Federal Fluminense (UFF), pós-graduada em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica pela Universidade Gama Filho (UGF) e graduada em Farmácia Bioquímica pela Universidade do Grande Rio (Unigranrio). Compõe o corpo técnico da Coordenação de Compras na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Tem experiência em Farmácia Hospitalar, Gestão da Assistência Farmacêutica e Gestão em Logística, com ênfase na área de planejamento e aquisição de medicamentos.

Orcid: 0000-0001-6836-3527

Indaiara Ribeiro Cesário

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tem experiência na área de Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: Serviço Social e Saúde, Controle Social, Equipes Interdisciplinares e Movimentos Sociais.

Orcid: 0000-0002-4681-7740

Izabela Matos Ribeiro

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/

UERJ). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Graduanda em Licenciatura em Ciências Biológicas na UFRJ. Atualmente é assessora técnica na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Saúde Pública, Gestão e Planejamento em Saúde, Governança Regional e Enfermagem.

Orcid: 0000-0002-1796-7424

Jacqueline Toledo Hosken

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). Técnica da Vigilância Sanitária, atua na Coordenação de Vigilância e Fiscalização de Alimentos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Orcid: 0000-0001-5148-420

Josiane Ribeiro Silva Medrado

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Especialista em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Especialista em Saúde da Família e em Gestão da Atenção Básica pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Atualmente atua como coordenadora executiva-pedagógica no Projeto de Interiorização do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da SES-RJ em parceria com a UERJ.

Orcid: 0000-0002-4058-8369

Márcia Silveira Ney

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), com intercâmbio modalidade doutorado-sanduíche Bolsa

CAPES no Instituto de Higiene e Medicina Tropical/UNL em Lisboa/Portugal. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Especialista em Pediatria, Residência Médica no Hospital Municipal Miguel Couto/RJ. Graduada em Medicina pela Universidade do Grande Rio (Unigranrio). Professora adjunta no IMS/UERJ.

Orcid: 0000-0002-3262-565

Marilene Ribeiro da Silva

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Especialista em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e tem MBA em Gestão Pública pela Universidade Cândido Mendes. Graduada em Administração pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Servidora pública da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, na função de assessora da Superintendência de Recursos Humanos.

Orcid: 0000-0002-0821-2484

Mario Roberto Dal Poz

Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Mestre em Medicina Social, especialista em Pediatria e graduado em Ciências Médicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor titular do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS/UERJ) e editor-emeritus do periódico Human Resources for Health. Bolsista do CNPq, Prociência/UERJ e cientista do Nosso Estado/FAPERJ. Foi coordenador de Recursos Humanos em Saúde da Organização Mundial de Saúde, Genebra. Atua na área de Saúde Coletiva com ênfase em política, planejamento e gestão de sistemas de saúde, bem como em política, informação, pesquisa e formação em recursos humanos em saúde.

Orcid: 0000-0002-3005-3280

Martinho Braga

Doutor em Antropologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Especialista em Saúde Mental pela Fundação Oswaldo Cruz e graduado em Psicologia na Universidade de Brasília (UNB). Professor associado do IMS/UERJ, membro do grupo de trabalho Drogas e Sociedade na Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP) e do grupo temático Violência e Saúde na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Desenvolve estudos principalmente sobre saúde mental, drogas, saúde penitenciária, responsabilidade e direitos humanos, particularmente etnografias em instituições.

Orcid: 0000-0003-3577-958

Rosana Chigres Kuschnir

Doutora em Planejamento e Políticas de Saúde pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pelo Health Services Management Centre/ Universidade de Birmingham, Inglaterra. Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Possui experiência internacional na área de Sistemas Comparados e Reformas de Sistemas de Saúde. Trabalha com Ensino, Pesquisa e Assessoria Técnica na Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ Fiocruz), coordenando projetos de cooperação, assessoria e formação para o SUS, nas áreas de Planejamento e Gestão de Redes de Atenção à Saúde.

Orcid: 0000-0002-0971-4590

Rosângela Caetano

Doutora e mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Médica pediatra pela UERJ. Professora asso-

ciada do IMS/UERJ, do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do IMS/UERJ. Professora do corpo permanente do Mestrado Profissional em Avaliação de tecnologias do Instituto Nacional do Câncer. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase em avaliação de tecnologias em saúde, avaliação de programas e serviços, avaliação econômica em saúde, economia da saúde, planejamento e gestão, e sistemas de informação em saúde.

Orcid: 0000-0003-1480-2453

O livro ***Estudos sobre Sistemas e Serviços de Saúde no SUS do estado do Rio de Janeiro*** aborda diferentes desafios da gestão do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro. A coletânea reúne produções de mestrandas e mestrandos do Mestrado Profissional do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS-UERJ), em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. As pesquisas, realizadas por profissionais da área que atuam em diferentes espaços de gestão e pesquisadores do IMS-UERJ, abordam diversas temáticas relevantes para o sistema de saúde, tais como a organização das redes de atenção à saúde, a gestão e organização da atenção primária; financiamento da saúde; atenção às populações e aos grupos vulneráveis e gestão dos serviços. O objetivo principal do livro é identificar problemas, analisar processos e propor soluções para melhorar a gestão e a organização de serviços e ações de saúde no estado do Rio de Janeiro.

Secretaria de Saúde

GOVERNO DO ESTADO RIO DE JANEIRO

UERJ UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL HESIO CORDEIRO

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

Appris editorial