

Ronaldo Bordin  
Guilherme Dornelas Camara  
(Organizadores)

# **GESTÃO EM SAÚDE** NO RIO GRANDE DO SUL

**CASOS, ANÁLISES E PRÁTICAS**

(VOLUME 4)

**Editora Evangraf**  
Porto Alegre, 2022

© 2022, dos autores

**Produção Gráfica e Impressão:** Editora Evangraf

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**  
**Atividade conjunta da Escola de Administração e da Faculdade de Medicina/**  
**UFRGS.**

**Coordenador:** Ronaldo Bordin

**Corpo docente:** Claunara Schilling Mendonça, Fernando Dias Lopes, Guilherme Dornelas Camara, Maria Ceci Araújo Misoczky, Paul Douglas Fisher, Paulo Antônio Barros Oliveira, Paulo Ricardo Zilio Abdala, Mellina da Silva Terres, Rafael Kunter Flores, Ricardo de Souza Kuchenbecker, Roger dos Santos Rosa, Ronaldo Bordin e Takeyoshi Imasato.

**Tutores de orientação a distância:** Bruna Hentges, Bruno Silva Kauss (coordenador), Bruna Campos De Cesaro, Camila Guaranha, Liara Saldanha Brites e Pamela Ferreira Todendi.

**Secretaria do curso:** Fernanda Bordignon Soares.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

G393      Gestão em saúde no Rio Grande do Sul : casos, análises e práticas  
(volume 4) / Ronaldo Bordin, Guilherme Dornelas Camara  
(organizadores). – Porto Alegre : Evangraf, 2022.  
200 p. : il.

Inclui bibliografia.  
ISBN 978-65-5699-165-8

1. Gestão em Saúde - Rio Grande do Sul. 2. Atenção primária em saúde. 3. Telemedicina. 4. Tecnologia. 5. Epidemiologia - Serviços de saúde. 6. Violência. 7. Saúde pública. 8. COVID-19. I. Bordin, Ronaldo. II. Camara, Guilherme Dornelas.

CDU 614:658(816.5)

(Bibliotecária responsável: Sabrina Leal Araujo – CRB 8/10213)

## APRESENTAÇÃO

O conjunto de trabalhos que compõem este livro é uma evidência da diversidade de temas e objetos de estudo que definem a área de gestão e saúde como um campo de práticas e de produção de conhecimento. É, também, uma evidência da qualidade do Curso de Especialização em Gestão em Saúde e da dedicação de docentes e discentes.

Chama atenção a importante presença de temas já tradicionais, como aqueles relacionados à Atenção Primária em Saúde (APS), à gestão hospitalar e à saúde suplementar. A esses, se somam abordagens sobre tecnologias de gestão, tais como aquelas relacionadas à informação e teletrabalho; sobre cuidados a patologias específicas; sobre organização e formação de equipes; sobre processos de planejamento, sobre assistência farmacêutica. Importante registrar alguns trabalhos de revisão sistemática da literatura que oferecem uma visão abrangente da produção de conhecimento sobre aspectos chave da gestão em saúde. Todos os textos trazem aportes relevantes e fazem registros que merecem ser compartilhados. Dito isso, utilizo este espaço para refletir sobre os trabalhos que fogem às temáticas centrais e que indicam importantes caminhos.

Destaco que, entre tantos trabalhos, apenas três se dedicam a grupos que ainda tendem a ser invisibilizados nas políticas públicas e nos serviços de saúde: vítimas de violência sexual, população de rua e indígenas. O fato de que sejam apenas três aponta, simultaneamente, para a indicação de que ainda é preciso dirigir nosso olhar para esses e outros grupos vulneráveis/vulnerabilizados e para a valorização desses trabalhos.

No mesmo sentido, chama atenção, negativamente, que apenas um trabalho tenha se dedicado ao tema da imunização. Como sabemos, uma das mais importantes realizações em termos de proteção à saúde e à vida foi a concretização do Programa Nacional de Imunização (PNI). Também

sabemos que os movimentos antivacina têm tido sucesso em afastar a população, com repercussões perversas que se expressam, por exemplo, no ressurgimento de casos de sarampo. Ou seja, esse fenômeno não se restringe ao âmbito da pandemia pelo Covid-19, mas é um processo mais amplo com base na negação da ciência e na divulgação de falácias. Portanto, para além de valorizar o trabalho que tomou como objeto de estudo um tema relacionado às imunizações, é importante que como comunidade de praticantes e de estudiosos coloquemos no centro das nossas preocupações o valor da vacinação e do PNI.

Convido, portanto, à leitura de trabalhos que se constituem em relevantes aportes ao campo da gestão em saúde, bem como à exploração de temas que ainda não recebem a necessária atenção ou que não podem ser deixados de lado desde o compromisso com a defesa da saúde e da vida.

***Dr<sup>a</sup> Maria Ceci Araujo Misoczky***

*Prof. Titular, Escola de Administração, UFRGS*

# SUMÁRIO

## **PARTE I - GESTÃO EM SAÚDE..... 7**

### **Análise bibliométrica de teses e dissertações sobre gestão em saúde ou gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) no período de 2017 a 2021**

Gabriela Fernanda Cé Luft  
Ronaldo Bordin ..... 9

### **O Papel do gestor na Rede de Atenção à Saúde – RAS: uma revisão da produção científica existente na Biblioteca Virtual de Saúde, 2010-2021**

Neila Aparecida Petenusso Mota  
Ronaldo Bordin ..... 21

### **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): análise da política no período de 2019-2020**

Talita Abi Rios Timmermann  
Ronaldo Bordin ..... 32

### **O financiamento da atenção primária no Sistema Único de Saúde: uma revisão da produção presente na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), 1988-2020**

Anderson Odilon dos Santos  
Ronaldo Bordin ..... 45

### **A saúde suplementar no Rio Grande do Sul: características do mercado**

Simara Mombelli  
Roger dos Santos Rosa..... 63

### **Interesses de atores sociais na regulamentação da telemedicina no Brasil (2018-2020)**

Érica de Brito Mallmann  
Guilherme Dornelas Camara ..... 71

<b>Uso de tecnologia leve na rotina do profissional farmacêutico atuante na atenção primária em saúde</b> Samanta Costa Machado Silva Guilherme Dornelas Camara .....	92
<b>PARTE II - EPIDEMIOLOGIA DE SERVIÇOS.....</b>	<b>109</b>
<b>Acesso da população em situação de rua de Porto Alegre à saúde</b> Natália Borges Martins Guilherme Dornelas Camara .....	111
<b>Violência autoinfligida: custo para os serviços de saúde nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (2016-2020)</b> Yasmin Saba de Almeida Guilherme Dornelas Camara .....	124
<b>Perfil das internações por doenças respiratórias ocorridas no Rio Grande Sul: uma comparação entre o período anterior (2015-2019) e inicial da pandemia por Coronavírus (2020)</b> Mônica Cristina Bogoni Savian Ronaldo Bordin .....	135
<b>Impacto da pandemia de Covid-19 no perfil de internações por Neoplasias no Brasil, 2018-2020</b> Aline Dal Lago Ronaldo Bordin .....	150
<b>Completitude de informações sobre sífilis adquirida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): análise dos casos registrados entre 2013 e 2017</b> Anna Laura Köchert Bruno Silva Kauss .....	161
<b>PARTE III RESUMOS DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO ...</b>	<b>173</b>
<b>Currículo dos Autores.....</b>	<b>199</b>

The background features a grid of hexagonal icons in various shades of gray. The icons include a medical cross, a person silhouette, a first aid kit, a wheelchair, a microscope, test tubes, a syringe, a pill, a virus particle, and a world map. At the bottom left, there are small icons for a monitor, a magnifying glass, a smartphone, and a cursor arrow.

# PARTE I

# Gestão em Saúde





# ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE GESTÃO EM SAÚDE OU GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES (BDTD) NO PERÍODO DE 2017 A 2021

GABRIELA FERNANDA CÉ LUFT  
RONALDO BORDIN

## INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, vivencia-se um crescimento acelerado de pesquisas e produções acadêmicas, o que acarreta benefícios para a comunicação científica nas diversas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde. Contudo, o uso da produção científica para a geração de políticas públicas ainda é incipiente no Brasil, o que configura um grande desafio às instituições de ensino, pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico.

A comunicação da ciência é parte do dia a dia dos cientistas, que dialogam constantemente com os seus pares, seja por meio de artigos científicos e capítulos de livros, seja por discussões públicas, como palestras e, mais recentemente, webconferências e *lives*, aumentando a percepção do valor da ciência e da importância das informações que ela produz. Jacob Bronowski explica que

[...] a ciência não é uma atividade dissociada, independente e vazia de valores, que pode ser levada a efeito separadamente do resto da vida humana, porque [...] ela é [...] a expressão, numa forma muito precisa, do comportamento humano específico da espécie, que se centra na produção de planos. [...] Não há distinção entre estratégias científicas e estratégias humanas para orientar o nosso ataque a longo prazo sobre como viver e como olhar para o mundo. A ciência é uma visão do mundo baseada na noção de que podemos planejar através do entendimento. (BRONOWSKI, 1986, p. 26-27).

Em uma perspectiva que se assemelha ao pensamento de Bronowski, Edgar Morin é claro ao dizer que

[...] a ciência moderna só pôde emergir na efervescência cultural da Renascença, na efervescência econômica, política e social do Ocidente europeu dos séculos 16 e 17. Desde então, ela se associou progressivamente à técnica, tornando-se tecnociência, e progressivamente se introduziu no coração das universidades, das sociedades, das empresas, dos Estados, transformando-os e se deixando transformar, por sua vez, pelo que transformava. (MORIN, 2005, p. 9).

O cenário atual denota que as áreas da saúde, em expansão, necessitam, cada vez mais, de uma articulação com as demais áreas do conhecimento, de modo a formar uma espécie de rede de informação e comunicação em saúde. Além disso, tendo em vista que as áreas biomédicas e da saúde são grandes produtoras, consumidoras e disseminadoras de informação técnico-científica e atuam na vanguarda de serviços de informação, de criação e manutenção de periódicos científicos e bases de dados e repositórios, torna-se importante verificar o protagonismo da gestão em saúde, especialmente do SUS, nas pesquisas e produções científicas.

Tal contexto, por sua vez, está relacionado a questões de produtividade acadêmica, uma vez que os pesquisadores, paulatinamente, têm reconhecido a importância de publicizar o resultado de suas pesquisas, de modo a aumentar sua visibilidade e reconhecimento entre os pares acadêmicos. Nesse cenário, Bufrem (2009) defende que a produção científica, seja qual for o seu grau de desenvolvimento ou a sua formalização metodológica, sempre pressupõe formas de consciência, pelas quais os pesquisadores dão sentido e significado às suas práticas.

A comunicação científica assume papel de destaque no desenvolvimento científico e tecnológico. A divulgação da produção intelectual desenvolvida por universidades, institutos de pesquisa e outras instituições cumpre papel fundamental à função social tanto da pesquisa, quanto dos pesquisadores. Nas palavras de Bachelard, “o homem, movido pelo espírito científico, deseja saber, mas para, imediatamente, melhor questionar” (1996, p. 21). Em uma perspectiva bachelardiana, os pesquisadores precisam ter um espírito inquieto e desconfiado, bem como buscar, por meio de questionamentos, encontrar novos dados, com evidências mais robustas que embasem suas decisões.

É necessário refletir, além disso, sobre a relação que existe entre o processo comunicacional da ciência e os estudos métricos. Com o advento das tecnologias da informação e comunicação (TICs), cientistas e pesquisadores passaram a produzir um número cada vez mais significativo de documentos. Tal explosão informacional requer o uso de metodologias para mensurar o que está sendo produzido em determinada área do conhecimento humano. O que se pretende deixar claro, segundo Mugnaini, Carvalho e Campanatti-Ostiz, é que, “para se entender a evolução da ciência como forma de expressão do conhecimento humano produzido, são utilizadas técnicas de medição” (2006, p. 316). Oliveira e Grácio, por sua vez, são enfáticos em afirmar que os estudos métricos “compreendem o conjunto de estudos relacionados à avaliação da informação produzida, mais especialmente a científica, em diferentes suportes, baseados em recursos quantitativos como ferramentas de análise” (2011, p. 19).

Muitas áreas do conhecimento fazem uso de tais técnicas para mostrar à sociedade o desempenho de um processo, ação ou estratégia específica em termos de produção e produtividade no ambiente acadêmico das IES. Além de serem espaços de ensino, pesquisa, extensão e inovação, as universidades são espaços plurais de crítica e reflexão. Nesse contexto, pesquisadores, docentes e discentes recebem interferências advindas do ambiente interno e externo. Severino expõe que a universidade é responsável pela produção do conhecimento, que “[...] se produz, se reproduz, se conserva, se sistematiza, se organiza, se transforma e, sobretudo, se universaliza, disseminando seus resultados no seio da sociedade” (2007, p. 23).

A área da saúde, nos dias atuais, tem passado por inúmeras transformações, ocasionadas, especialmente, pelas mudanças científicas e tecnológicas aplicadas aos processos de saúde no Brasil e no mundo. Foram incorporadas aos processos de gestão as tecnologias da informação e comunicação, como a robótica médica, a internet das coisas, a telemedicina, os telediagnósticos e os prontuários eletrônicos, entre outros. Torna-se necessária, assim, uma urgente atualização dos profissionais que atuam em tais áreas. A gestão em saúde assume papel preponderante para o estabelecimento de decisões, estratégias, planos, processos e resultados em saúde. Gestores de instituições de saúde, por sua vez, precisam rediscutir modelos

de negócios, buscar soluções integradas, ganhar eficiência operacional e melhorar a prestação de produtos e serviços.

Há um número considerável de subsídios bibliográficos que fundamentam as abordagens bibliométricas utilizadas em artigos na área da saúde, relacionados à medicina, à enfermagem, à saúde pública e coletiva, à nutrição, à odontologia, à fisioterapia, entre outras especialidades, o que evidencia a importância de temáticas sobre métodos que avaliem a produção científica na área. Em diferentes periódicos nacionais e internacionais, as pesquisas que utilizam as métricas como método de diagnóstico situacional da produção científica de determinada área cresceram substancialmente na última década.

São inúmeros os artigos científicos que correlacionam métodos de mensuração e análise de indicadores. Estudos de cunho bibliométrico configuraram-se, nesse sentido, como importantes mecanismos para a verificação das tendências de pesquisa e inovação em determinada área, neste caso, a Saúde Coletiva. Cabe ressaltar que bases de dados como a Web of Science e Scopus fornecem indicadores de identificação dos principais autores, instituições, periódicos e áreas que mais publicam a respeito de um determinado tema. São exemplares os estudos de Lins *et al.* (2015), Petermann e Kocourek (2020), Albagli (2015), Ravelli (2009), Pontes *et al.* (2017), Witwytzkj e Tavares (2017), entre outras.

Tais publicações são exemplos que reiteram a importância das métricas não apenas como números fixos, mas como dispositivos para a melhoria da qualidade da saúde em diferentes cenários, que apontam para desafios relacionados a cuidados com o ser humano. Mesmo que, na maioria dos casos, apresentem apenas dados quantitativos, os estudos métricos mostram-se como imprescindíveis para a reformulação das grades curriculares de cursos, por exemplo. Conforme Vieira e Sanna (2013), além de analisar o “quanto” se produz, os estudos bibliométricos podem ser utilizados para investigar “o que” se produz, ou seja, agem como bússolas temáticas para os pesquisadores. Além disso, estudos desse tipo são fundamentais para otimizar os processos editoriais dos periódicos, uma vez que analisam os padrões de citações, as áreas emergentes, a procedência dos autores e as redes de coautorias estabelecidas.

O objetivo geral deste estudo é quantificar a produção científica brasileira sobre gestão em saúde ou gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), no período de 2017 a meados de 2021, por meio de uma análise bibliométrica. A coleta de dados foi realizada entre os dias 12 de junho e 06 de agosto de 2021, na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). A BDTD integra os sistemas de informação de teses e dissertações existentes nas instituições de ensino e pesquisa do Brasil e estimula seu registro e publicação em meio eletrônico.

Os procedimentos metodológicos adotados para a coleta de dados e análise foram divididos nas seguintes etapas: (a) 1ª etapa: definição dos termos de pesquisa e da estratégia de busca geral, gestão em saúde OR gestão do SUS, o que recuperou 2.029 documentos; (b) 2ª etapa: aplicação do filtro de refinamento “ano de defesa” das teses e dissertações, englobando o período de 2017 a 2021, que reduziu o quantitativo inicial de 2.029 documentos para 662.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gestão em saúde diz respeito à organização, ao planejamento e ao gerenciamento de serviços e sistemas de saúde, como, por exemplo, a elaboração e a aplicação de políticas de saúde. É um campo de atuação multiprofissional e requer o conhecimento de diferentes áreas, tais como Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Humanas, Epidemiologia, entre outras (CAMPOS; CAMPOS, 2009).

A Tabela 1 apresenta o quantitativo de publicações brasileiras na BDTD sobre as temáticas “gestão em saúde” ou “gestão do SUS”, no período de 2017 a meados de 2021. Foram recuperados, ao total, 662 documentos.

**Tabela 1 – Quantitativo de publicações brasileiras na BDTD sobre a temática gestão em saúde ou gestão do SUS, por ano, no período de 2017 a 2021**

Ano	Número de publicações	Percentual
2017	216	32,6%
2018	206	31,1%
2019	160	24,1%
2020	68	10,2%
2021	12	1,8%
Total	662	99,8%

Fonte: A autora (2021).

Observa-se uma tendência de queda de 2017 a 2021. De 2017 a 2019, uma das hipóteses para o declínio pode estar associada ao decréscimo no investimento em ciência nos últimos anos. O executado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações e Comunicações (MCTIC) caiu de quase R\$ 11 bilhões em 2013 para R\$ 7,7 bilhões em 2018. Em 2017, por exemplo, o MCTIC sofreu um corte de 44% do orçamento que estava previsto para o ano (BETIM, 2017), índice que se acentuou nos anos seguintes. No biênio 2020-2021, é possível que o declínio no número de trabalhos esteja vinculado à pandemia de COVID-19, já que houve interrupção de pesquisas em andamento pelo fechamento de IES, laboratórios, locais de estágio, etc.

A Tabela 2 apresenta o quantitativo das principais instituições que mais depositaram teses e dissertações sobre as temáticas foco deste estudo na BDTD no período de 2017 a 2021.

**Tabela 2 – Quantitativo de publicações das instituições brasileiras na BDTD sobre a temática gestão em saúde ou gestão do SUS no período de 2017 a 2021**

Nome da instituição	Número de trabalhos	Percentual sobre o total (662)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	47	7,1%
Universidade de Brasília (UnB)	47	7,1%
Universidade de Campinas (Unicamp)	47	7,1%
Universidade de São Paulo (USP)	47	7,1%
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT)	40	6,0%
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	38	5,7%
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)	29	4,4%
Universidade Estadual Paulista (Unesp)	26	3,9%
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	24	3,6%
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	23	3,5%
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	23	3,5%
Total	391	59,0%

Fonte: A autora (2021).

Percebe-se que, durante os quatro anos e meio de análise, as onze instituições que mais produziram dissertações e teses acerca das temáticas “gestão em saúde” ou “gestão do SUS” são todas públicas. As universidades públicas brasileiras respondem pela quase totalidade da produção científica do país. Mantidas pelo Estado, tais instituições têm o interesse público e coletivo como característica principal. As universidades federais, justamente

por sua natureza pública, devem cumprir o disposto tanto na Lei de Arquivos como na Lei de Acesso à Informação, de prover à sociedade o acesso a todo e qualquer resultado gerado em suas dependências. Ocorre que muitos gestores e pesquisadores, antes da existência de repositórios institucionais, pouco se preocupavam com a massa documental acumulada e gerada pelas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A Tabela 3 apresenta os seis principais assuntos indexados – número máximo apresentado pela BDTD – que mais apareceram nas teses e dissertações depositadas no período de 2017 a meados de 2021. Todos os assuntos permeiam as áreas macro, no caso, gestão em saúde e gestão do SUS. Ressalta-se que um documento pode ser indexado em mais de um assunto.

**Tabela 3 – Seis principais assuntos indexados na BDTD sobre gestão em saúde ou gestão do SUS no período de 2017 a 2021**

Assunto	Número de ocorrências	Percentual sobre o total (662)
Sistema Único de Saúde	36	5,4%
Atenção primária à saúde	35	5,3%
Enfermagem	31	4,7%
Gestão em saúde	23	3,5%
Saúde pública	19	2,9%
Política de saúde	17	2,5%

Fonte: A autora (2021).

As redes de conhecimento, nas diferentes áreas, vêm rompendo as fronteiras disciplinares e territoriais da ciência, da tecnologia e da inovação. Temáticas como gestão em saúde ou gestão do SUS, por exemplo, podem ser indexadas tanto nas ciências sociais aplicadas (gestão), quanto nas ciências da saúde (áreas da saúde), dependendo do foco principal da pesquisa.

A importância desse tipo de abordagem é corroborada por Fazenda, para quem “[...] à medida em que ampliamos a análise do campo conceitual da interdisciplinaridade, surge a possibilidade de explicitação de seu espectro epistemológico e praxeológico” (2008, p. 18). A atenção, neste caso, volta-se para o entrelaçamento de saberes para a construção de práticas de pesquisa e inovação que beneficiem mais de uma área do conhecimento,

o que permite alavancar a pesquisa e a produtividade da ciência nacional, com reflexos, ainda, na internacionalização científica.

Já em relação ao sexo de autoria dos trabalhos, no recorte temporal desta pesquisa, tem-se que o sexo feminino apresenta resultados significativos quanto à produção intelectual depositada na BDTD sobre as temáticas em estudo (Tabela 4). Conforme Garcia e Duarte (2017), as mulheres são maioria na pós-graduação na área da saúde. Em 2015, elas foram responsáveis por 68% das bolsas de pós-graduação concedidas pelo CNPq na área.

**Tabela 4 – Quantitativo de autoria por sexo na BDTD sobre gestão em saúde ou gestão do SUS, por ano, no período de 2017 a 2021**

Ano	Sexo feminino	Sexo masculino	Total
2017	162 (75,0%)	54 (25,0%)	216
2018	146 (70,9%)	60 (29,1%)	206
2019	107 (66,9%)	53 (33,1%)	160
2020	49 (72,0%)	19 (28,0%)	68
2021	7 (58,4%)	5 (41,6%)	12
Total	471 (71,1%)	191 (28,9%)	662

Fonte: A autora (2021).

A supremacia feminina talvez também esteja relacionada à própria composição da força de trabalho em saúde. Estimativas do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que as mulheres representam 65% dos mais de seis milhões de profissionais atuantes no setor público de saúde. No caso de carreiras como Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social, elas ultrapassam 90% dos profissionais; nos casos de Enfermagem e Psicologia, representam mais de 80%. A exceção fica por conta da Medicina, em que as mulheres representam 47,5%, pouco menos da metade da força de trabalho (CONASEMS, 2020).

De acordo com Hernandez *et al.* (2017), estima-se que 69,2% das pessoas trabalhando na administração direta da saúde, a gestão federal do SUS, são mulheres. Quando considerada a base de dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a força de trabalho feminina corresponde a 78,9% da força de trabalho total na área da saúde (HERNANDES; VIEIRA, 2020).



Se a autoria é predominantemente feminina, quando se analisa quantitativamente o sexo dos orientadores, a predominância também é feminina – porém, com menos intensidade, como se pode depreender a partir da Tabela 5.

**Tabela 5 – Quantitativo de orientações por sexo na BDTD sobre gestão em saúde ou gestão do SUS, por ano, no período de 2017 a 2021**

Ano	Feminino	Masculino	Total
2017	122 (56,5%)	94 (43,5%)	216
2018	110 (53,4%)	96 (46,6%)	206
2019	82 (51,3%)	78 (48,7%)	160
2020	50 (73,5%)	18 (26,5%)	68
2021	8 (66,7%)	4 (33,3%)	12
Total	372 (56,2%)	290 (43,8%)	662

Fonte: A autora (2021).

Os números vão ao encontro dos dados apresentados pela *Revista Pesquisa Fapesp*, publicados em 2017, referentes à participação feminina em projetos submetidos a agências de fomento e à distribuição de bolsas – concedidas, no caso, o(a) orientador(a) da pesquisa. Na área de ciências da saúde, a maioria já é feminina (SUGIMOTO, 2018).

## CONCLUSÃO

No período de 2017 a 06 de agosto de meados de 2021, foram 662 as teses e dissertações depositadas na BDTD sobre os temas gestão em saúde ou gestão do SUS.

Os indicadores bibliométricos relacionados às universidades ou institutos de pesquisa às quais as dissertações e teses estão vinculadas revelam o protagonismo das instituições públicas. Considerando-se as dissertações e teses integrantes do BDTD sobre gestão em saúde ou gestão do SUS, as análises quantitativas realizadas permitiram o levantamento dos principais assuntos indexados, a saber: SUS, atenção primária à saúde, enfermagem, gestão em saúde, saúde pública e política de saúde. Quanto à verificação quantitativa da produtividade de pesquisadores por sexo de autoria e orientação, em ambos os casos – especialmente quando nos referimos à autoria dos trabalhos -, há predominância do sexo feminino.

Indicadores bibliométricos, para além de mensurarem tendências e darem visibilidade a pesquisas, alavancam a ciência, a tecnologia e a inovação no país, permitindo, também, que universidades e institutos de pesquisa acompanhem e verifiquem o cumprimento de seus objetivos institucionais.

Mesmo com a redução drástica em seu orçamento ao longo dos últimos anos, a pesquisa e a ciência no Brasil configuram-se, cada vez mais, como fundamentais para o avanço da educação no país. Contudo, no Brasil, conforme Noronha *et al.* (2009), “a ciência é mais valorizada no interior das instituições de pesquisa do que no âmbito do governo”. Nesse sentido, como forma de validação da produção intelectual gerada, repositórios institucionais de dados atuam como importantes mecanismos para a disseminação de novos conhecimentos à comunidade científica e as abordagens métricas como estratégias fundamentais para a mensuração de índices de pesquisa e produtividade.

Para trabalhos futuros, é possível a prospecção de estudos que envolvam a gestão em saúde ou a gestão do SUS a partir do uso de softwares de análise de conteúdo ou de análise textual discursiva, como o Atlas TI ou Iramuteq, com o objetivo de se investigar, sob um viés qualitativo, as tendências e lacunas da pesquisa brasileira acerca do foco temático do estudo. O procedimento permitiria a verificação das bases epistemológicas e das características da produção intelectual nacional, com o intuito de alavancar políticas públicas capazes de beneficiar a saúde de forma geral.

## REFERÊNCIAS

ALBAGLI, S. Ciência aberta em questão. In: ALBAGALI, S.; MACIEL, M. L.; ABDO, A. H. (Orgs). Ciência aberta, questões abertas. Brasília: IBICT; Rio de Janeiro, UNIRIO, 2015. p. 9-25.

BACHELARD, G. A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BETIM, F. Corte de quase metade das verbas em ciência compromete pesquisas de zika até câncer. *El País*, São Paulo, 30 nov. 2017. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/27/ciencia/1511806311\\_065202.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/27/ciencia/1511806311_065202.html).

BRONOWSKI, Jacob. Interpretações da natureza. In: *Magia, ciência e civilização*. Lisboa: Edições 70, 1986. p. 9-28.

BUFREM, L. S. Opções metodológicas em pesquisa: a contribuição da área da Ciência da Informação para a produção de saberes no ensino superior. Proposta de pesquisa para a obtenção da Bolsa de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Brasília: CNPq, 2009.

CAMPOS, G. W. de S.; CAMPOS, R. T. O. Gestão em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). Dicionário de Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>.

FAZENDA, I. O que é interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2008.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Equidade de sexo e gênero na pesquisa e na publicação científica. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 3, p. 431-432, set. 2017.

HERNANDES, E. *et al.* Perfil socioeconômico e epidemiológico dos trabalhadores do Ministério da Saúde do Brasil. In: Comun. ciênc. Saúde; v. 28, n. 304, p. 303-312, jul. 2017. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-972678>.

HERNANDES, E. S. C.; VIEIRA, Luciana. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19. 2020. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>. Acesso em: 11 ago. 2021.

LINS, R. A. *et al.* Estudos métricos em saúde coletiva: um olhar sobre a produção científica brasileira indexada nas bases de dados internacionais. Physis: Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 975-992, 2015.

MORIN, E. Ciência com Consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MUGNAINI, R.; CARVALHO, T.; CAMPANATTI-OSTIZ, H. Indicadores de produção científica: uma discussão conceitual. In: POBLACION, D. A.; WITTER, G. P.; SILVA, J. F. M. da. Comunicação & produção científica: contexto, indicadores e avaliação. São Paulo: Angellara, 2006. p. 313-340.

NORONHA, J. *et al.* Análise do sistema de pesquisa em saúde do Brasil: o ambiente de pesquisa. Saúde soc., São Paulo, v. 18, n. 3, p. 424-436, set. 2009.

OLIVEIRA, E. F. T.; GRÁCIO, M. C. C. Perspectivas em Ciência da Informação, Minas Gerais, v.16, n. 4, p. 16-28, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pci/v16n4/v16n4a03.pdf>.

PETERMANN, X. B.; KOCOUREK, S. Análise da produção científica sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil: um estudo bibliométrico na Biblioteca Virtual em Saúde. Santa Maria, Revista Saúde, v. 46, n. 1, p. 1-12, 2020.

PONTES, K. T. *et al.* Estudo bibliométrico da produção científica em endodontia. Archives of Health Investigation, v. 6, n. 9, 3 out. 2017.

RAVELLI, A. P. X. *et al.* A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. Florianópolis, Texto Contexto Enferm., v. 18, n. 3, p. 506-512, jul./set. 2009.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SUGIMOTO, L. Mulheres no ensino superior ainda são minoria apenas na docência. *Jornal da Unicamp*, 11 abr. 2018. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/noticias/2018/04/11/mulheres-no-ensino-superior-ainda-sao-minoria-apenas-na-docencia>.

VIEIRA, R. Q.; SANNA, M. C. O uso do estudo bibliométrico pelos pesquisadores da saúde em periódicos científicos digitais brasileiros. XXV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação. Florianópolis (SC), jul. 2013. Disponível em: <https://portal.febab.org.br/anais/article/view/1547>.

WITWYTZYK, L. P.; TAVARES, R. S. C. R. Fonoaudiologia e saúde pública: análise bibliométrica. *Revista Distúrbios da Comunicação*, v. 29, p. 227-236, 2017.

# O PAPEL DO GESTOR NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EXISTENTE NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE, 2010-2021

NEILA APARECIDA PETENUSSO MOTA  
RONALDO BORDIN

## INTRODUÇÃO

A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988 estabeleceu a universalização do acesso, promoveu a descentralização através da regionalização territorial, a hierarquização e a integração do cuidado com a formação de redes assistenciais de atenção à saúde como diretrizes fundamentais (BRASIL - Lei 8.080, 1990a; Lei 8.142, 1990b). Essas redes regionalizadas e integradas têm como objetivos assegurar a oferta de assistência ambulatorial, hospitalar, suporte diagnóstico e de assistência farmacêutica de forma universal e equânime (MENDES, 2011; REIS *et al.*, 2017; RIBEIRO, 2015; SILVA, 2011).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Leis Orgânica da Saúde – alinha-se a respeito das situações para o progresso, proteção e recuperação da saúde, planejamento e funcionamento dos ofícios correspondentes, apresentando de maneira incontestável os princípios a serem alcançados do SUS, suas habilidades e funções, como as serventias da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1990).

Segundo Reis, Cesse e Carvalho (2010), quando adotada a estratégia de descentralização da saúde na primeira década de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), esta proporcionou avanços com a incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios.

Para Mendes (2011) é responsabilidade do sistema respeitar as necessidades de saúde da população, promovendo os cuidados com a implemen-

tação das intervenções sanitárias. Por meio de um processo complexo, conhecendo o território, cadastrando as famílias, identificando os riscos sócios sanitários, poderá se estabelecer os fatores de risco e condições de saúde.

O SUS baseia-se em três fundamentos: Universalidade, entendida como a garantia do direito ao acesso e assistência à saúde a qualquer cidadão, sem discriminação; Integralidade: garante ao indivíduo um atendimento integral, ou seja, ações relacionadas à prevenção, promoção e reabilitação, sendo oferecidas pelo sistema de saúde. Equidade: promove a igualdade na assistência de saúde para todos, sem privilégios, exceto em caso em que haja risco de morte, portanto, sendo uma prioridade no atendimento.

O princípio da equidade busca o desenvolvimento de estratégias que favoreça a participação e a emancipação social, expressas na Constituição, bem como na luta histórica pelo direito a saúde no país.

As ações de integralidade, intersectorialidade e os mais variados níveis de atendimentos são desafios para a construção do SUS, e neste sentido, é importante criar estratégias que colaboram para viabilização da implementação de redes de atenção à saúde que proporcione resolutividade nas desigualdades presentes no acesso e na utilização dos serviços, para que assim, haja uma atenção à saúde mais integral, permitindo a integração de serviços, instituições e práticas no território.

Magalhães (2014) diz que o processo de regionalização das redes levou à necessidade de articulação de modo a suprir o municipal, iniciando assim o movimento de rompimento das estruturas formais que dizem respeito às responsabilidades administrativas, evidenciando ser preciso uma gestão regional compartilhada das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Desta forma, foi possível uma maior racionalidade sistêmica no uso dos recursos, de modo a contribuir para a redução dos custos dos serviços. Shimizu (2013) relata que a estruturação das RAS é uma alternativa potente para diminuir a fragmentação do sistema, conforme apresentado em alguns países que consolidaram os sistemas de saúde integrados, favorecendo o acesso, a continuidade, a integralidade e a racionalização dos recursos. Contudo, considera-se que as propostas de organização de redes têm diferentes conformações e significados e exigem a análise da natureza dos sistemas, seus valores e princípios.

De acordo com Lamothe (2015), as RAS, que buscam ampliar a atenção por meio do acesso e longitudinalidade do cuidado, tem como objetivo a conquista da integralidade. Elas são desenhadas de maneira a centralizar na APS a coordenação do cuidado e a ordenação das redes, buscando fornecer continuidade de ações e serviços de saúde a partir de uma população definida territorialmente.

A implementação e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde se destacam por relações de força e poder, disputas políticas, onde o maior impedimento está na dificuldade que há em se perceber o território de saúde como um lugar de responsabilidade de todos. O compromisso do Estado em universalizar o acesso à saúde possibilita à população assistência de forma equânime e integral, devendo estar em pauta no cenário da sociedade brasileira como um direito social irrevogável. No qual, a sociedade brasileira não concorda com a possibilidade de sistema de saúde que tenha caráter privado ou de intervenção mínima estatal. Busca-se a qualificação do SUS e fortalecimento da RAS para garantia da integralidade preconizada por lei e por longa luta da sociedade brasileira.

Para Costa e Silva (2019) os principais desafios na implementação das RAS estão relacionados com a insuficiência no planejamento em saúde, o subfinanciamento do SUS, o clientelismo e a desfragmentação. A construção de uma rede para ser bem-sucedida depende do compromisso dos políticos envolvidos, e da busca de uma governança com relações horizontalizadas, com respeito, a mudança nos processos de trabalho e no modo de fazer gestão, pois, as maiores dificuldades encontradas são operacionais e não teóricas. Enquanto os atores envolvidos com as políticas de saúde não se conscientizarem, vendo o território de saúde como um ambiente comum a todos os municípios envolvidos, e como um espaço para discussão e melhorias, as redes de saúde estarão sempre expostas à fragmentação.

Finger *et al.* (2021) abordam que, apesar das diretrizes para gestão partilhada e acesso abrangente no âmbito do SUS, lacunas se manifestam na sua implementação, especialmente por gestores de saúde em municípios menores, em capacidade, que vivenciam dificuldades diárias nas tomadas de decisões e a uma rede limitada de serviços.

O fortalecimento das gestões municipais para qualificar a produção universal, integral, equânime do SUS, que defende a vida, que é plural,

torna-se, neste contexto, um desafio na consolidação da regionalização e governança do SUS. O gestor municipal assume então o papel prioritário na formulação e pactuação das RAS, à medida que, participa ativamente junto ao estado, fortalecendo as regiões de saúde e a capacidade de gestão municipal, reinventando práticas e construindo novos arranjos de gestão do SUS.

Maia Jr. (2014) enfatiza que o Gestor de Saúde possui o papel de cumprimento, formulação e reestruturação de políticas de saúde, como decretado na Reforma Sanitária, na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Gabardo *et al.* (2017) evidenciaram que o gestor de saúde (GS) tem um cargo social importante, dependente tanto de sua técnica, como de seu modo de fazer política, sendo a autoridade sanitária de fato e indicado pelo chefe do executivo. De acordo com Romero e Delduque (2013), ao gestor cabe, no SUS, garantir a cooperação e controle mútuo entre União, Estados e Municípios. Para Angelo (2011), a meta do gestor é cumprir o plano instalado e também implantar novos modelos de qualidade, satisfazendo os atendidos e, assim, melhorando a imagem da instituição.

Costa *et al.* (2013) afirma que é preciso um olhar profissional sobre conflitos existentes na gestão é de enorme importância. Inclusive, considera-se a gestão de conflitos dentre as mais relevantes, entre a tomada de decisão. Dessa forma, o bom relacionamento da equipe e, por consequência, sua satisfação profissional, trata-se de um fator decisivo para excelência do serviço, e a boa articulação de tais fatores é de competência técnica e social do GS.

Já Paiva *et al.* (2018) sugerem que gestor precisa assumir responsabilidades, desde a estrutura física das instalações da unidade de saúde, bem como pela integração entre equipes, pelo acompanhamento das atividades e ao monitoramento de indicadores e metas pactuadas, além de mediar possíveis conflitos que possam existir.

Por fim, Feltrin *et al.* (2020) apontam que, no processo de elaboração e implementação das RAS, os gestores são essenciais. É fundamental a vivência e a visão do gestor no processo de desenho e construção de uma RAS em seu território. O gestor deve participar das pactuações e acompanhamento dos serviços que a integram, pois é fundamental para a qualidade do cuidado produzido e ofertado.



Portanto, entende-se que o gestor possui o compromisso de efetivação de um sistema público de saúde que garanta cidadania para a população, sempre buscando por alternativas de atuação que garantam a eficiência de suas ações, e assim consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo acesso e a qualificação necessária para a efetivação do acolhimento e cuidado dos usuários dos serviços de saúde. Neste sentido, este estudo objetiva realizar uma revisão de literatura acadêmica no tema “o papel do gestor na Rede de Atenção à Saúde – RAS”, em artigos publicados no período 2010 a 2021.

Trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de busca nas seguintes bases de referências: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), e Scientific Eletronic Library On-line (SciELO), publicados no período de 2010 a 2021. Os descritores utilizados foram: “Sistema Único de Saúde”, “Gestão”, “Rede” e, de forma textual, Rede de Atenção em Saúde. A coleta dos dados aconteceu no decorrer do mês de agosto de 2021, sendo resgatados 87 artigos, dos quais, após a leitura de seus títulos e resumo, permaneceram na revisão oito artigos, sendo três provenientes da SciELO, quatro da Medline e um da LILACS.

## RESULTADOS

O Quadro 1 enumera os oito artigos selecionados para a revisão, sistematizados segundo autor, ano de publicação, revista, objetivos, método e resultados encontrados.

**Quadro 1 - Descrição dos textos revisados segundo autoria, periódico e ano de publicação, objetivo, método e resultados encontrados.**

Autor	Revista	Objetivo	Método	Resultado
Finger <i>et al.</i> (2021)	Rev Enferm Atenção Saúde [online].	Conhecer a percepção dos gestores municipais quanto ao papel da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde no processo de regionalização e organização das Redes de Atenção à Saúde.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.	Como potencialidades, evidenciou-se o suporte adequado da Secretaria Estadual de Saúde na educação permanente aos municípios e a participação do Conselho Municipal de Saúde na gestão e planejamento, bem como resultados positivos na assistência da Atenção Básica.

Feltrin <i>et al.</i> (2020)	Cuid Enferm.	Identificar o conhecimento e a visão dos gestores municipais sobre as Redes de Atenção à Saúde numa cidade do interior paulista.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, com entrevistas de seis gestores de um município.	As temáticas levantadas pelos entrevistados foram: Desafios da implantação das Redes, Governança e Relações Interfederativas.
Costa; Silva (2019)	Revista Revise	Apontar os principais desafios para o gestor de saúde na implementação e funcionalidade das RAS.	Pesquisa bibliográfica.	Os principais desafios na implementação das redes de atenção à saúde tangem a insuficiência no planejamento em saúde, o subfinanciamento do SUS, clientelismo e a desfragmentação da RAS.
Paiva <i>et al.</i> (2018)	Rev Med	Identificar as atribuições e competências do gestor de saúde e os desafios que esse profissional enfrenta nas diversas esferas da área da saúde.	Revisão narrativa de literatura.	O gestor tem que assumir responsabilidades desde a estrutura física das instalações da unidade de saúde, passando pela integração entre equipes, pelo acompanhamento das atividades e ao monitoramento de indicadores e metas pactuadas, além da mediação de possíveis conflitos que possam existir. As decisões devem se basear em um processo sistematizado, que envolva o estudo do problema a partir de levantamento de dados, produção de informação, desenvolvimento de propostas e soluções balizando assim a tomada de decisões.
Gabardo <i>et al.</i> (2017)	Revista UNINGÁ	Consistiu em analisar as publicações que abordaram a temática competência profissional dos gestores de serviços de saúde.	Revisão de literatura conduzida de acordo com a metodologia de revisão sistemática PRISMA.	Apontaram que as competências do gestor de saúde estendem-se da gestão de custos até a gestão de conflitos, incluindo a habilidade de conciliar interesses das partes envolvidas nos processos e decisão em contexto de constante mudança. Ao gestor de saúde pública cabe o cumprimento, formulação e reestruturação de políticas de saúde respeitados os papéis cabíveis às esferas municipal, estadual e federal.
Machado <i>et al.</i> (2016)	Cadernos de Saúde Pública	Analisar as estratégias de gestão do trabalho dos governos e o perfil dos profissionais das UPA no Estado do Rio de Janeiro, que tem o maior número de unidades no país.	Análise documental; entrevistas com gestores; visitas às UPA com aplicação de questionários a coordenadores, médicos e enfermeiros.	As estratégias de gestão do trabalho variaram segundo esfera administrativa estadual ou municipal) e ao longo do tempo.

Shimizu (2013)	Physis - Revista de Saúde Coletiva	Analisar as percepções de gestores sobre os desafios da formação de Redes de Atenção à Saúde no Brasil.	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete gestores envolvidos com a formulação da política nacional de saúde, mais especificamente com a formulação da Rede de Atenção à Saúde.	A fragmentação dificulta o direito à saúde. O subfinanciamento, a formação deficiente de profissionais, a influência política que envolve disputas e conflitos, a indefinição sobre a responsabilidade de cada ente federado sobre os problemas de saúde, como os principais desafios na constituição das redes de atenção à saúde.
Reis; Cesse; Carvalho (2010)	Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil	Identificar os consensos acerca do papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no SUS.	Foram elaborados um modelo teórico lógico e uma matriz de avaliação acerca das atribuições do gestor estadual na condução da regionalização.	A matriz de avaliação apresenta três níveis de análise (governo, gestão e assistência), que estão desmembrados em seis dimensões compostas de 14 critérios e 82 indicadores de avaliação que exploram as responsabilidades do gestor estadual do SUS frente à regionalização da saúde.

Fonte: Elaborada pelos autores (2021)

Dentre os artigos selecionados para revisão, há uma publicação já no mesmo ano que o lançamento das RAS, em 2010, e uma publicação por ano em 2013 e 2016 a 2021. Houve dispersão de autoria, sem nenhum autor presente em mais de um artigo, o mesmo ocorrendo quanto às revistas. Quanto ao método, metade dos artigos empregou revisão de literatura ou pesquisa documental, sendo os demais complementados com entrevistas.

De modo geral os artigos têm o objetivo de abordar o Papel do Gestor na Rede de Atenção à Saúde, descrevendo a percepção, atribuições e competências do gestor de saúde e os desafios enfrentados nas diversas esferas da área da saúde para a implementação e funcionalidade das RAS.

Finger *et al.* (2021) e Shimizu (2013) abordaram a percepção dos gestores. Finger *et al.* (2021) abordaram o papel das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, bem o processo de regionalização e organização das Redes de Atenção à Saúde. Já Shimizu (2013) mirou nos desafios da formação de Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Ambos concluem que as Redes de Atenção à Saúde no SUS ainda se configuram em um enorme desafio, que demanda investimento do Estado para a sua efetiva consolidação.

Para Feltrin *et al.* (2020), o gestor municipal possui um papel fundamental na formulação e conexão das Redes de Atenção à Saúde, pois ao participar ativamente junto ao Estado, tende a fortalecer as regiões de saúde, bem como a capacidade de gestão municipal, reinventando novas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde.

Costa e Silva (2019) confirmam que a construção de uma rede eficiente depende do comprometimento dos atores políticos que estão envolvidos, buscando por uma governança numa maneira de gestão realizada por meio de relações horizontalizadas, ou seja, relaciona-se a uma mudança nos processos de trabalho e na forma de se fazer gestão, tendo em vista que dificuldades encontradas atualmente são operacionais, e não teóricas.

Paiva *et al.* (2018) abordam as competências necessárias para um gestor de serviços de saúde, assim, buscou identificar o papel, funções, as principais características e os desafios da atuação dele. De modo que o gestor desenvolva uma gestão de qualidade, foi observado ser imprescindível este possuir uma visão tática do planejamento estratégico como sendo algo claro e objetivo, e assim assumir a liderança local visando articulação e melhoria nos serviços ofertados.

Gabardo *et al.* (2017) abordam que as competências do gestor de saúde estendendo-se desde a gestão de custos garantindo a qualidade do serviço prestado até a gestão de conflitos, reunindo conhecimentos e informações gerando interesses das partes envolvidas nos processos de mudanças decorrente da globalização, e possíveis transformações nas organizações.

Machado *et al.* (2016) concluíram que os problemas mais amplos da gestão em saúde no Brasil estão associados aos desafios do trabalho em urgências e às opções dos governos, inclusive a terceirização das UPA (Unidades de Pronto Atendimento).

Reis, Cesse e Carvalho (2010) evidenciaram em seus estudos que, para os gestores de saúde, mesmo sendo provisório, o consenso estabelecido pode ser um referencial para a realização de pesquisas, podendo servir como um instrumento de orientação dos processos-chave que devem ser implementados, bem como a realização de investigações avaliativas a respeito da implantação dos processos de regionalização, possibilitando uma melhor comparabilidade entre os estudos.

Todos esses estudos demonstraram que o papel do gestor na Rede de Atenção à Saúde – RAS consiste em assumir a formulação e pactuação das Redes de Atenção à Saúde, devendo participar de forma ativa junto ao Estado, reinventando diferentes arranjos, visando a melhoria dos serviços ofertados, e em uma busca por relações horizontais na gestão do Sistema Único de Saúde.

## CONCLUSÃO

O estudo revisou a produção científica de literatura acadêmica contida na Biblioteca Virtual de Saúde no que tange o Papel do gestor na Rede de Atenção à Saúde- RAS. Os artigos analisados destacaram que a conformação das Redes ainda é um grande desafio, e requer forte investimento do Estado, com uma política que as impulse e apoie.

Com relação aos achados sobre a atribuição e competências dos gestores, os resultados apontaram que o gestor tem que assumir responsabilidades desde a estrutura física das instalações da unidade de saúde, passando pela integração entre equipes, pelo acompanhamento das atividades e ao monitoramento de indicadores e metas pactuadas, além da mediação de possíveis conflitos que possam existir. As decisões devem se basear em um processo sistematizado, que envolva o estudo do problema a partir de levantamento de dados, produção de informação, desenvolvimento de propostas e soluções balizando assim a tomada de decisões.

Os principais desafios à implementação das redes de atenção à saúde tangem a insuficiência no planejamento em saúde, o subfinanciamento do SUS, clientelismo e a desfragmentação da RAS. Logo, percebeu-se que são muitos os desafios a serem enfrentados pelos gestores de saúde na busca da implementação e funcionalidade das Redes de Atenção à Saúde objetivando a construção de um SUS mais equânime e universal.

## REFERÊNCIAS

ANGELO M. Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores. RAS, v.13, n.52, p. 157-164, 2011.

BRASIL. Lei n. 8.080, 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 cor-

respondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055- 18059.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694-25695.

COSTA J.; SOUSA S.; FEITOSA F.; FEITOSA M.; ASSIS E.; PEIXOTO CP. Gestão de conflitos: estratégias adotadas em unidade básica de saúde. Revista Administração em Saúde, v.15, n.61, p. 134-140, 2013.

COSTA RS. & SILVA EAL. Redes de Atenção à Saúde: Desafio dos Gestores para sua Implementação e Funcionamento. Gestores. Revista Integrativa em Inovação Tecnológica nas Ciências da Saúde, vol. 3, Dossiê Gestão em Saúde, p.41-55, 2019.

FELTRIN AFS. *et al.* O papel das redes de atenção à saúde no SUS sob a ótica dos gestores de uma região de saúde. Cuid. Enferm., v.14, p. 35-40. 2020.

FINGER D. *et al.* Redes de Atenção a Saúde: A Percepção dos Gestores Municipais Revista de Enfermagem Atenção à Saúde, v.10, n.1, e202105, 2021.

GABARDO JMB. *et al.* Competência profissional dos gestores de serviços de saúde: Uma Revisão Sistemática. Revista UNINGÁ, v. 53, n.1, p.108-112, 2017.

LAMOTHE L, SYLVAIN C, SIT V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. Sante Publique, v. 27(1 Suppl): S129-35, 2015.

MACHADO CV *et al.* Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n.2, e00170614, 2016.

MAGALHÃES Jr. HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade / Health Care Networks: towards the integrality. Divulg. Saúde debate, v. 52, p.15-37, 2014.

MAIA Jr A. Secretários municipais de saúde: o SUS pela ponta da corda. Bauru. Tese (Doutorado), São Paulo, USP, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-03062015-092151/pt-br.php> Acesso em 21/06/2021.

MATTA GC. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília/DF: Organização Pan americana da Saúde, Brasília-DF 2011. Disponível em: <[http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acesso: 10/ 08/2021.

PAIVA RA *et al.* O papel do de serviços de saúde: revisão de literatura. Rev Med Minas Gerais, v.28 (Supl 5): e-S280523, 2018.

REIS, Ademar Arthur Choro *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017.

REIS, Yluska Almeida Coelho; CESSE, Eduarda Ângela Pessoa; CARVALHO, Eduardo Freese. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v.10 (Supl. 1): S157-S172, 2010

RIBEIRO, Patrícia Tavares. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. Saúde soc., v.24, n.2, p.403-412, 2015.

ROMERO LE; DELDUQUE M. A instituição da responsabilidade sanitária pela via legal no Brasil. Saúde Soc., v.22, n. 4, p.1167-1179, 2013.

SILVA SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.6, p. 2753-2762, 2011.

SHIMIZ HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n4, p. 1101-1122, 2013.

# NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB): ANÁLISE DA POLÍTICA NO PERÍODO DE 2019-2020

TALITA ABI RIOS TIMMERMANN  
RONALDO BORDIN

## INTRODUÇÃO

O debate sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil entrou na agenda pública na década de 1970, seguindo a discussão que também ocorria internacionalmente, e na prática, com a criação do Programa de Interiorização do Fundo das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), financiado pela Caixa Econômica Federal, que previa recursos para a construção de unidades básicas de saúde, convênios entre Ministério da Saúde e de Previdência Social, secretarias municipais, visando implantação em cidades de pequeno porte (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Já com o movimento da Reforma Sanitária e a reestruturação do sistema de saúde nos anos 1980, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve também uma importante organização que apontava para um modelo de proteção social, definidos na Constituição de 1988, incluindo princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento, e participação social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). A fim de atender a demanda política das secretarias municipais de saúde, e diante da demanda da epidemia de cólera e outras formas de diarreia, foi criado em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado inicialmente nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2010).

Em 1993 instituiu-se o Programa Saúde da Família, implementado principalmente em municípios menores. Com vistas a definição como estratégia,



a Saúde da Família foi explicitada na Norma Operacional Básica do SUS de 1996, e passa a assumir a característica de primeiro nível de atenção, com a incorporação de novas tecnologias e mudanças nos métodos de programar e planejar as ações de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). Assim, a concepção de atenção primária por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a atuar com caráter multiprofissional, definição de território, clientela adscrita, cadastramento e acompanhamento da população residente no território, porta de entrada do sistema de saúde, entre outros.

A Política Nacional de Atenção Básica que regulamenta o modelo de operacionalização da ESF mais recente é do ano de 2017, incluindo os princípios e diretrizes, a forma de atuação na Rede de Atenção à Saúde (RAS), os tipos de equipes, como, por exemplo, as equipes multiprofissionais do NASF-AB (BRASIL, 2017).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado no ano de 2008 pelo Ministério da Saúde a fim de propiciar a maior participação de profissionais que não compunham as equipes mínimas da ESF à época (BRASIL, 2008). Sua criação é resposta à pauta existente na agenda pública com proposições que datam de 2004, através do Núcleo de Saúde Integral, com referências as “Equipes de transição para a ESF” e “Equipes Matriciais” (CASTRO; FAUSTO, 2012). Assim, é formulada uma política que tem como base a Clínica Ampliada e o Apoio Matricial, no intuito de melhorar aspectos como a fragmentação do cuidado, a corresponsabilização entre as equipes e o aumento da resolubilidade no território da APS (BRASIL, 2008; ALMEIDA, 2016).

Desde sua criação, o NASF passou por diferentes modificações, com estratégias emergentes que foram se desenvolvendo ao longo de sua implementação, com readequações do número de equipes as quais o NASF prestaria apoio, categorias profissionais que poderiam compor o NASF, carga horária a ser executada pelas equipes, concepção de um formato de equipe NASF viável para municípios de pequeno porte, modificação do nome para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), entre outros.

O Quadro 1 apresenta uma sistematização entre modalidade, vinculação, carga horária, valor de repasse financeiro do governo federal e categorias profissionais possíveis ao contexto do NASF.

**Quadro 1: Vinculação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) às Equipes de Saúde da Família (EqSF) e sua composição profissional.**

Modalidade EqNASF	Vinculação a EqSF, carga horária de trabalho e repasse federal	Profissionais que compõe a equipe (comum a todos)
<b>NASF 1</b>	Um NASF para 5 até 9 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 200h/semanais R\$ 20.000,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Psiquiatra</li> <li>• Médico Geriatra</li> <li>• Médico Internista</li> <li>• Ginecologista/Obstetra</li> <li>• Médico Pediatra</li> <li>• Médico Homeopata</li> <li>• Médico Acupunturista</li> <li>• Médico do Trabalho</li> <li>• Médico Veterinário</li> <li>• Sanitarista</li> <li>• Fisioterapeuta</li> <li>• Terapeuta Ocupacional</li> <li>• Fonoaudiólogo</li> <li>• Psicólogo</li> <li>• Nutricionista</li> <li>• Assistente Social</li> <li>• Farmacêutico</li> <li>• Arte-Educador</li> <li>• Profissional de Educação Física</li> </ul>
<b>NASF 2</b>	Um NASF para 3 a 4 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 120h/semanais R\$ 12.000,00	
<b>NASF 3</b>	Um NASF para 1 a 2 EqSF, com somatório de carga horária dos profissionais mínima de 80h/semanais. R\$ 8.000,00	

Fonte: Timmermann (2016).

No período de uma década de implementação, o Ministério da Saúde induziu de maneiras variadas as práticas do NASF, utilizando Portarias com regulamentações específicas, materiais de qualificação como Cadernos de Atenção Básica (CAB), Boletins, Manuais, e vídeos institucionais em comemoração aos 10 anos do NASF, abordando, principalmente, as Ferramentas Tecnológicas do NASF.

É evidente também a expansão do número de equipes NASF no território brasileiro no mesmo período. Em dezembro de 2018, a soma das equipes NASF totalizava 5.640, com ascensão nos três tipos de equipes. Após esse período, em 2019, com a troca do governo federal, diversas modificações foram iniciadas no âmbito da APS, sendo uma das principais a mudança de *status* de Departamento de Atenção Básica para Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), por meio do Decreto nº 9.795/2019 (BRASIL, 2019a); a mudança do formato de avaliação de qualidade da APS, com base em indicadores e metas avaliadas via sistema de informação; a criação do Programa Previne Brasil; o corte e a mudança no modelo de repasses financeiros do governo federal aos mu-

nicípios, incluindo o fim do custeio para equipes de NASF cadastradas (BRASIL, 2019b).

Dessa forma, houve uma alteração significativa e de impacto junto a gestão dos municípios considerando a alteração do modelo de financiamento, que altera o repasse de transferência distribuído com base nos critérios de captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019b). A partir dessas modificações, o NASF, que anteriormente recebia incentivo direto do governo federal conforme o tipo de equipe NASF cadastrada, passa a depender da decisão do gestor municipal para sua manutenção ou não.

A fim de esclarecer o posicionamento do governo federal diante das equipes NASF, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde publica em 2020 uma Nota Técnica, ratificando que

a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe (BRASIL, 2020a).

A Nota Técnica também revoga o credenciamento de novas equipes NASF e anuncia o arquivamento das solicitações realizadas até a data da publicação, e que, a fim de alcançar os indicadores do Programa Previne Brasil, torna-se de competência da gestão municipal conhecer as necessidades de saúde de sua população e aplicar os recursos de financiamento da APS no custeio de equipes multiprofissionais, se considerar apropriado (BRASIL, 2020a).

Assim, é importante conhecer as modificações legais ocorridas no período de 2019-2020, especialmente para os NASF, para a tomada de decisão acerca do custeio ou encerramento das equipes multiprofissionais no território da APS por parte dos gestores municipais.

Neste sentido, o presente estudo busca identificar qual a repercussão do término do repasse financeiro por equipes NASF aos municípios, consi-

derando o número de equipes registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) até o ano de 2018 e se houve mudanças no número de cadastros ao longo do período de 2019-2020.

## EQUIPES NASF NO BRASIL E RIO GRANDE DO SUL

Na tabela 1 é possível identificar os números de equipes NASF por tipo cadastrada (Tipo 1, 2 e 3) e em 2019 e 2020, no Brasil e no Rio Grande do Sul. Quando observados somatório dos três modelos de equipe, constata-se a redução de 5616 equipes em janeiro de 2019 para 1776 em maio de 2020, na ordem de 68,4%. Esta redução ocorreu majoritariamente após março/20.

**Tabela 1 - Número de equipes NASF-AB tipo 1, 2 e 3 no Brasil e no Rio Grande do Sul, em jan/19 e maio-ago/20.**

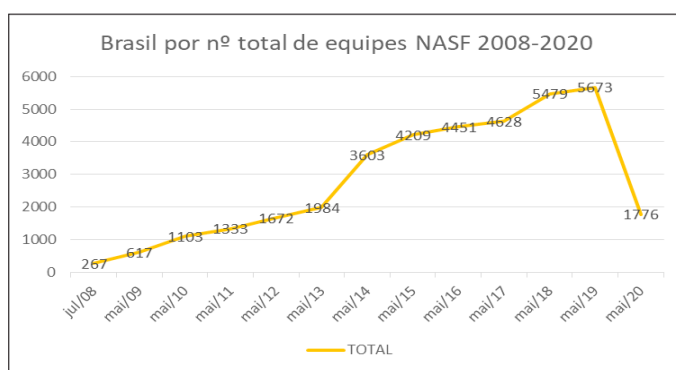
Equipes NASF-AB Brasil	Jan/2019	Mai/20	Varição
NASF 1	3318	937	
NASF2	1030	371	
NASF 3	1268	468	
Total	5616	1776	- 68,4%
Equipes NASF-AB Rio Grande do Sul	Jan/2019	Ago/20	Varição
NASF 1	66	3	
NASF2	48	1	
NASF 3	108	3	
Total	222	7	- 96,8%

Fonte: Sistematização dos autores.

Considerando apenas do estado do Rio Grande do Sul (RS), foi possível crescer os meses de junho, julho e agosto de 2020 com dados disponíveis no CNES. Constatou-se que o declínio no número de equipes se manteve nos meses subsequentes a maio de 2020, com uma brusca redução considerando os três modelos de equipe separadamente, assim como no somatório total das equipes, com uma redução próxima a 97%.

Outro achado, utilizando a base de dados do CNES, apresenta o pico máximo equipes NASF cadastradas em toda história do NASF, no ano de 2019, com um total de 5.673 equipes no mês de maio. Quando observamos os dados desde a criação do NASF, em 2008, ano a ano, é possível visualizar o ponto inicial com 267 equipes com subida gradativa até 2013 e maior expansão nos anos subsequentes, e queda abrupta em 2020, conforme gráfico a seguir (Gráfico 1).

**Gráfico 1: Número total de equipes NASF no Brasil entre 2008-2020.**



Os anos de 2019 e 2020 foram marcados por grandes mudanças no modelo de gestão da APS brasileira, tendo como principal modificação a implantação do Programa Previne Brasil, instituído no atual governo de Jair Bolsonaro, e que incide, principalmente, na alteração da forma de custeio e financiamento da APS.

As principais alterações existentes na Portaria do Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019b), incluem:

- Fim do Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo);
- Mudanças no PAB Variável relativo ao desempenho das equipes;
- Exclusão do financiamento federal para os NASF;
- Uso de indicadores para avaliação da qualidade (PMAQ-AB);
- Incentivo para ações estratégicas, como Programa Saúde na Hora, Informatização, inserção das residências médica e multiprofissional, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Promoção da Saúde através das

Academias da Saúde e Saúde na Escola, Consultório na Rua, Unidades Básicas Fluviais, entre outros.

Enfatizando o NASF, o Programa Previne Brasil prevê o fim do custeio das equipes pelo governo federal, porém não deixa explícito na Portaria como haveria de se dar a manutenção do NASF-AB nos municípios. Essa informação é mencionada por meio da notícia “Tire todas as suas dúvidas sobre o Previne Brasil” (BRASIL 2019c), única fonte informativa disponível no *site* do MS conforme busca para realização desse estudo. A mesma informação é reforçada, posteriormente, através Nota Técnica (BRASIL, 2020a), tornando a informação mais evidente sobre a manutenção e custeio baseado no interesse dos gestores municipais, e anunciando o arquivamento de solicitações de credenciamento de equipes NASF-AB existentes até aquele momento. Para Masuda (2020), a nova política pode comprometer a abrangência dos serviços da APS, influenciando a resolutividade e a integração com as redes de saúde.

Ainda no âmbito do financiamento, vale destacar que anteriormente o repasse de recursos estava atrelado ao cadastro de equipe junto ao CNES, o que pode justificar a queda brusca do número de equipes identificadas no banco de dados do CNES após o mês de maio de 2020. Para o secretário que ocupava a Secretaria de Atenção Primária à Saúde a época, apenas 35% dos profissionais estavam registrados como NASF segundo dados do CNES, havendo um número maior atuando na APS, mas em outros formatos de prática. Justificava, assim, que não haveria prejuízos no financiamento, mas uma autonomia dos gestores municipais em gerir o trabalho conforme perfil epidemiológico de cada cidade (HARZHEIM, 2020). Vale lembrar que, conforme os dados existentes no CNES, o ano de 2019 registra o auge de cadastro de equipes entre os 3 formatos de NASF em todo Brasil.

Outra publicação importante sobre cadastramento é a Portaria nº 99, de fevereiro de 2020, que redefine o registro das equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no CNES (BRASIL, 2020b). Tal documento não é identificado quando realizada busca no *site* do MS, assim como outras publicações relevantes à temática. A Portaria inclui eNASF-AB – Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, e exclui os modelos de equipe NASF 1, NASF 2, NASF 3. Ressalta-se que mesmo reinseridos como equipes no CNES, o NASF-AB não é retomado como estratégia incentivada pelo MS

(MORISINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020), ainda ficando à mercê do interesse local para sua manutenção ou não. Essa ausência de incentivo pode ser observada ao perceber que as principais publicações que envolvem a grande temática NASF não são localizadas no *site* do MS, acarretando num silenciamento sobre essa estratégia de indução de profissionais na APS.

No final do ano de 2019, o MS publicou uma Portaria na qual constavam os indicadores do pagamento por desempenho que seriam utilizados pelo Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019b), dispondo de sete indicadores para o ano de 2020, e dez indicadores para serem desenvolvidos nos anos de 2021 e 2022, detalhados no Quadro 2. Esses indicadores utilizam parâmetros pré-estabelecidos, e definidos após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite, com acompanhamento mensal por parte do MS, e pagamento conforme alcance do indicador após apuração do quadrimestre anterior.

Dentre todos os indicadores, o primeiro que consta para 2021/2022 é o de ações multiprofissionais no âmbito da APS, no entanto, não discute sobre quais seriam estas ações. O que é sabido é que o NASF tem trabalhado há mais de uma década com ações individuais e coletivas na APS, ampliando a cartela de serviços nos diferentes territórios em que atua, de forma intersetorial, com abordagem multidisciplinar, sob o conceito do apoio matricial e da clínica ampliada (MELO *et al.*, 2019).

#### Quadro 2: Indicadores para 2020, 2021 e 2022 do Programa Previne Brasil.

Indicadores 2020	Indicadores 2021 e 2022
I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1 <sup>a</sup> até a 20 <sup>a</sup> semana de gestação; II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; IV - cobertura de exame citopatológico; V - cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; VI - percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e VII - percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	I - <b>ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde</b> ; II - ações no cuidado puerperal; III - ações de puericultura (crianças até 12 meses); IV - ações relacionadas ao HIV; V - ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose; VI - ações odontológicas; VII - ações relacionadas às hepatites; VIII - ações em saúde mental; IX - ações relacionadas ao câncer de mama; e X - Indicadores Globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional, como o Primary Care Assessment Tool (PCATool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária), o Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9 - Questionário de Avaliação da Relação Médico-Paciente) e o Net Promoter Score (NPS - Escala de Satisfação do Usuário).

Fonte: Sistematização e grifo dos autores.

A evidente redução do quantitativo de equipes NASF no Brasil e as atualizações repassadas pelo MS desencadearam muita incerteza e insegurança aos profissionais das equipes, gerando movimentos de trabalhadores na busca por esclarecimentos e na defesa da manutenção do NASF no modelo vigente até a ano de 2019. São exemplos desses movimentos o Fórum NASF do Rio Grande do Sul, que ocorreu em 3 de agosto de 2020, com a participação de 65 profissionais representando 34 diferentes municípios/entidades, e que teve como conclusão o envio de Ofício para a SAPS do MS solicitando respostas para questões específicas (OFÍCIO FÓRUM NASF RS, 2020). Outro movimento que partiu da iniciativa dos trabalhadores das equipes foi a “Carta Aberta contra o desmonte do NASF”, organizada pelo Movimento de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do estado de São Paulo, por meio de formulário eletrônico para coleta de assinaturas, e publicado em 9 de outubro de 2020 (CARTA ABERTA, 2020). Além disso, entidades da saúde pública posicionaram-se nesse contexto de incertezas, com publicações importantes em seus meios de comunicação, tais como Fiocruz (2020), Cebes (2020) e CREFITO (CREFITO 4, 2020).

## CONCLUSÃO

O que pode ser observado nesse estudo é que, de fato, o NASF não é mais uma estratégia fomentada pelo MS, para além do investimento financeiro, uma vez que documentos importantes são suprimidos no *site* institucional e dificultam a divulgação dessa possibilidade de atuação no escopo da APS, dados da nova forma registro não estão públicos a fim de identificar a manutenção ou não das equipes, e a constatação do declínio significativo do cadastro de equipes no CNES, assim como a falta de esclarecimentos e silenciamento por parte da SAPS em orientar novas formas de trabalho, formato de avaliação do indicador de ações multiprofissionais, entre outros.

Não é possível mensurar qual será o impacto dessa supressão de equipes nas atividades da APS há longo prazo, mas alguns deles já podem ser sentidos, como no campo da formação de novos profissionais com ênfase na atuação na APS. Exemplo disso foi o cancelamento da vaga de fisioterapia na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul para Atenção Básica no município de Porto Alegre por não



haver preceptor da área nos territórios da APS após término das equipes NASF do município (TV CREFITO 5, 2020). Os efeitos mais imediatos de descontinuidade do cuidado, redução do campo da APS como área de formação, diminuição das diferentes categorias profissionais atuando na APS são apenas alguns exemplos do que tem sido observado, sendo necessário averiguar daqui alguns anos quais serão os efeitos das decisões do atual governo federal.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Erica Rodrigues. A gênese dos NASF [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.

BRASIL. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019a. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm)>.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica nº 3, de 20 de janeiro de 2020a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF: 2020.

\_\_\_\_\_. Notícia “Tire todas as suas dúvidas sobre o Previne Brasil”. Publicada em: 12 dez. 2019j. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/tire-todas-as-suas-duvidas-sobre-o-previne-brasil>>.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.397, de 21 de junho de 2019d. Descredencia Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por não cumprimento de prazo estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.397-de-21-de-junho-de-2019>>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 154, de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.698, de 14 de outubro de 2019g. Suspende a transferência de incentivos financeiros referente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (ECR), Equipes de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.698-de-14-de-outubro-de-2019-221814122>>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019b. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt\\_2979\\_12\\_11\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf)>. Acesso em: 8 mar. 2021.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019k. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 211, de 7 de janeiro de 2020b. Suspende a transferência de incentivos financeiros referente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (ECR), Equipes de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-211-de-7-de-janeiro-de-2020-242817667>>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 212, de 11 de fevereiro de 2019c. Descredencia Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por não cumprimento de prazo estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/KujrwOTZC2Mb/content/id/66953078/UCEQITzKXPyVi6cWuD3q0ksQ](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwOTZC2Mb/content/id/66953078/UCEQITzKXPyVi6cWuD3q0ksQ)>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 214, de 7 de fevereiro de 2020c. Suspende a transferência de incentivos financeiros referente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (ECR), Equipes de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-214-de-7-de-fevereiro-de-2020-242817801>>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019l. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.224, de 9 de dezembro de 2019h. Suspende a transferência de incentivos financeiros referente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (ECR), Equipes de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.224-de-9-de-dezembro-de-2019-232398905>>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 386, de 14 de março de 2019e. Suspende a transferência de incentivos financeiros referente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (ECR), Equipes de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: <[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/68157955](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/68157955)>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 788, de 17 de maio de 2019f. Suspende a transferência de incentivos financeiros referente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (ECR), Equipes de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-788-17-de-maio-de-2019>>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 874, de 10 de maio de 2019i. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMA-Q-AB). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-874-de-10-de-maio-de-2019-108883717>>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 99 de 7 de fevereiro de 2020d. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>>.

CARTA ABERTA. Assinatura da Carta Aberta contra o desmonte do NASF. Movimento de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais de SP. São Paulo: 9 out. 2020. Disponível em: <https://cms.campinas.sp.gov.br/sites/cms.campinas.sp.gov.br/files/2020-12/CARTA%20ABERTA%20CONTRA%20O%20DESMONTE%20DO%20NASF%20-%20v%20sem%20assinaturas.pdf%202020>>.

CASTRO, Ana Luiza Barros de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 173-196.

CEBES. Notícia “Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o NASF-AB”. Publicada em: 12 fev. 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>>.

CNESNet. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Cadastro de estabelecimentos de saúde. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>.

CREFITO 4. Notícia “NASF-AB é extinto pelo Ministério da Saúde e aprofunda desequilíbrio no setor”. Publicada em: 31 jan. 2020. Disponível em: <<https://crefito4.org.br/site/2020/01/31/nasf-ab-e-extinto-pelo-ministerio-da-saude-e-aprofunda-desequilibrio/>>.

FIOCRUZ. Notícia “Saúde da Família perde modelo do NASF”. Publicada em: 1 mar. 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

HARZHEIM, Erno. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n.4, p. 1189-1196, 2020.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n.4, p. 1181-1188, 2020.

MELO, Eduardo Alves; ALMEIDA, Patty Fidelis de; LIMA, Luciana Dias de; GIOVANELLA, Lígia. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, n esp. 5, p. 137-144, 2019.

MORISINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. *Cadernos de Saúde Pública*, v.36, n. 9, p. 1-20, 2020.

OFÍCIO FÓRUM NASF RS. Ofício nº 25/2020/SMS/SAB. Prefeitura Municipal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Assunto: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, enviado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. 3 ago. 2020.

TV CREFITO 5. LIVE: A importância do NASF na Saúde Pública. Youtube, 20 out. 2020. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=fHq\\_VRyv2MU](https://www.youtube.com/watch?v=fHq_VRyv2MU)>.

# O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO PRESENTE NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE (BVS), 1988-2020

ANDERSON ODILON DOS SANTOS  
RONALDO BORDIN

## INTRODUÇÃO

A partir de 1988, a atenção à saúde do país passou por diversos mecanismos de financiamento, ainda persistindo as dificuldades para atingir os recursos necessários e melhorar os serviços ofertados à população. A inclusão de milhões de pessoas no sistema de proteção social ultimava garantir o acesso aos serviços públicos de saúde como direito fundamental de todo cidadão. Inicialmente restrito aos trabalhadores do mercado formal e contribuintes da Previdência Social, a Constituição Federal de 1988 criou fontes para sustentar o projeto político e estender a todos os brasileiros o direito à saúde (BRASIL, 2013).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada o primeiro nível de atenção em saúde desde o individual, ao coletivo, abrangendo questões de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O seu objetivo está intimamente relacionado com o desenvolvimento de uma atenção integral que possua impactos positivos na vida dos pacientes (BRASIL, 2013).

A APS é a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com todas as Redes de Atenção contidas no Sistema Único. Ela deve se orientar pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, cuidado, integralidade, responsabilização, humanização e equidade, funcionando como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos simples aos mais complexos (BRASIL, 2013).

A Atenção Primária no Brasil passou por avanços que compreenderam a ampliação da oferta, facilitando o acesso e havendo maior disponibilidade de serviços com impactos positivos na saúde da população. Mesmo não sendo possível cindir os efeitos da atenção primária na população, a redução das taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS) está diretamente relacionada com a implantação e o avanço da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em sinergia com as políticas sociais implementadas pelo governo federal, o que contribuiu para a diminuição da pobreza em saúde. De 1998 até 2018, a cobertura nacional de ESF aumentou 70%, integrando-se 147 milhões de pessoas (O'DWEYR *et al.*, 2019).

Considerando o aumento da cobertura das ESF, bem como o aumento da demanda populacional de atendimento, ao final de 2019, haviam cerca de 45 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) com mais de 43 mil equipes de ESF potencialmente capazes de cobrir aproximadamente 150 milhões de pessoas (HARZHEIM *et al.*, 2020). O Programa Saúde da Família, iniciado em 1994, foi implementado como uma Política Nacional de Atenção Primária, alocando novos recursos para municípios carentes (GURGEL Jr. *et al.*, 2019).

Desde 1997 o modo de financiamento da Atenção Primária do Governo Federal era através do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo (de R\$ 23,00 a 28,00 reais por capita, sendo definido de acordo com a saúde financeira) e do PAB Variável (utilizada como modo de incentivo para as Unidades de Saúde da Família pois, o aporte é mensal e baseado de acordo com tipo, quantidade de equipe e quadro de profissionais previstos). Em outubro de 2019 começou-se a pensar em um novo modelo de financiamento, sendo que, no dia 12 de novembro de 2019, foi publicado no Diário Oficial da União a portaria nº 2.979, alterando o contributo.

O plano “Previne Brasil” foi instituído para estabelecer novos financiamentos para a APS, visando corrigir os problemas de insuficiência de recursos e aumentar os investimentos para a APS, direcionando as equipes e os municípios que estão cada vez melhores para atuar na ESF (HARZHEIM *et al.*, 2020). A portaria estabelece novos custeios para a APS no âmbito do SUS, que passou a envolver capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas.

Para que a nova proposta seja um sucesso, o montante de recursos federais aos municípios deve aumentar para 2 bilhões de reais em 2020 quando comparado com o ano anterior. Além disso, a moção criou a equipe de atenção primária à saúde (eAPS) para aumentar a aceitação de transferências financeiras federais, reduzir a carga de trabalho dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas para que assim a equipe formada possa ser reconhecida e supervisionada pelo governo federal sem a necessidade de contratar outros profissionais (HARZHEIM *et al.*, 2020).

A restituição dos recursos após essas abordagens passou a ter base nas realizações similares feitas no Reino Unido, em que a atenção primária passou a precisar de recursos extras para que assim, pudessem fornecer os cuidados necessários aos pacientes incluídos. É de importante análise a esta população inclusa: sua idade, as taxas de desemprego, a pobreza e a carga de trabalho associada a cada tipo de paciente. Ademais, as condições de morbidade de cada cliente são de grande importância para essa realocação, visto que são feitas por ordem per capita e o conhecimento de todos os transtornos crônicos auto referidos deve ser contabilizado (GURGEL Jr. *et al.*, 2019).

Além do mais, quando se observam essas transferências a partir do Ministério da Saúde, pode-se constatar efeitos prejudiciais, havendo um crescimento nominal de 2,88%, sendo abaixo do anual do IPCA/IBGE, com média de 2,95%. Essa redução foi evidenciada quando o montante de recursos federais transferidos para a Atenção Básica foi de 8,2%. Dado o exposto, a Emenda Constitucional 95 tem ligação direta com estes constrangimentos para a saúde da população ainda no primeiro ano da sua vigência (MENDES *et al.*, 2018).

Em 2021 foi implantada a Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021, que firma as normas sobre a Atenção Primária a Saúde. Esta portaria valida as equipes e todos os serviços da APS para que as transferências de incentivos financeiros sejam feitas pelo governo federal. Tal fator está diretamente relacionado com o cadastramento das equipes, os agentes comunitários de saúde e seus serviços ofertados através da portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Esta portaria permite que os incentivos financeiros só sejam encaminhados sob o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações ocorri-

das na APS. A ausência de irregularidades capazes de motivar a suspensão desses incentivos se manteve como o preconizado pela PNAB no programa Previne Brasil, contando com as normativas específicas que regulamentam a organização, o funcionamento e o financiamento de cada equipe e serviço da Atenção Primária (BRASIL, 2021).

As regras impostas pela Portaria de Consolidação nº 1 preveem que, para o recebimento dos incentivos financeiros do governo federal, haverá o monitoramento das regras estabelecidas e supracitadas, cujas competências serão consideradas no SCNES, subsidiando o financiamento subsequente. A suspensão das transferências deste financiamento adotará as regras preconizadas pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o programa Previne Brasil, bem como a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Em 15 de junho de 2021 foi promulgada a Portaria GM/MS nº 1.221, dispondo sobre os municípios que farão jus no segundo quadrimestre do ano, ao incentivo financeiro proposto pelo programa Previne Brasil, através da portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019. No entanto, a primeira tem como objetivo corrigir os incentivos financeiros propostos pelo Programa, cujos impactos e suas correções só poderão ser analisados após o término da pandemia da COVID-19.

Neste contexto, este estudo objetiva revisar a produção científica presente na Biblioteca Virtual em Saúde quanto ao tema financiamento da atenção básica em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), de sua implementação (1988) até o ano 2020. É uma revisão bibliográfica do tipo integrativa voltada às formas de financiamento do SUS a partir da CF-88 e suas alterações.

Foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), nas bases de referências LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Excerpta Medica dataBASE (EMBASE), MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica) com acesso à PUBMED (US National Library of Medicine) e SciELO (Scientific Eletronic Library On-line). Foram incluídos artigos completos, em língua portuguesa e inglesa, publicados a partir do ano de 1988, utilizando os seguintes descritores para a realização da busca: “Sistema Único de Saúde”, “Financiamento da As-



sistência à Saúde”, “Assistência à Saúde” e “Financiamento dos Sistemas de Saúde”. Ao final foram encontrados um total de 55 artigos, 15 dos quais selecionados para a revisão. Não foram considerados artigos que contemplem o estudo de financiamento nas esferas municipais, apenas aqueles cujas análises são feitas sob o modelo de financiamento na política, em esfera federal.

## RESULTADOS

No Quadro 1 estão os 15 artigos que compõem esta revisão, sistematizados segundo autoria, ano de publicação e periódico, objetivos e resultados encontrados.

Observa-se que:

a) de maneira geral, os artigos têm como objetivo detalhar o financiamento do Sistema Único de Saúde analisando as Leis regentes, as Portarias, a implementação das Emendas Constitucionais no Brasil. As perspectivas de financiamento e os fatores de melhora e piora diante das implementações são demonstradas, bem como a cobertura de atenção primária e a relação com os subsídios.

b) nenhum artigo selecionado para revisão foi publicado nos primeiros 25 anos (1988-2013) que se seguiram à publicação da CRF-88. Dos artigos encontrados, onze artigos foram publicados no biênio 2019-2020.

Alguns estudos datados entre estes anos foram encontrados, cujos pontos citados no estudo foram salientados através da cartilha do SUS de Piola, Paiva, Sá e Servo (2013). Ademais, o estudo feito através do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) conta com uma investigação do financiamento do Sistema Único de Saúde dentre estes períodos supracitados. Tal estudo demonstrou as tentativas de ampliar e estabilizar o financiamento público de saúde entre os anos de 1988 e 2013, passando pela criação da CPMF em 1996 e culminando para a promulgação da EC-29 em 2000. Contudo, de 2000 a 2013, os movimentos vinculados à saúde pressionaram a regulamentação da EC-29 e aumentaram os recursos para a saúde na época.

c) A Revista Ciências e Saúde Coletiva publicou seis dos 15 artigos, todos no biênio 2019-2020.

Houve uma dispersão de autoria, sendo que apenas em um caso o autor esteve presente em dois artigos (ambos publicados em 2020). Erno Harzheim

*et al.* (2020) totaliza dois artigos publicados no mesmo ano, cujos resultados mostram-se divergentes quando relacionados com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Os estudos demonstram que nem todos os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde são cumpridos na esfera federal e que as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde não são realizadas conforme o preconizado pela Lei.

Tais fatores são apontados com uma baixa cobertura de cadastro populacional na atenção primária, fazendo com que o financiamento seja feito de maneira inadequada. Ademais, Harzheim *et al.* (2020) observaram também que estes custeios inadequados geram uma escassez em relação ao número de profissionais adequados, bem como uma necessidade de acolhimento dos dados dos pacientes atendidos, refletindo na informatização necessária dentro da esfera primária.

O'dwyer *et al.* (2019) e Rossi *et al.* (2019), com resultados semelhantes, identificaram irregularidades no financiamento público, demonstradas através da contenção de gastos em ambos, deixando a desejar para os pacientes que fazem uso do Sistema Único de Saúde, principalmente da Atenção Básica. Ambos demonstram que a saúde do país pode acabar se beneficiando do sistema privado, implicando em um impacto financeiro e estrutural no país e aumentando a desigualdade, advindas das dívidas do contributo dos anos iniciais de implementação do Sistema.

Já Bevilacqua *et al.* (2020), Funcia (2019), Nascimento (2019), Mendes *et al.* (2018) e Campelli e Calvo, (2007), trataram das discrepâncias do financiamento do Sistema Único de Saúde e, principalmente, das falhas dos repasses e da diminuição dos investimentos dos recursos governamentais ao longo dos anos. Aponta que a EC-29 afronta as diretrizes principais das Leis Orgânicas de Saúde, principalmente a Lei nº 8.080. Tais autores demonstram que as dívidas do SUS, que se arrastam a partir de 2003, fazem com que as propostas preconizadas pelas LOS não corporificam os princípios básicos do Sistema Único de Saúde, principalmente quando se trata de integralidade e universalidade.

Há um destaque ao déficit de financiamento em todos estes estudos, tanto de forma insuficiente quanto em uso excessivo e de forma desnecessária por alguns estados e cidades. Demonstraram as irregularidades da Emenda

Constitucional nº 29, salientando uma incompatibilidade com as necessidades apresentadas pela carga do Sistema de Saúde do país e pela demanda apresentada. Tais fatores ainda são demonstrados ao final como geradores principais de dívidas acumuladas no país, de forma a refletir no futuro do financiamento do SUS e nas possíveis mudanças e cortes sugeridos.

Contarato *et al.* (2019), Gurgel Jr *et al.* (2019) e Lima (2020) irão abordar especificamente as prioridades do Sistema de Saúde e sobre quais devem ser as prioridades nas análises financeiras, para que não haja desperdícios e o uso possa ser mais efetivo e resolutivo.

Estes estudos demonstraram que a análise crítica dos pacientes que possuem a APS como porta principal de entrada, identificando as suas comorbidades e necessidades indeclináveis, devem ser considerados as prioridades dos gastos no SUS. Demonstraram também uma relação importante com suas morbidades e características sociodemográficas, devendo ser encarados como desafio de financiamento do sistema e formas de melhor aplicar o projeto de saúde pública do país.

Os estudos de Alves *et al.* (2019), Moreira (2018) e Paiva e Teixeira (2014) trataram das estratégias de gestão em saúde no país. Estes apontaram a importância da análise de custo-efetividade do país em todos os seus períodos na história de economia política, demonstrando assim que a maioria dos recursos direcionados para os municípios ao financiamento da saúde pública são repassados de forma inferior ao que lhe é necessário.

**Quadro 1 – Autores, data e periódico publicado, objetivos e resultados dos estudos componentes do texto (n=15)**

Autor	Objetivo	Resultados
Alves <i>et al.</i> , 2019	Mapear a produção da economia da saúde no Brasil e seus principais temas, destacando a relevância da economia política, com o intuito de refletir sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.	A preponderância da produção em ‘gestão em saúde’ e ‘análise de custo-efetividade’ sugere que os pesquisadores da economia da saúde estão majoritariamente alinhados ao pensamento neoclássico. A produção pelos paradigmas da ‘economia política’ é rarefeita.
Bevilacqua <i>et al.</i> , 2020	Analisar a constitucionalidade da EC-95, visando os pisos de aplicação mínimos nas ações de serviço público frente as disposições constitucionais.	A EC-95 afronta as diretrizes constitucionais da integralidade e universalidade, já que agravam o déficit de financiamento e impede financiamento adequado à APS.

Harzheim <i>et al.</i> , 2020	Apresentar um debate sobre a nova política de financiamento da APS no Brasil.	Há um baixo cadastro de brasileiros para a cobertura financeira estimada, além dos incrementos financeiros demonstrados.
Harzheim <i>et al.</i> , 2020	Demonstrar os desafios enfrentados através da reforma na APS, o financiamento insuficiente e a estrutura dos serviços.	Evidenciou-se uma escassez de profissionais qualificados, a necessidade de uma maior informatização da APS e a ausência de integração de dados clínicos, fragilidade e necessidade de ampliação profissional.
Caran Contarato <i>et al.</i> , 2019	Analisar as tendências e os padrões regionais das receitas e despesas de saúde dos brasileiros num período de 10 anos.	A vinculação constitucional da saúde está relacionada a um efeito protetor com os compromissos e prioridades de gastos, bem como aos mecanismos de compensação nas despesas em saúde.
Funcia, 2019	Identificar novas fontes de receitas para a alocação de recursos para o atendimento das necessidades de saúde da população.	Os resultados encontrados foram de uma variação de gastos de mais de 30% dos valores apurados para uso.
Nascimento, 2019	Traçar perspectivas futuras quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a judicialização da saúde.	A EC-95 é incompatível com a necessidade de financiamento do SUS, condição que atinge a garantia constitucional ao efetivo exercício do direito à saúde.
O'dwyer <i>et al.</i> , 2019	Explorar os efeitos da crise financeira nas receitas e despesas na produção de serviços e indicadores de saúde e desempenho no município do Rio de Janeiro.	Os indicadores de saúde e desempenho persistiram, em sua maioria, dentro dos parâmetros anteriores, corroborando a potência assistencial da Atenção Primária, apesar do impacto financeiro e estrutural da austeridade.
Rossi <i>et al.</i> , 2019	Analisar os efeitos da austeridade e crise econômica sobre o financiamento da saúde bucal, oferta e utilização de serviços públicos e acesso a planos exclusivamente odontológicos no Brasil, no período de 2003 a 2018.	A austeridade fiscal tem forte influência sobre a utilização de serviços públicos odontológicos no Brasil, que pode beneficiar o mercado privado e ampliar as desigualdades.
Gurgel Jr <i>et al.</i> , 2019	Apresentar um modelo matricial de nível individual para alocação de recursos em saúde no SUS com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013.	Demonstram uma relação direta entre as morbidades dos pacientes e suas características sociodemográficas, sendo assim interações resultantes de níveis bidirecionais.
Lima, 2020	Traçar ao longo de 30 anos uma visão macro dos avanços e das dificuldades do SUS.	Mostrou os caminhos de possibilidades e desafios práticos do projeto de saúde pública do país.
Mendes <i>et al.</i> , 2018	Discutir o financiamento federal da Atenção Básica no SUS, ressaltando a persistência histórica da fragilidade dos repasses no modelo de transferência e na visão limitada do conceito de APS.	Haverá um desfinanciamento da APS em virtude dos prejuízos causados pela EC-95, padecendo a saúde em relação aos direitos e necessidades da população.

Moreira, 2018	Analisar a configuração do financiamento público do SUS à luz dos mecanismos normatizadores da dinâmica de transferência e alocação de recursos entre os entes governamentais.	Mostraram que a maioria dos recursos direcionados para os municípios ao financiamento da saúde pública são próprios, mostrando que o aporte federal ele é repassado de forma inferior.
Paiva; Teixeira, 2014	Discutir como a historiografia criada por autores que também foram atores desse mesmo processo avalia as principais características, o processo de surgimento e o legado da reforma sanitária brasileira.	As narrativas em torno da reforma sanitária não são unívocas e, em alguns casos, são até concorrentes. Em disputa, partem e constroem quadros bastante dispares sobre a reforma da saúde no Brasil, no que tange seja ao seu sentido, seja ao seu legado.
Campelli; Calvo, 2007	Verificar o cumprimento da EC-29 no Brasil no período de 2000 a 2003.	Apresenta como resultado uma dívida acumulada com o Sistema Único de Saúde de R\$ 1,8 bilhão na União e de R\$ 5,29 bilhões nos Estados. O total de Estados que cumpriram a EC-29 foi de 59% em 2000, 33% em 2001, 41% em 2002 e 52% em 2003.

De acordo com o Tribunal de Contas da União (TCU), o financiamento direcionado à Atenção Básica cresceu 70% de 2008 a 2012. Em 2012, a dotação executada foi 31% maior do que no ano anterior, distribuindo 95% do financiamento para o Piso de Atenção Básica - PAB Fixo (33%) e PAB Variável (62%). Nos anos posteriores, continuou havendo um aumento no seu financiamento, de forma autorizada, atingindo 5,2% a mais no ano de 2013. Tais fatores indicam uma priorização do financiamento da estratégia de saúde da família pelo gestor federal. No período de 2008 até 2011, a média de aumento seguiu os anos posteriores, totalizando cerca de 30% até 42%, elevando também os custos per capita de cada estado do país.

Apesar de haver um aumento dos repasses para atenção básica ao longo dos anos e uma necessidade de maior financiamento devido ao aumento da cobertura, ela não é a primeira fonte de busca da população, quando deveria ser a porta de entrada preferencial para o sistema. Há a constatação de que faltam médicos e existem dificuldades com os atendimentos e o encaminhamento dos pacientes para outras unidades de saúde, deixando assim a resolutividade de atendimento baixa (TCU, 2013).

Tendo a atenção primária como a maneira mais eficaz de atingir os objetivos prestados pelo SUS por ser o método preferido de entrada em todo o sistema de saúde e baseando-o em atributos claramente definidos, o acesso

vertical, integral, a coordenação de cuidados, orientação familiar e competência cultural devem estar organizados de acordo com seus atributos. No que concerne à tal, há um melhor acesso aos serviços necessários e há um aumento na qualidade do serviço, conferindo mais atenção à prevenção dos pacientes e reduzindo assim os atendimentos profissionais desnecessários e potencialmente prejudiciais (HARZHEIM *et al.*, 2020).

A Lei nº 8.142/90, Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/1993, a Emenda Constitucional 29/2000, a Lei nº 8.080/90 (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011) compõe o arcabouço básico da pesquisa e inicialmente demonstra como os repasses financeiros deveriam acontecer no país. No entanto, em Funcia (2019) pode-se identificar uma divergência de transferências quando comparadas com as leis supracitadas. Na Lei nº 8.080/90, é preconizado que o financiamento seja previsto anteriormente na proposta orçamentária, vedando recursos e ações que não estão previstas nos planos de saúde, excetuando-se emergências e situações de calamidade pública na área da saúde. Para Funcia (2019), há uma queda na participação federal nos repasses financeiros e um aumento da representatividade dos estados e municípios no financiamento, demonstrando assim uma soma de recursos adicionais ao sistema, totalizando uma discrepância de mais de 190 bilhões de reais.

A portaria nº 545 de 20 de maio de 1993 estabelece que as normas e os procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde tenham como base a NOB 01/93. Com isso, considerando que a construção do SUS é um processo de responsabilidade do poder público, a portaria é orientada pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde e cita que tal fato deve estar submetida ao controle da sociedade. Em paralelo, Nascimento (2019) cita que a organização do SUS representa a conquista do direito à saúde pela sociedade brasileira e a vitória dos movimentos sociais da área da saúde. No entanto, com o movimento da reforma sanitária, dá-se o aumento brusco de pacientes acessando o SUS e há uma sobrecarga no sistema (NASCIMENTO, 2019).

Ainda na Portaria nº 545, as responsabilidades do financiamento das ações de saúde devem ser compartilhadas entre as três esferas de governo,

assegurando regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde. No entanto, apesar de Lima (2020) concordar, e demonstrar que os municípios e o Distrito Federal devem aplicar pelo menos 15% da arrecadação tributária nas operações e serviços públicos de saúde a cada ano, o estado responde por apenas 12%. Ademais, o governo federal deve utilizar o valor correspondente ao prometido no exercício anterior acrescentando o percentual referente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do exercício antecessor conforme a Lei Orçamentaria Anual, evidenciando um menor aporte.

A Atenção Primária vem sendo há muito operacionalizada, limitando-se apenas a um caráter assistencialista e residual que não tem efetividade por toda a sua amplitude, deixando em falta a maioria das atividades preconizadas para uma APS conforme proposto nos documentos iniciais de implementação. Com isso, ao considerarmos que o SUS possui seu embasamento na Atenção Primária, este deve-se deter um financiamento que condiz com a expressão conceitual de ampliação ao longo dos anos (MENDES *et al.*, 2018).

Sob análise, a maioria dos recursos provem do Orçamento Geral da União (OGU) e do Orçamento da Segurança Social (OSS), conforme artigo 195, pregando que a seguridade social é financiada pela própria sociedade, direta e indiretamente, de forma legal mediante aos recursos provenientes dos orçamentos da União, do Estado, do Município e do Distrito Federal (BRASIL, 1988). No entanto, há a regulamentação sobre o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS, estabelecendo que os mecanismos de financiamento das ações de saúde sejam voltados para investimentos nos setores de assistência hospitalar e ambulatorial, excluindo-se a APS (NOB – SUS 01/93, 1993).

Em Bevilacqua *et al.* (2020), demonstrou-se que apesar do déficit de financiamento da APS, as propostas seguiram reiteradamente a divisão regional, o sistema hierárquico tripartite supracitado, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o cuidado integral priorizando as atividades de prevenção e a gestão democrática do controle social. Tal fator se afirma quando analisada a NOB 01/93, onde os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual são os objetivos da regulamentação através da comissão bipartite. Apesar das divergências, as

diferenças entre as esferas federal e político-administrativas propiciam boas condições de gestão do SUS pelos estados e municípios.

Ainda em Bevilacqua *et al.* (2020), evidenciou a presença de um confronto entre a Emenda Constitucional nº 29 e a Emenda Constitucional nº 96, onde a última contraria a promulgação da primeira, gerando crises nos princípios do SUS e agravando ainda mais os déficits financeiros da Atenção Básica, que há muito vinha tentando ser resolvida. Pesquisas técnicas destacam falhas e ineficiências no SUS, principalmente no que se trata de campo profissional e hospitalar. Além de todos os dados públicos, é compreensível uma mudança relacionada a taxa de eficácia das receitas de saúde e educação, sendo então a única medida de alteração da constituição.

Os estudos de Harzheim *et al.* (2020) evidenciaram a baixa cobertura da Atenção Primária a Saúde e a falta de profissionais para atender as demandas que nos últimos tempos vem crescendo, analisando ambos individualmente. Os princípios orientadores desta visão são o livre-arbítrio, a subsidiariedade, a autonomia da gestão municipal, uma menor regulação e planificação central, a diminuição de barreiras normativas, a valorização da criatividade e do empreendedorismo, a ênfase no aumento da produção de serviços e foco total nos resultados e na qualidade do serviço prestado.

No Brasil, a falta de competência de profissionais especialmente treinados no trabalho médico primário não é o único desafio. Se o método de treinamento não for restringido pelos atributos da APS e não houver um processo rigoroso de monitoramento e avaliação, o problema torna-se muito grave apenas quando são adotadas estratégias de emergência ou quando a qualidade clínica é extremamente provável de diminuir. Em nosso país, a carência de médicos atuando na APS é muito marcante (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Ainda, Harzheim *et al.* (2020) demonstraram um embasamento em capitação ponderada; pagamento por desempenho; incentivo para ações estratégicas. A capitação é ponderada por vulnerabilidade socioeconômica, aspectos demográficos e ajuste municipal, o pagamento por desempenho composto por um conjunto total de 21 indicadores e incentivos a ações estratégicas foi possível a partir da manutenção de alguns programas específicos. Os resultados das simulações apontaram para um baixo cadastro



(90 milhões de brasileiros) para a cobertura estimada atual (148.674.300 milhões de brasileiros). Além disso, demonstraram um incremento imediato de recursos financeiros para 4.200 municípios brasileiros.

Em contraponto, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 preconiza que o SUS pode se organizar de forma a integrar e articular seus recursos, técnicas e práticas a fim de cobrir totalmente as ações de saúde, incluindo a atenção primária. Bem como na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que preconiza a cobertura das ações e dos serviços de saúde que são implementados nos municípios, estados e Distrito Federal, onde todos os recursos se darão à cobertura assistencial, ambulatorial e hospitalar.

A Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, desde sua promulgação pregou a necessidade de treinamento dos profissionais, colocando-os em serviços com supervisão e regulamentados pela Comissão Nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantindo assim a participação das entidades profissionais correspondentes a cada área.

A portaria nº 3.992, de 20 de setembro de 2017, mostra que os saldos financeiros das contas correntes vinculadas aos recursos federais que são transferidos e organizados sob forma de Blocos de Financiamento da Atenção Básica devendo observar a finalidade definida em cada programa de trabalho da OGU que dá origem aos repasses e cumprir a vinculação dos recursos que regulamentam os repasses.

A portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 converge com os estudos de Harzheim *et al.* (2020), onde as mudanças propostas pela Lei irão se diferir do modelo anterior de PAB fixo, que se tratava da única transferência incondicional que não requeria de atualizações frequentes, baseando-se na população municipal. Além do exposto, o novo custeio reduz o componente de pagamento de incentivos que são transferidos da existência de serviços para programas específicos, sendo verificados por meio do sistema de informação. A proposta presente visa promover a equipe cadastrada assumindo assim maior responsabilidade pela população e pelos pacientes, melhorando a qualidade do atendimento.

A CRFB-88 é considerada a base dos direitos humanos individuais, portanto, é a única concessão dos direitos civis e sociais, pois garante a saúde de todos os brasileiros como um direito de forma integral e justa. Le-

vando em conta a democratização do Brasil, a constituição é representante da cidadania, garantindo o direito básico de que os cidadãos possam obter os produtos e os serviços de saúde que precisam (NASCIMENTO, 2019). Assim regulamenta-se da mesma forma a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, em todo o território nacional, que as ações e os serviços de saúde, executados de forma conjunta ou isoladamente, em caráter permanente ou eventual, sejam direcionadas a todas as pessoas, naturais ou jurídicas e de direito público ou privado.

Apesar da grande relevância em garantir bons recursos para a Atenção Básica, se os critérios de divisão equitativa não forem modificados sob a análise do financiamento integral, não apenas baseando-se em incentivos financeiros fragmentados e de concepção restrita, padecer-se-á em problemas implicando diretamente na base da saúde, visando todas as necessidades da população (MENDES *et al.*, 2018).

O contexto de crise econômica de 1980 serviu de introito para o debate político de saúde que prezou pela equidade, integralidade e universalidade da atenção à saúde, enquanto os anos 1990 foram marcados por tensões até a concretização das diretrizes do SUS. O país estava em um período de hiperinflação e restrições da grande economia, sendo firmado pelo estado mínimo e ditado pelo neoliberalismo que marcava a restrição da ação do Estado na regulação da vida social, adotando políticas de abertura da economia e passando por ajustes estruturais com o intuito de valorizar a moeda, privatizar estatais e reformar o aparelho do Estado (PIOLA *et al.*, 2013; PAIVA, 2014). Tais fatores foram determinantes para a implantação do Sistema Único de Saúde, determinado para facilitar a sua organização, sistematizando-o em tópicos com características normativas (MOREIRA, 2018).

Dado o exposto, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, propõe implementar a transferência de estados para municípios a fim de financiar as ações e os serviços públicos de saúde que serão realizadas diretamente com os Fundos Municipais de Saúde e o TCU, informando-se sempre o montante de recursos previstos com base no Plano Estadual de Saúde. Com isso, vê-se a tentativa de não repetição dos momentos de hiperinflação e valorização da moeda (ALVES *et al.*, 2019). Ainda assim, a maior parte deste financiamento é de responsabilidade tripartite desde o início da década-

da de 1990, sendo sempre integrado aos recursos federais da OSS e OGU. A destarte, mostra que esta sobrecarga implica no aumento do número de processos judiciais abertos voltados para o Sistema Único de Saúde, como uma exigência de acesso aos tratamentos mais caros não disponibilizados, bem como alguns medicamentos. (NASCIMENTO, 2019).

Ligado ao sentido mais ampliado da APS, implementado nos documentos originais, o conceito de cuidados primários em saúde operacionalizara uma atenção básica mais combativa e com determinações sociais, devendo perseguir um financiamento mais condizente com sua máxima expansão (MENDES *et al.*, 2018).

Ainda que a Constituição Federal de 1988 estipule os direitos de cidadania, incluindo o direito ao acesso universal às ações e serviços de saúde, o artigo 194 dispõe que não só a saúde, mas como a previdência e a assistência social à população trabalhe em conjunto e passem a fazer parte do campo de proteção social estipulado pela CRFB-88 (BRASIL, 1988).

Desse modo, a partir da promulgação, combina-se direitos individuais e direitos coletivos estabelecendo um status de cidadania meramente elevado aos brasileiros e para redarguir a proposta, os orçamentos dispostos são usados para ações sociais, sendo financiado com base nos impostos, doações sociais e outros recursos (NASCIMENTO, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revisou a produção científica contida na Biblioteca Virtual de Saúde no que tange o financiamento da Atenção Básica em Saúde no SUS, de 1988 a 2020. Foram considerados apenas os textos que abordaram o financiamento do sistema de serviços de saúde, não incluindo sua aplicação em outros âmbitos administrativos, como equipes de saúde ou alocação de recursos nos municípios.

Há uma lacuna de publicações referente aos primeiros 25 anos de implementação do SUS (1988-2013) e onze artigos encontrados foram publicados nos dois últimos anos (2019-2020), demonstrando dispersões e convergências com as leis que regem o sistema, sendo quatro e dois deles, respectivamente. Os demais estudos analisaram as estratégias de gestão do governo federal e suas prioridades embasados nos estatutos.

Cinco dos artigos publicados citaram as algumas legislações e emendas, as quais foram consideradas a sua base. Os demais artigos foram fundamentados em um arcabouço jurídico mais generalizado, não demonstrando especificidade para nenhuma lei ou portaria além das básicas componentes do Sistema Único de Saúde.

As análises dos repasses financeiros, em sete artigos, mostraram divergente com as legislações e portarias que preconizam a pecúnia, demonstrando falhas e diminuições nos investimentos ao longo dos anos, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle dos mesmos, que não são realizados conforme recomendações.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Daniel Figueiredo de Almeida *et al.* Dimensionamento da 'economia política' na 'economia da saúde': para refletir sobre o conceito de sustentabilidade. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 145-160, 2019.

BEVILACQUA, Lucas *et al.* Novo regime fiscal frente à garantia constitucional de financiamento adequado das políticas públicas de saúde. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v.9, n.2, p.74-98, 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm).

BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1994/decreto-1232-30-agosto-1994-449622-publicacaooriginal-1-pe.html>.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).

BRASIL. Financiamento público de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1).

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as

normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm).

BRASIL. Lei nº 8.080, 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. 19 set. 1990. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 28 dez. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm).

BRASIL. Norma nº 2.203, de 6 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS., 6 nov. 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#10>.

BRASIL. Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html#:~:text=Estabelece%20normas%20e%20procedimentos%20reguladores,B%C3%A1sica%20%2D%20SUS%2001%2F93](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html#:~:text=Estabelece%20normas%20e%20procedimentos%20reguladores,B%C3%A1sica%20%2D%20SUS%2001%2F93).

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária a Saúde. DOU, 8 jun. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.221, de 15 de junho de 2021. Dispõe sobre os municípios que farão jus, no segundo quadrimestre do ano de 2021, ao incentivo financeiro de fator de correção no âmbito do Programa Previne Brasil, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.221-de-15-de-junho-de-2021-326197904>.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. DOU, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.

BRASIL. Portaria nº 3.992, de 20 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde, DDOU 28 set. 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html).

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007.

CARAN CONTARATO, Priscilla *et al.* Crise e federalismo: tendências e padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4415-4426, 2019

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 12, p. 4405-4414, 2019.

GURGEL Jr., Garibaldi Dantas *et al.* Alocação de recursos para a equidade na saúde brasileira: um modelo metodológico. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 329-34, 2019.

HARZHEIM, E., *et al.* Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2354, 2020a.

HARZHEIM, Erno *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020b.

LIMA, Alessandra. Regulação e Financiamento do SUS. Brasília, 2020. p. 1-15. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1141379/finaciamento-do-sus-e-regulacao.pdf>

MENDES, Áquilas *et al.* Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, número especial 1, p. 224-243, 2018.

MOREIRA, Laura MC. Marchas e contramarchas no financiamento público da saúde: reflexões a partir do arranjo normativo brasileiro. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, [S. l.], 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-B8JE8T>.

NASCIMENTO, Jorge Mathias do. O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo. 2019. 296 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O'DWYER, Gisele *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 12, p. 4555-4567, 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 15–35, mar. 2014.

PIOLA SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Ipea; 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/financiamento-publico-da-saude-uma-historia-a-procura-de-rumo.pdf>

ROSSI, Thais Regis Aranha *et al.* Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, 2019.

# A SAÚDE SUPLEMENTAR NO RIO GRANDE DO SUL: CARACTERÍSTICAS DO MERCADO

SIMARA MOMBELLI  
ROGER DOS SANTOS ROSA

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê como direito fundamental de todo ser humano o mais alto padrão de saúde alcançável que garanta componentes essenciais, tais como disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (WHO, 1946). Para tanto, os países traçam estratégias e modelos de gestão com predominância de recursos públicos ou privados. Nenhum país adota uma forma exclusiva de custeio; o que o caracteriza cada modelo é a fonte prevalente de recursos para o financiamento em saúde. Os gastos em saúde crescem acima da economia global e representam 10% do Produto Interno Bruto (PIB) de todos os países, dos quais aproximadamente 51% têm financiamento público. Embora o financiamento pelos próprios cidadãos esteja diminuindo, ainda é fator preocupante sob o ponto de vista de universalidade e equidade (WHO, 2018).

No Brasil, as despesas com consumo final de bens e serviços em saúde foram estimadas em 9,2% do PIB em 2017 (IBGE, 2019). O percentual representa R\$ 603,8 bilhões, sendo 41,3% financiado com recurso público e 58,7% privado. O país está à frente dos integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), cuja média é de 8,8% do PIB, evidenciando uma performance relativa boa. No entanto, enquanto a média global de gastos privados em saúde é de 26% na OCDE, este percentual é mais que o dobro no Brasil, sendo a única nação da OCDE em que o gasto público não é predominante. Em 2017, o gasto público *per capita* em saúde brasileiro foi de R\$ 1.226,80, enquanto no âmbito privado atingiu R\$ 1.714,60 (IBGE, 2019). Somente examinando sob a perspectiva

de fonte de financiamento no contexto global que se observa a importância da fração privada na composição do sistema de saúde brasileiro.

Como consequência da pandemia de COVID-19, a saúde brasileira enfrenta um dos principais momentos de debate na sua história. A saúde como um direito universal e dever do Estado se desdobra em novas reflexões. O direito à saúde na relação privada tem forte participação neste cenário, considerando que aproximadamente 23% da população tem cobertura privada (ANS, 2021) e com crescimento, mesmo que modesto, mas importante dado o contexto em que se insere.

Para Sarlet (2008), mesmo que a relação de saúde seja privada, a assistência à saúde não perde o seu caráter público devendo ser impostas obrigações típicas do regime de direito público. Portanto, o direito fundamental social à saúde enquanto objeto de uma relação privada deve submeter-se a princípios constitucionais em decorrência de sua natureza e relevância. Mecanismos de garantia desse direito se dão por meio da regulação do setor, no papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Discutir saúde suplementar é discutir saúde pública. Mesmo que haja estratégias de financiamento distintas, ambas estão vinculadas uma a outra. E entender a composição das operadoras de saúde que integram o mercado, o financiamento e sua participação é fundamental para que tenhamos um panorama atualizado e necessário na construção do cenário real em saúde.

O Rio Grande do Sul, com uma população total de 11.466.630 habitantes (IBGE, 2021) e 2.539.741 beneficiários da saúde suplementar, apresenta aproximadamente 22% de cobertura da população pela saúde privada. Um fator importante na construção desse número é que ANS somente tem alcance sobre aquelas operadoras de saúde sujeitas à sua regulação, excluindo algumas organizações como autarquias. Nesse sentido, merece destaque o Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul (IPE SAÚDE) que contempla cerca 1.012.062 beneficiários (IPE, 2020), abrangendo sozinho quase 9% deste total. Assim, quando somados aos beneficiários das operadoras de saúde regulamentadas pela ANS, aproximadamente 31% da população gaúcha possui algum tipo de cobertura assistencial na saúde suplementar. Apesar de ser um número expressivo, este dado deve ser olhado com cautela pois um mesmo usuário pode ser beneficiário em mais de um plano de saúde.



Em 2020 (ANS, 2021) foram realizados 16.779 atendimentos de beneficiários da saúde suplementar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no RS. Entre procedimentos de alta complexidade e internações hospitalares, a utilização do SUS pelos beneficiários da saúde privada e o acumulado de 2.293 reclamações registradas na ANS em 2020, denotam grandes oportunidades de melhorias e desenvolvimento no setor.

Com 65 operadoras de saúde ativas no estado (ANS, 2021) e sendo o 4º colocado em números absolutos de beneficiários entre as unidades federativas, o Rio Grande do Sul têm as seguintes concentrações de beneficiários por modalidade: Cooperativas médicas (62%), Medicina de Grupo (21%), Autogestão (9%), Seguradoras de saúde (5%) e Filantropia (3%).

Diante dessa situação e dada a participação robusta da saúde suplementar na assistência da população gaúcha, este estudo contextualiza o mercado da saúde suplementar bem como apresentar sua caracterização atual (2021) no Rio Grande do Sul (RS). Para uma visão mais ampla e que permeie os possíveis impactos da COVID-19 no perfil dos beneficiários, serão empregados os dados do mês de junho dos anos de 2019, 2020 e 2021.

Dados quantitativos do setor foram obtidos a partir da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nas salas situacionais e no TabNet, tabulador disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Dados populacionais e taxas de ocupação (desemprego) nacional e regional foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os dados quantitativos foram divididos por modalidades de operadora de saúde, selecionando somente aquelas ativas no RS. As informações quantitativas da entidade Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul (IPE-Saúde) foram coletadas em relatório da própria instituição e, com exceção dos próprios documentos, há poucos materiais que caracterizem a autarquia.

Publicações da ANS e do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) contribuíram para a fundamentação qualitativa do setor além de projeções de perspectivas. Ainda no campo qualitativo, foram analisados artigos e publicações que abrangessem a “saúde suplementar” (ou “Supplemental Health” ou “Salud Complementaria” no DeCS) brasileira, sendo este o principal descritor para estratégias de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS e PubMed.

## CARACTERÍSTICAS DOS BENEFICIÁRIOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO RIO GRANDE DO SUL

A distribuição por sexo dos beneficiários é equilibrada e não aponta grandes achados. Assim como nas faixas etárias, não há mudanças entre os períodos analisados (meses de junho de 2019, 2020 e 2021). Em todos, a distribuição foi de 47% homens e 53% mulheres. Apesar do aumento dos índices de desocupação em 2021, conforme o IBGE, como reflexo da pandemia de COVID-19, não há oscilações importantes entre os períodos (ANS, 2021).

Segundo o IBGE em pesquisa sobre desemprego (2021), participam da força de trabalho as pessoas que têm idade para trabalhar (14 anos ou mais) e que estão trabalhando ou procurando trabalho (ocupadas e desocupadas). Considerando que no Brasil, pelas regras atuais (2021), homens com 65 anos e mulheres com 60 anos têm o direito a aposentadoria, há uma concentração de população economicamente ativa entre 15 e 64 anos. Esta faixa etária, em junho de 2021, concentrava 71% dos beneficiários saúde suplementar no Rio Grande de Sul. Em junho de 2019 e 2020 este índice se repetia, mesmo que houvesse uma pequena flutuação no número absoluto de beneficiários.

Ainda sob o ponto de vista de faixa etária dos beneficiários, é possível determiná-los quanto à modalidade da operadora de saúde (Tabela 1).

**Tabela 1 - Beneficiários da saúde suplementar por faixa etária e modalidade (%), RS, 2021.**

Faixa etária	Autogestão	Cooperativas médicas	Filantropia	Medicinas de grupo	Seguro saúde
Até 1 ano	5%	67%	4%	18%	6%
1 a 4 anos	6%	67%	3%	19%	5%
5 a 9 anos	7%	64%	3%	20%	6%
10 a 14 anos	9%	61%	2%	22%	5%
15 a 19 anos	10%	59%	2%	24%	5%
20 a 24 anos	7%	63%	3%	23%	6%
25 a 29 anos	5%	65%	3%	21%	6%
30 a 34 anos	6%	64%	3%	20%	6%
35 a 39 anos	7%	63%	3%	21%	6%
40 a 44 anos	8%	62%	3%	22%	6%
45 a 49 anos	8%	60%	3%	23%	5%
50 a 54 anos	10%	58%	3%	25%	4%
55 a 59 anos	13%	56%	3%	24%	4%
60 a 64 anos	17%	55%	3%	22%	3%
65 a 69 anos	18%	56%	3%	20%	3%
70 a 74 anos	17%	58%	4%	18%	2%
75 a 79 anos	16%	60%	4%	18%	2%
80 e + anos	15%	63%	4%	17%	2%

Fonte: ANS (2021).

As modalidades de operadoras de saúde apresentam flutuação de participação por faixa etária conforme o envelhecimento dos seus beneficiários. Na modalidade de autogestão, a média de participação de 8% mostra incremento importante a partir dos 50 anos, aumentando sua base de beneficiários mais velhos. Em contrapartida, as seguradoras especializadas em saúde têm sua participação reduzida nesta mesma faixa etária, encolhendo para apenas 2% nas três últimas faixas.

As cooperativas médicas predominam em número de beneficiários no Rio Grande do Sul, independentemente da faixa etária. Sua participação média de 61% confirma a importância e relevância desta modalidade de saúde suplementar no estado.

O Rio Grande do Sul é composto por 497 municípios e todos apresentam beneficiários ativos segundo o TabNet (junho, 2021). Dentre as cidades, nove apresentam participação maior do que 2% e juntas totalizam 53% dos beneficiários do RS. Porto Alegre, a capital do estado, concentra 24% desse montante sendo a maior participação isolada (Tabela 2).

**Tabela 2 - Beneficiários da saúde suplementar em municípios selecionados (%), RS, 2019-2021.**

Município	jun/19	jun/20	jun/21
Porto Alegre	24,31%	24,46%	24,06%
Caxias do Sul	9,32%	9,39%	9,31%
Canoas	4,25%	4,29%	4,31%
Gravataí	3,25%	3,32%	3,26%
São Leopoldo	2,99%	2,93%	3,04%
Novo Hamburgo	2,88%	2,80%	2,86%
Rio Grande	2,35%	2,15%	2,30%
Pelotas	2,17%	2,17%	2,19%
Santa Maria	2,19%	2,17%	2,11%
Demais 488 municípios do RS	46,29%	46,32%	46,56%
Total	100%	100%	100%
Beneficiários	2.539.741	2.505.196	2.558.779

Fonte: ANS (2021).

Explorando um pouco mais os dados por localidade, conseguimos encontrar percentuais aproximados de cobertura da população (IBGE, 2021) pela saúde suplementar. Ainda que com uma série de limitações, como a impossibilidade de estratificação de usuários únicos e exclusão de autarquias e outras operadoras não reguladas pela ANS, é possível se calcular a taxa de cobertura da saúde em saúde suplementar nos municípios que

compõe os maiores polos econômicos do estado (Tabela 3).

**Tabela 3 - Taxa cobertura da saúde suplementar em municípios selecionados, RS, 2021.**

Município	Beneficiários	População	Cobertura
Porto Alegre	611.166	1.492.530	41%
Caxias do Sul	236.544	523.716	45%
Canoas	109.433	349.728	31%
Gravataí	82.914	285.564	29%
São Leopoldo	77.102	240.378	32%
Novo Hamburgo	72.519	247.303	29%
Rio Grande	58.295	212.881	27%
Pelotas	55.686	343.826	16%
Santa Maria	53.555	285.159	19%

Fonte: ANS (2021); IBGE (2021).

Conforme análise de dados da OMS (2018), a saúde de maneira global tem diminuído sua dependência do financiamento privado, caminhando mesmo que em pequenos passos para modelos públicos mais universais e equitativos de financiamento do Estado. Neste contexto, o Brasil parece trilhar o caminho contrário, visto que ao longo dos anos a participação da saúde suplementar aumentou em volume de beneficiários e, principalmente, como detentora do maior volume de recursos em saúde, 58,7%, quando comparado ao investimento público.

**Tabela 4 - Participação e composição no conjunto de beneficiários de saúde suplementar por modalidade, RS, 2021.**

RIO GRANDE DO SUL		
População: 11.466.630 habitantes		
Beneficiários saúde suplementar: 2.539.741		
Modalidade	Participação	Composição
Cooperativas médicas	62%	Unimed Porto Alegre 36% Unimed Nordeste 12% Unimed Vale do Taquari e Rio Pardo 9%
Medicina de grupo	22%	Centro Clínico Gaúcho 31% Doctor Clin 17% Círculo Operário Caxiense 16%
Autogestão	9%	Cassi 15% IBCM 14% Cabergs 14%
Seguradoras de saúde	5%	Bradesco 56% Unimed Seguros 26% Sul América 16%
Filantropia	3%	Associação Dr. Bartholomeu Tacchini 85% Sociedade Portuguesa de Beneficência 9% Beneficência Camiliana do Sul 6%

Fonte: ANS (2021); IBGE (2021).

Apesar da limitação de dados regionais, o Rio Grande do Sul está muito alinhado aos números nacionais, evidenciando a forte participação da saúde privada no estado e perspectivas de crescimento. Segundo a ANS (2021), são 64 operadores de saúde com registro ativo no RS e todos os 497 municípios do estado contam com beneficiários da saúde suplementar. O mercado gaúcho tem grande concentração de consumidores na modalidade de cooperativas médicas, representadas pelas Unimeds que somam 62% dos beneficiários ativos (os relatórios de beneficiários não excluem duplicidade, podendo um mesmo indivíduo ter dois planos de saúde, contando como dois beneficiários) regulados pela ANS (2021). Além disso, vemos grande participação da autogestão IPE-Saúde que possui mais de um milhão de beneficiários conforme relatório de 2020. O IPE-Saúde é uma operadora sob a forma de autarquia, não regulada pela ANS. A tabela 4 resume a composição do setor saúde suplementar gaúcho e as três maiores operadoras em cada modalidade, com as suas respectivas participações.

## CONCLUSÃO

Quanto à caracterização dos beneficiários no Rio Grande do Sul, foi encontrada uma concentração na faixa etária que compõe a população economicamente ativa e nos principais polos econômicos do Estado. Quanto à modalidade, é esperado que haja uma concentração em todas as idades nas cooperativas, visto a maior participação no Estado. Neste quesito, um achado importante é o crescimento em volume de beneficiários acima de 50 anos na modalidade de autogestão, e, em caminho oposto, a redução de beneficiários nas seguradoras especializadas na mesma faixa etária.

A concentração de beneficiários nos polos econômicos do RS reforça a conexão histórica, vista neste trabalho, entre a saúde suplementar e os trabalhadores formais. Porto Alegre e Caxias do Sul possuem mais de 40% de cobertura da sua população pela saúde suplementar, um dado relevante quando comparado à média nacional de 23% (ANS, 2021).

Apesar de haver crescimento positivo no âmbito do país, o aumento do volume de beneficiários não pareceu ter repercussão importante no Rio Grande do Sul. Conforme aventado por Malta *et al.* (2017) e Paiva (2021), o crescimento da economia e a geração de empregos caminham em vetor paralelo ao desenvolvimento da saúde suplementar. Contudo, aparentemente

te, os desdobramentos da pandemia na redução de ocupação acumulada (IBGE, 2021) não surtiram efeitos negativos na base de beneficiários no Rio Grande do Sul. Esta é uma situação que oportunizaria novos estudos que pudessem melhor explorar o perfil dos trabalhadores ocupados e desocupados e o impacto no seu acesso à assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

ANS. Boletim COVID-19 – saúde suplementar. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/planos-de-saude-numero-de-beneficiarios-e-o-maior-em-quase-cinco-anos/boletim-covid-19-ans\\_2021-maio\\_ok.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/covid-19/planos-de-saude-numero-de-beneficiarios-e-o-maior-em-quase-cinco-anos/boletim-covid-19-ans_2021-maio_ok.pdf).

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

BRASIL. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Seção 1, p. 5.

IBGE. Conta-Satélite de Saúde, Brasil: 2010-2017. Nº 71. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2101690>.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho.html>.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Análise especial. Disponível em: <https://www.iess.org.br/biblioteca/periodico/analise-especial-da-nab/o-peso-dos-planos-empresariais>. Acesso em: 15 nov. 2021.

IPE SAÚDE. Prestação de Contas 2020. Disponível em: <http://ipesaude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/29170225-relatorio-de-gestao-ipe-saude-exercicio-2020-1.pdf>. Acesso em: 14 set. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 179–190, 2017.

PAIVA, R. L. Serviços de atenção primária implantados na saúde suplementar em Porto Alegre/RS. 2021. 44 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor* n. 67, p. 125- 172, 2008.

WHO - World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1946.

WHO - World Health Organization. Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: WHO; 2018.

# INTERESSES DE ATORES SOCIAIS NA REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA NO BRASIL (2018-2020)

ÉRICA DE BRITO MALLMANN  
GUILHERME DORNELAS CAMARA

## INTRODUÇÃO

A telemedicina pode ser entendida como a interação humana relativa às temáticas de saúde mediada por tecnologias de informação e comunicação (SCHWAMM, 2014 *apud* HARZHEIM *et al.*, 2016). Existem outros conceitos que perpassam a temática, como telessaúde e e-saúde, entretanto, esse alinhamento conceitual não será objeto deste estudo.

Segundo Harzheim *et al.* (2016), as principais ações de telemedicina podem ser divididas em teleconsulta, teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, telecirurgia e teleducação. Entende-se que a telemedicina proporciona a interação de diversos atores à distância, o que pode apoiar no provimento e na qualificação da tomada de decisão dos profissionais de saúde, aumentar a escalabilidade dos serviços, permitir maior acesso, proporcionar serviços de maior qualidade e, como consequência, reduzir os custos em saúde (DORSEY, 2016).

A regulamentação da telemedicina vigente no Brasil foi estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução CFM nº 1.643, de 07 de agosto de 2002, que a define, em seu artigo 1º, como “o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde”. A partir da evolução da temática e das tecnologias, foi publicada a Resolução CFM nº 2.227, de 13 de dezembro de 2018, que teve como objetivo definir e disciplinar a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Tal resolução repercutiu rapidamente, gerou debates públicos, sofreu críticas de

entidades e de profissionais, o que culminou na sua revogação cerca de um mês após sua publicação. Assim, voltou a vigorar a antiga resolução e foi aberta uma consulta pública sobre o tema para o recebimento de sugestões visando subsidiar o CFM.

Em 2020, a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 188, que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), a telemedicina retornou ao debate público ao ser autorizada no Brasil enquanto tal declaração estiver vigente. Essa decisão foi regulamentada pela Portaria GM/MS nº 467, de 20 de março de 2020, que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de telemedicina; e pela Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus. Parte-se do pressuposto de que a pandemia de COVID-19 provocou mudanças e aceleração de processos relacionados às iniciativas digitais, sendo essa uma pauta que deve permear a agenda pública nos próximos anos.

Noutro giro, a Teoria da Produção Social (TPS) destaca a figura do ator social, que age movido pela convergência entre interesse (intenção) e valor (importância do tema, tendo em vista seus objetivos). Existe algo que orienta a ação do ator ou atores sociais, mesmo que inconsciente ou parcialmente, e que atrai uma coletividade social com suas ideias (MATUS, 1996a e 1996b).

Segundo o autor, os atores sociais produzem os fatos sociais, que são as ações realizadas, além de utilizar recursos compreendidos como acumulações dentro das regras do jogo, que são as variações possíveis dos fatos sociais e das próprias acumulações. Afirma-se que o processo de produção social tem diversas dimensões e que as ações entre os atores, apesar de não serem dependentes, se entrelaçam e constituem relações de interesse. A força de um ator, portanto, se relaciona com o controle direto e indireto que ele possui sobre os recursos do jogo social, bem como sua capacidade de manuseá-los (MATUS, 1996a).

Matus (2005) propõe três sinais básicos de interesse para a diferenciação das posições de cada ator: apoio (cooperação com outros atores), rejeição (geração de conflito para tentar impedir algo) e indiferença (não-



tomada de posição). Há diferentes graus de apoio e rejeição, que podem ser transparentes ou ocultos, sendo que as posições transparentes podem ser diferenciadas como apoio firme, apoio duvidoso, rejeição firme, rejeição duvidosa, indiferença pura e indiferença por desconhecimento; as posições ocultas ou mascaradas, por sua vez, são distinguidas como apoio aparente, rejeição aparente, indiferença tática e indiferença oportunista.

Nesse sentido, este estudo objetiva responder a seguinte pergunta: com base na TPS, de que forma os interesses dos atores sociais foram manifestados no contexto da regulamentação da telemedicina no Brasil quando da Resolução CFM nº 2.227/2018 (e sua posterior revogação) e na sua autorização enquanto durar a ESPIN relativa à COVID-19? Para tanto, realizou-se revisão da literatura sobre a TPS e apresentou-se evidências atualizadas sobre a telemedicina e sua regulamentação no Brasil, bem como buscou-se identificar a ação de cada ator no jogo social e as acumulações sobre a temática nos dois momentos propostos.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método empregado foi o qualitativo, com levantamento de instrumentos normativos e documentos de acesso público, notícias em portais da imprensa e institucionais dos atores envolvidos a partir de 2018.

Sobre a Teoria da Produção Social, a base teórica foi a obra de Matus (1996a, 1996b e 2005) no que tange à análise da produção de políticas públicas com base na produção realizada pelos atores sociais. Relativo à telemedicina, pesquisou-se com as palavras-chaves “Brasil AND telemedicina” em duas bases: Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (LUME/UFRGS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Identificou-se que muitos estudos se referiam às experiências e aos conceitos relacionados à telessaúde e à e-saúde, que foram desconsiderados por não serem o objeto deste estudo.

A busca por referências específicas ao escopo do estudo se deu nas bases LUME/UFRGS e BVS. Inicialmente pesquisou-se produções sobre a Teoria da Produção Social na área da saúde e sobre telemedicina e regulamentação no Brasil. Considerou-se artigos, trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses. Como foram encontrados poucos estudos com esse

recorte, ampliou-se a busca para estudos relacionados à TPS em outras áreas do conhecimento, bem como produções sobre telemedicina de forma mais ampla.

Em uma primeira etapa, no LUME/UFRGS, foram utilizadas como palavras-chave “agenda pública AND saúde”, “teoria da produção social AND saúde” e “Matus AND saúde”. A partir dessa busca foram localizados três estudos (um artigo, uma dissertação e uma tese) que utilizam a TPS para compreender um fenômeno na área da saúde. Utilizou-se as mesmas palavras-chave na BVS, sendo que também foi realizada pesquisa através do descritor “agenda de prioridades em saúde”, com a obtenção de um resultado. No LUME/UFRGS também foram encontradas produções científicas com a utilização da TPS como base em outras áreas do conhecimento: agricultura (2), educação (1), transporte coletivo (1) e disputas de terra (1), sendo elas artigo (1), trabalho de conclusão de curso de graduação (1) e dissertações (3).

Em uma segunda etapa da busca de referências específicas, utilizou-se como palavra-chave “telemedicina AND regulamentação”, sendo que foi localizado um artigo nas duas bases de pesquisa, além de outros dois artigos na BVS que abordam essa temática específica no Brasil, totalizando três produções científicas. Por terem sido encontrados poucos estudos com esse recorte, ampliou-se a busca para estudos relacionados à telemedicina de forma mais ampla, resultando em dois artigos estrangeiros na BVS, que são considerados de forma complementar.

Referente ao levantamento de instrumentos normativos e documentos de acesso público, realizou-se pesquisa exploratória no Diário Oficial da União e no portal do Governo Federal, do Ministério da Saúde, da Câmara dos Deputados e do CFM em publicações sobre a temática. A partir dos documentos encontrados, foi possível identificar os atores envolvidos nas disputas e buscou-se posicionamentos públicos e manifestações formais sobre o assunto em portais institucionais, tendo como marcadores a Resolução CFM nº 2.227/2018 e posterior revogação e a autorização do uso da telemedicina enquanto durar a ESPIN relativa à COVID-19.

No caso das entidades, conselhos e associações, priorizou-se as manifestações daquelas que representam o Rio Grande do Sul, visando apresen-

tar um recorte local (SIMERS, CREMERS e AMRIGS), e do Distrito Federal (SindMédico Distrito Federal), dada a proximidade física da unidade da federação com as entidades federais. Também considerou-se outras entidades de abrangência nacional relacionadas à categoria médica (SBCM, FENAM e APM). Em paralelo, buscou-se notícias na imprensa, considerando-se veículos de comunicação de alcance nacional que tenham tratado especificamente da temática nos dois momentos (CNN Brasil, Band, Globo, R7 e Folha de São Paulo), do Distrito Federal (Correio Braziliense), dada a proximidade com as instituições proponentes das normativas sobre a regulamentação da telemedicina, e do governo (Agência Brasil). A partir disso, foi estabelecida a ordem cronológica das manifestações dos atores sociais ao longo do tempo tendo como pontos de partida os dois marcadores temporais propostos.

## **INTERESSES EM DISPUTA NO CONTEXTO DA REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA NO BRASIL**

A regulamentação da telemedicina vigente no Brasil foi estabelecida através da Resolução CFM nº 1.643, de 07 de agosto de 2002, que a define, em seu artigo 1º, como “o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde”. Essa regulamentação pode ser considerada ampla, tendo em vista que aborda a telemedicina de forma genérica.

A partir da evolução da temática e das tecnologias, foi publicada a Resolução CFM nº 2.227, de 13 de dezembro de 2018, que teve como objetivo definir e disciplinar a telemedicina como “forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde”. Essa normativa ampliou o escopo anterior com a introdução de termos como teleconsulta, teleinterconsulta, telediagnóstico, teleconsultoria, teletriagem, telecirurgia, teleconferência de ato cirúrgico, telemonitoramento e teleorientação.

Tal resolução repercutiu rapidamente, gerou debates públicos, sofreu críticas de entidades e de profissionais, o que culminou na sua revogação cerca de um mês após sua publicação através da Resolução CFM nº 2.228,

de 26 de fevereiro de 2019. Alguns pontos de discussão apresentados foram a relação médico-paciente na teleconsulta, limitações na triagem à distância, a garantia da proteção de dados do paciente, relações trabalhistas, entre outros (SETOR SAÚDE, 2019).

Foram considerados atores sociais interessados na disputa: o CFM, por ser a entidade responsável pela regulamentação da telemedicina no Brasil; o Ministério da Saúde, órgão do Poder Executivo Federal ao qual compete a elaboração de políticas públicas voltadas à saúde; sindicatos e associações de classe, tais como Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS) e Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS), além do Sindicato Médico do Distrito Federal e entidades de abrangência nacional como Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM); a Associação Paulista de Medicina (APM), por ser a autora dos estudos sobre telemedicina no período em questão; e a Frente Parlamentar Mista da Telessaúde, pela relevância dada à temática no Congresso Nacional. Considerou-se também a imprensa, como CNN Brasil, Band, Globo, R7 e Folha de São Paulo, por serem veículos de comunicação de alcance nacional, Correio Braziliense, dada sua atuação no Distrito Federal, e Agência Brasil, por ser um canal do governo federal.

Entidades médicas do Rio Grande do Sul, como a AMRIGS, o SIMERS e o CREMERS, imediatamente após a publicação da Resolução CFM nº 2.227/2018, articularam-se para enviar ao CFM uma lista de alterações relativas ao tema, elencada a partir de sugestões dos profissionais e que careceriam de aprofundamento e ponderação. Alguns pontos mencionados foram a responsabilização pelos honorários dos médicos, a forma autoritária com que o Conselho Federal teria publicado a resolução, questões de ética médica, entre outros (SETOR SAÚDE, 2019). Outras entidades médicas se reuniram no mesmo período para discussões: no Distrito Federal, o Sindicato Médico, junto do Conselho Regional e Associações Médicas locais manifestaram insatisfação com a condução do CFM, que teria aprovado a norma sem discussões com os atores envolvidos, além de evidenciar pontos polêmicos e imprecisos do documento proposto (SINDMÉDICO DISTRITO FEDERAL, 2019). Por outro lado, a SBCM foi uma entidade que se mani-

festou positivamente ao texto publicado, inclusive mencionando que a regulamentação foi “elaborada após inúmeros debates com especialistas e baseada em rígidos parâmetros éticos, técnicos e legais” (SBCM, 2019).

Em comunicado destinado aos médicos e à população, datado de 22 de fevereiro de 2019, o CFM cita que recebeu alto número de propostas para alteração dos termos da Resolução CFM nº 2.227/2018, totalizando 1.444 contribuições até aquele momento (CFM, 2019). Dessa forma, como consequência às reações contrárias, foi restabelecida a vigência da Resolução CFM nº 1.643/2002 e aberta consulta pública, realizada entre fevereiro e julho de 2019, para o recebimento de sugestões, sendo que não foi estabelecido prazo para o lançamento de uma nova resolução. Cabe salientar que neste período não foi localizada manifestação institucional do Ministério da Saúde sobre o tema.

Em março de 2019, a APM realizou, em parceria com o *Global Summit Telemedicine & Digital Health*, pesquisa sobre o tema, que apontou que 82,65% dos médicos paulistas já utilizavam tecnologias na assistência aos pacientes. 76,52% manifestaram indignação com a condução da temática pelo CFM, afirmando que a classe médica não foi devidamente consultada e que o debate deveria ter sido mais aprofundado antes da publicação da regulamentação (APM, 2019). Tal pesquisa foi reproduzida por veículos de imprensa de âmbito nacional, como Folha de São Paulo (COLUCCI, 2019, Folha de São Paulo) e R7 (GIANNINI, 2019, R7).

Noutro giro, a FENAM protocolou suas sugestões para o aprimoramento da Resolução CFM nº 2.227/2018, que diferiram do teor das demais manifestações. O principal ponto apresentado foi a expressa discordância com a teleconsulta, com o entendimento de que essa modalidade seria uma ameaça à saúde do paciente, pois geraria a precarização do atendimento (FENAM, 2020).

Em virtude da pandemia de COVID-19, a telemedicina retornou ao debate público ao ser autorizada no Brasil enquanto durar a declaração de ESPIN. Tal decisão foi regulamentada pela Portaria GM/MS nº 467, de 20 de março de 2020, do Ministério da Saúde, que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de telemedicina; e pela Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus.

Inicialmente, o CFM (2020) emitiu o Ofício CFM nº 1.756/2020 – COJUR, direcionado ao Ministro da Saúde, informando reconhecer a utilização da telemedicina durante a pandemia, estritamente no que tange a teleorientação (orientação e encaminhamento de pacientes em isolamento), telemonitoramento (ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento à distância) e teleinterconsulta (troca de informações e opiniões entre médicos). Apesar desse posicionamento do Conselho Federal, a Portaria GM/MS nº 467/2020 contempla “o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico, por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada”.

Mesmo sendo proponente da normativa, as manifestações do governo federal no período são generalistas e não aprofundam discussões ou propõem ampliar o diálogo sobre o assunto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020 e GOVERNO DO BRASIL, 2020). Em manifestações públicas, o Ministério da Saúde limitou-se a se posicionar favorável ao uso de tecnologias no SUS, mencionando o termo “telessaúde” (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021).

Poucos dias antes, a APM, novamente em parceria com o Global Summit Telemedicine & Digital Health, divulgou pesquisa sobre a receptividade dos profissionais em relação às tecnologias digitais (APM, 2020). Os resultados revelaram que 89,81% dos pesquisados consideravam que o sistema público de saúde brasileiro seria beneficiado com a adoção de novas ferramentas tecnológicas e que 90,21% dos médicos acreditavam que tecnologias digitais com alto padrão de segurança e ética poderiam melhorar a saúde da população. Outros dados relevantes apresentados foram de que 64,39% dos médicos desejavam uma regulamentação que permitisse a ampliação de serviços e atendimentos à população brasileira, incluindo a teleconsulta; 63,06% afirmaram que utilizariam a telemedicina como uma ferramenta complementar, a partir do momento em que houvesse uma regulamentação oficial do CFM e com os recursos tecnológicos necessários para segurança e ética, 25,16% talvez utilizariam e apenas 11,78% não utilizariam.

Ainda, em agosto de 2020, o Congresso Nacional rejeitou dois vetos à Lei nº 13.989/2020 (CFM, 2020). No texto original havia o veto à regulamentação da telemedicina ser responsabilidade do CFM, entretanto, Câma-

ra dos Deputados e o Senado Federal manifestaram-se contra este trecho e a responsabilidade pela regulamentação da prática da telemedicina voltou a ser do Conselho Federal de Medicina. Também foi derrubado o veto relativo à validação de receitas médicas digitais.

A repercussão da normativa federal, em nível governamental e midiático, foi através de menções informativas, como exemplificado por matéria publicada na Agência Brasil (PEDUZZI, 2020) e na CNN Brasil (2020). Em paralelo, o CFM permaneceu monitorando e coletando sugestões para uma nova resolução, através de uma Comissão Especial, que se posicionou publicamente afirmando que a telemedicina não irá substituir a presença física do médico e que, por isso, é fundamental o desenvolvimento de sistemas de proteção de dados (CFM, 2020).

Em setembro de 2020 foi criada a Frente Parlamentar Mista da Telesáúde, que conta com a participação de 206 parlamentares da Câmara dos Deputados e do Senado Federal e tem como propósito coordenar o debate com os diversos atores interessados. O lançamento da Frente, realizado em novembro de 2020, contou com a participação de representantes de entidades da área da saúde e da área política, que convergiram no sentido de que o momento denota urgência na atualização da legislação sobre a telemedicina (ABTms, 2020).

Na pauta de discussão deste grupo está a análise do Projeto de Lei nº 1.990/2020, que visa autorizar e definir a telemedicina em todo o país. Tal proposta conceitualiza a telemedicina como “dentre outros, a transmissão segura de dados e informações médicas, por meio de texto, som, imagens ou outras formas necessárias para a prevenção, diagnóstico, tratamento, incluindo prescrição medicamentosa, e acompanhamento de pacientes”. Em seu Art 5º são apresentadas as possibilidades de atendimento:

I - a prestação de serviços médicos, por meio da utilização das tecnologias da informação e comunicação, em situações em que os profissionais da saúde ou pacientes não estão no mesmo local;

II - a consulta médica remota mediada por tecnologia com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos;

III - a troca de informações e opiniões entre médicos, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico;

- IV - o ato médico à distância, geográfica ou temporal, com a transmissão de gráficos, imagens e dados para emissão de laudo ou parecer;
- V - a realização de procedimento cirúrgico remoto, mediado por tecnologias interativas seguras, com médico executor e equipamento robótico em espaços físicos distintos;
- VI - a triagem com avaliação dos sintomas, à distância, para definição e referenciamento do paciente ao tipo adequado de assistência que necessita ou a um especialista;
- VII - o monitoramento para vigilância à distância de parâmetros de saúde e doença, por meio de aquisição direta de imagens, sinais e dados de equipamentos ou dispositivos agregados ou implantáveis nos pacientes em regime de internação clínica ou domiciliar, em comunidade terapêutica, em instituição de longa permanência de idosos ou no traslado de paciente até sua chegada ao estabelecimento de saúde;
- VIII - a orientação realizada por um médico para preenchimento a distância de declaração de saúde e para contratação ou adesão a plano privado de assistência à saúde;
- IX - a consultoria mediada por tecnologias entre médicos e gestores, profissionais e trabalhadores da área da saúde, com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho. (BRASIL, 2020, p. 1-2)

O projeto de lei esclarece que o órgão competente, no caso, o Conselho Federal de Medicina, será responsável por regulamentar os procedimentos mínimos para a prática. No caso das situações de emergência em saúde pública, a proposta prevê que as determinações relativas à prática da telemedicina poderão ser alteradas por ato do Ministro da Saúde.

Nas discussões sobre a temática em 2021, ainda observam-se divergências entre as principais entidades, como a Associação Médica Brasileira (AMB) e a APM, que discordaram publicamente do CFM, em debate realizado na Câmara dos Deputados, sobre a primeira consulta ser obrigatoriamente presencial. Esse encontro da Frente da Telessaúde, realizado em 16 de março de 2021, teve como principais temas debatidos a remuneração, a territorialidade e a primeira consulta, e evidenciou que ainda não há consenso entre os profissionais e as entidades médicas sobre os assuntos relacionados à prática no Brasil (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021).

No contexto da pandemia de COVID-19, a imprensa passou a destacar



a telemedicina com regularidade, apresentando dados que comprovariam sua eficiência. Publicações do jornal O Globo (BARBOSA, 2021) e da Band TV (2021), por exemplo, apresentaram notícias que evidenciam que mais de 4,5 milhões de idas ao pronto-socorro foram evitadas desde o início da pandemia graças à telemedicina, sendo que 3,5 milhões de consultas realizadas foram de primeiro atendimento. O Correio Braziliense, por sua vez, menciona o sucesso do novo modelo de atendimento e vantagens e desvantagens observadas por profissionais de saúde (ÍCARO; TAVAREZ, 2021).

Observa-se que, a partir dos dois marcos propostos da regulamentação da telemedicina, em relação com o projeto de lei que tramita no Congresso Nacional, o conceito teve notória atualização e complexificação.

No que tange aos atores sociais envolvidos no cenário da regulamentação desde 2018 (sindicatos, conselhos regionais e associações; Ministério da Saúde; imprensa; e Frente Parlamentar Mista da Telessaúde), o CFM foi o principal produtor de falas e jogadas (MATUS, 1996a), sendo que as posições do Conselho produzem os fatos que geram as disputas em questão.

No que se refere ao Ministério da Saúde, no período relativo à regulamentação da telemedicina realizada no início de 2019, o órgão federal permaneceu silente sobre o tema. Infere-se que, por ter ocorrido justamente em momento de troca de gestão federal, formação de equipes e mudanças estruturais na pasta, não houve posicionamento, o que configura uma indiferença tática, tendo em vista ser a posição conveniente naquele momento (MATUS, 2005). Já em 2020, por ser o proponente da Portaria GM/MS nº 467, subentende-se que o Ministério da Saúde é um ator que tem posição de apoio em relação à temática, com evidente interesse e valor dado ao tema, ao menos pelos gestores à época (CANCIAN; FERNANDES, 2020).

Entretanto, em um olhar mais profundo, percebe-se a posição de indiferença oportunista (MATUS, 2005), tendo em vista que as manifestações encontradas no portal oficial apenas mencionam as normativas, não aprofundam discussões ou propõem ampliar o diálogo sobre o assunto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020 e GOVERNO DO BRASIL, 2020). Tal postura pode estar relacionada às trocas de gestão realizadas na instituição durante o primeiro semestre de 2020, considerando-se que foi o próprio ministério que elaborou a portaria que autoriza a telemedicina durante a pandemia e,

logo após as substituições realizadas naquele ano, o assunto não foi objeto de posicionamentos públicos, provavelmente, também, em virtude de outras pautas atinentes ao enfrentamento da COVID-19. Desta forma, evidencia-se posição indiferente até que se tenha um vencedor no jogo social das disputas sobre a telemedicina.

Parece haver desinteresse ou falta de liderança da instituição nas discussões, que passaram a ser conduzidas no âmbito da Frente Parlamentar Mista da Telessaúde junto às entidades médicas, fato que, naturalmente, envolve interesses das mais diversas origens e que demonstra a força deste ator, ao ocupar um espaço até então desocupado. Inclusive, esse é um desdobramento relevante para as discussões acerca da regulamentação da telemedicina no Brasil: a entrada de um novo ator com poder e relevância nacional no cenário das discussões: a Frente Parlamentar Mista da Telessaúde, que conta com a participação de duas centenas de parlamentares da Câmara dos Deputados e do Senado Federal e se propõe a coordenar as discussões com diversos atores, em uma posição transparente de apoio firme (MATUS, 2005) à prática da telemedicina no Brasil, sendo este o ponto de partida de sua atuação.

A criação dessa Frente orientou a ação dos demais atores envolvidos e produziu novos fatos sociais e acumulações, podendo ser vista como um ponto-chave dentro do jogo social a partir de 2020. A Frente Parlamentar da Telessaúde mudou as regras do jogo por conta de seu grande poder político, que afirma as regras de desigualdade, ao mesmo tempo em que beneficia uma parcela dos envolvidos (MATUS, 2005).

Ao vetar dois pontos polêmicos da Lei nº 13.989/2020, o Congresso Nacional acenou positivamente ao CFM, que manteve sua autonomia e protagonismo histórico. O Projeto de Lei nº 1.990/2020, discutido no âmbito da Frente Parlamentar da Telessaúde, evidencia essa atuação cooperativa entre os dois atores, ao citar expressamente que o Conselho Federal permanece responsável pelos procedimentos mínimos da regulamentação da telemedicina (BRASIL, 2020), ou seja, seguirá detendo o poder de regulamentar os pontos polêmicos e específicos, evidenciando um cenário muito semelhante ao de 2019.

Nesse sentido, CFM e Frente Parlamentar têm ganhos no jogo social: a primeira permanece centralizando as discussões e sendo a entidade máxima

sobre o tema, a segunda realiza articulações e coordena o debate, ou seja, ambas controlam os recursos de poder ao produzir falas e jogadas e dar espaço para os demais atores debaterem sobre o tema (MATUS, 1996a). Ambos têm acumulação de força concreta para o jogo social, dentro das possibilidades permitidas pelas regras de distribuição do poder no cenário apresentado (MATUS, 2005).

Os conselhos, entidades e sociedades médicas, no primeiro momento, tiveram, de forma geral, posição transparente de rejeição firme (MATUS, 2005), pela forma autoritária como se deu a regulamentação, apesar de não ter sido homogênea. No segundo momento, percebe-se uma mudança nas discussões sobre o tema, evidentemente impulsionadas pelo enfrentamento à pandemia de COVID-19. As manifestações desses atores passaram a ser de apoio duvidoso, pois exigiam certas condições para ser efetivo (MATUS, 2005). Havia discordância sobre algumas variáveis relacionadas a aspectos específicos da regulamentação, como a remuneração dos médicos pelos serviços prestados por parte dos planos de saúde (CFM, 2020), mas, mesmo assim, houve poucas manifestações no sentido de rejeitar os termos da normativa enquanto durar a declaração de ESPIN.

Instituições como os conselhos regionais, associações e sindicatos se articularam ao promover discussões sobre a temática e manifestações públicas nos dois momentos observados (ABTms, 2020; FENAM, 2020; SBCM, 2019; SETOR SAÚDE, 2019; SINDMÉDICO DISTRITO FEDERAL, 2019), ou seja, tiveram acumulações através de uma interação conflitiva (MATUS, 1996a). Entretanto, em ambos cenários estas entidades manifestaram a necessidade de uma regulamentação atualizada, sendo que o teor mudou: em 2019, havia recusa expressa à regulamentação em virtude da não participação nas discussões; em 2020, provavelmente em função do cenário de pandemia, não há uma rejeição explícita à lei, mas sim o reconhecimento da necessidade de atuação da regulamentação e um refinamento das discussões, com pontos que, inclusive, permanecem polêmicos, como a possibilidade de a teleconsulta não ser permitida como primeiro atendimento e a prestação de serviços fora do estado em que o profissional é registrado.

Não é possível afirmar que todos os sindicatos, entidades, conselhos regionais e federações que se manifestaram possuem relevância e acúmu-

los suficientes para influenciar nas discussões sobre a regulamentação da telemedicina, sendo mais relevantes para o jogo social enquanto ator-grupo (MATUS, 1996a). Na regulamentação publicada em 2019, esse grupo teve acumulações enquanto coletividade, inclusive considerando o número de requerimentos contrários encaminhados ao Conselho Federal (CFM, 2019), pois todos tinham uma intenção semelhante e atuaram, mesmo que de forma inconsciente, por um projeto que orientou sua ação: a revogação da normativa naquele momento. Foram atores ativos parcialmente, considerando que não foram apenas observadores e representam uma parte dos profissionais médicos que possuem alguma razoabilidade em suas pautas.

No segundo momento, a partir de 2020, não se observou a configuração de coletividade, pois as discussões se fragmentaram e se tornaram mais específicas e polêmicas (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021). Dessa forma, essas entidades perderam força, dada a capilaridade da configuração dessas instituições. Nesse sentido, pode-se afirmar que tal cenário favoreceu a centralização da temática no CFM e na Frente Parlamentar, sendo acumulações importantes para esses atores.

A imprensa, em paralelo, é um ator social que, inicialmente, foi indiferente, com manifestações com caráter informativo (G1, 2019), e, a partir do segundo momento, passou a cooperar no âmbito da disputa no contexto da pandemia de COVID-19 ao demonstrar resultados da telemedicina (BAND TV, 2021; BARBOSA, 2021; ÍCARO; TAVAREZ, 2021). A repercussão na mídia passou de meramente informativa, em uma posição oculta de indiferença oportunista, para a apresentação de resultados positivos da implementação da telemedicina para a população, em uma posição ora de apoio aparente, ora de indiferença oportunista, conforme foi observado (MATUS, 2005).

Apesar de não desempenhar protagonismo direto nas discussões sobre a temática e apenas tangenciar as discussões, é preciso considerar que o recurso da informação, no cenário da regulamentação, incentiva e valida o posicionamento de outros atores ao trazer dados para subsidiar a opinião da sociedade como um todo, neste caso, conforme evidenciado pelos exemplos apresentados, uma visão positiva da utilização da telemedicina no Brasil. Em menor proporção, cabe mencionar que a APM (2019; 2020), que publicou estudos sobre telemedicina em dois momentos, apresenta relevante

produção de conhecimento que contribuiu com o debate público, cumprindo papel semelhante ao da imprensa, ao trazer dados, fatos e percepções da categoria profissional sobre o assunto.

Resta evidente que o cenário da regulamentação da telemedicina, apesar de ter seus objetos modificados com o passar dos anos, continua envolvido em um cenário de fragmentação, conforme mencionado por Maldonado, Marques e Cruz (2016). Da mesma forma, a regulamentação da forma que havia sido pautada até então não acompanhou a evolução dos conceitos de telemedicina e ficou obsoleta rapidamente, processo que nitidamente foi impulsionado pela ESPIN em virtude da COVID-19.

Cabe salientar, por fim, a inexistência de integração entre as demais áreas da saúde nas discussões sobre a regulamentação da telemedicina, apesar de, no dia a dia de trabalho, haver entrelaçamento entre as diferentes especialidades. Não se encontrou evidência de diálogo com outros conselhos e entidades profissionais, como enfermagem, psicologia, entre outras, no que tange ao uso de tecnologias na atuação profissional.

## CONCLUSÃO

Este trabalho buscou identificar de que forma os interesses dos atores sociais foram manifestados no contexto da regulamentação da telemedicina no Brasil, tendo como marcadores a Resolução CFM nº 2.227/2018 e sua posterior revogação e na autorização enquanto durar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) relativa à COVID-19, a partir dos conceitos da Teoria da Produção Social de Matus (1996a, 1996b e 2005). A partir da identificação e análise dos interesses em disputa no contexto proposto, verificou-se que as manifestações e acumulações dos atores sociais modificaram as regras do jogo ao longo do tempo.

Inicialmente, a liderança sobre a temática ficou exclusivamente com o CFM, que se utilizou dessa posição para publicar a Resolução CFM nº 2.227/2018 e, mediante a repercussão negativa, revogá-la, bem como abrir consulta pública sobre o assunto. Com a pandemia de COVID-19 e a declaração de ESPIN, as regras mudaram, a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 467/2020 pelo Ministério da Saúde, que autorizou a prática da telemedicina em termos além daquilo que havia sido proposto pelo CFM em

ofício. Observou-se, a partir de então, a entrada de um novo ator nas discussões, a Frente Parlamentar da Telessaúde, que, apesar de não substituir as atribuições do Ministério da Saúde e do CFM, passou a tratar da temática em um novo patamar, agora de lei.

O Ministério da Saúde atuou passivamente no primeiro momento e mais ativamente no início da pandemia, o que denota que o assunto faz parte das suas discussões e interesses, sendo um acúmulo importante no jogo social, pois mudou, mesmo que pontualmente, as regras do jogo. Enquanto durar a declaração de emergência em saúde pública, o CFM não possui autonomia para decretar uma nova regulamentação como até então tinha, o que, de certa forma, e somente por ora, lhe deixa na posição de espera e retira seu protagonismo. Entretanto, a partir disso, o Ministério da Saúde apenas atuou como espectador, aguardando o desfecho das discussões sobre o tema. Em paralelo, a Frente Parlamentar, acumulou recursos políticos importantes e fatos relevantes, como a capacidade e o poder social de unir todos os atores para audiências públicas sobre o tema.

A produção social no âmbito da regulamentação da telemedicina no período supracitado evidencia o uso de recursos de poder pelos atores sociais e a desigualdade do jogo social (MATUS, 2005). No caso do CFM, tais recursos reafirmam o seu poder, apesar dos evidentes questionamentos e novos conhecimentos produzidos no período. No que tange às entidades, sindicatos e associações médicas, resta evidente que, sozinhas, não possuem poder e acumulações suficientes para exercer influência consistente nas disputas. Entretanto, quando se organizaram para rejeitar a resolução do CFM em 2019, mesmo que inconscientemente e de forma heterogênea, atuaram como ator-grupo e influenciaram na revogação à época, o que não foi observado após 2020, tendo em vista a capilaridade e o refinamento técnico das discussões sobre a regulamentação. A Frente Parlamentar exerceu papel de força no jogo social, ora conflitiva e ora cooperativa, tendo em vista o controle exercido ao conduzir as discussões e ao reunir os atores em seus eventos, produzindo novos fatos, como o Projeto de Lei nº 1.998/2020. Por fim, a imprensa atuou ora indiferente, ora em posição de apoio aparente, demonstrando relevância enquanto grupo ao reproduzir posicionamentos dos demais atores sociais.

Apesar deste estudo não se aprofundar nas discussões técnicas sobre a atuação das entidades privadas de saúde, é notório que estas se beneficiaram das possibilidades da telemedicina, com o surgimento inclusive de serviços exclusivos e planos de saúde específicos. Esses são atores importantes para os desdobramentos futuros sobre o tema, como interessados em novos marcos regulatórios sobre o assunto, tendo em vista impactar diretamente na saúde suplementar.

As discussões sobre a regulamentação da telemedicina mostraram-se complexas pois envolvem diversos atores sociais, com diferentes interesses, que atuam de forma conflitiva e cooperativa, em um jogo dinâmico e interativo, constituindo realidades que podem ser modificadas a todo momento. As acumulações sobre a telemedicina desde o início das discussões sobre a nova regulamentação, em 2019, já modificaram em alguma medida o cenário. A pandemia de COVID-19 fez com que o interesse e o valor dado à temática tenham crescido exponencialmente entre todos os atores sociais envolvidos.

O aumento de interessados na temática da telemedicina tende a qualificar as discussões e colaborar para a mudança nas regras do jogo. Ao mesmo tempo em que as discussões não foram esgotadas, a resistência com a temática parece ter reduzido, mesmo que as decisões permaneçam sob gestão do CFM. Não se cogita retroceder, mas sim ajustar a regulamentação ao momento tecnológico, social, econômico e político evidenciado pela pandemia de COVID-19. Resta evidente que a ESPIN provocou a aceleração de processos relacionados às iniciativas digitais, sendo esta uma pauta que deve permanecer na agenda pública dos próximos anos.

## REFERÊNCIAS

ABTMS - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE. Por uma política nacional de Telessaúde. 2020. Disponível em: <<https://www.abtms.org.br/pt/por-uma-politica-nacional-de-telessaude>>.

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Conselho Federal defende que primeira consulta seja presencial na regulamentação da telemedicina. 2021. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/736544-conselho-federal-defende-que-primeira-consulta-seja-presencial-na-regulamentacao-da-telemedicina>>.

\_\_\_\_\_. Telemedicina depende de conectividade para ser universal, avaliam deputados. 2021. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/790266-telemedicina-depende-de-conectividade-para-ser-universal-avaliam-deputados>>.

APM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. 82,65% dos médicos usam tecnologias no dia a dia da assistência aos pacientes. 2019. Disponível em: <<http://associacaopaulistamedicina.org.br/noticia/8265-dos-medicos-usam-tecnologias-no-dia-a-dia-da-assistencia-aos-pacientes>>.

\_\_\_\_\_. Pesquisa revela que 90% dos médicos acreditam nas tecnologias digitais como recurso para ajudar a reduzir as filas do SUS. 2020. Disponível em: <<http://associacaopaulistamedicina.org.br/noticia/pesquisa-revela-que-90-dos-medicos-acreditam-nas-tecnologias-digitais-como-recurso-para-ajudar-a-reduzir-as-filas-do-sus>>.

BAND. Rede Bandeirantes de Comunicação. Telemedicina cresce 316% no Brasil durante a pandemia. São Paulo, 18 abr 2021. Disponível em: <<https://www.band.uol.com.br/noticias/jornal-da-band/ultimas/telemedicina-cresce-316-no-brasil-durante-a-pandemia-16345170>>.

BARBOSA, Mariana. O Globo. Telemedicina evita mais de 4,5 milhões de idas ao pronto-socorro desde o início da pandemia. São Paulo, 25 mar 2021. Disponível em: <<https://blogs.oglobo.globo.com/capital/post/telemedicina-evita-mais-de-45-milhoes-de-idas-ao-pronto-socorro-desde-o-inicio-da-pandemia.html>>.

BRASIL, Projeto de Lei nº 1.998/2020, de 17 de abril de 2020. Autoriza e define a prática da telemedicina em todo o território nacional. Brasília: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1883996&filename=PL+1998/2020](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1883996&filename=PL+1998/2020)>.

BRASIL. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Governo autoriza uso da telemedicina durante a pandemia do coronavírus. Brasília, 16 abr 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/04/governo-autoriza-uso-da-telemedicina-durante-a-pandemia-do-coronavirus>>.

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). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>.

BRASIL. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>>. Acesso em: 19 de jul. de 2021.

BRASIL. Uso da telemedicina para conter a transmissão do novo coronavírus. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, 23 mar 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/7736>>. Acesso em: 19 de jul. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm)>. Acesso em: 19 de jul. de 2021.



CAETANO, Rosângela; SILVA, Angélica Baptista; GUEDES, Ana Cristina Carneiro Menezes, *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-16, 2020.

CANCIAN, Natália; FERNANDES, Talita. Folha de São Paulo. Ministério da Saúde regulamenta uso de telemedicina para combater coronavírus. São Paulo, 23 mar 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2020/03/ministerio-da-saude-regulamenta-uso-de-telemedicina-para-combater-coronavirus.shtml>>.

CASTANHEIRA, Débora; FAULHABER, Clara; GERSCHMAN, Sílvia. O papel da mídia na construção da agenda governamental para o SUS no Rio de Janeiro. *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 292-309, jul/set 2018.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM publicará nova resolução para regulamentar telemedicina. 2020. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-publicara-nova-resolucao-para-regulamentar-telemedicina>>. Acesso em: 18 de jul. de 2021.

\_\_\_\_\_. CFM reitera direito dos médicos em serem remunerados por serviços prestados por meio da telemedicina. 2020. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-reitera-direito-dos-medicos-em-serem-remunerados-por-servicos-prestados-por-meio-da-telemedicina>>. Acesso em: 18 de jul. de 2021.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional mantém regulamentação da telemedicina pelo CFM no pós-pandemia. 2020. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/congresso-nacional-mantem-regulamentacao-da-telemedicina-pelo-cfm-no-pos-pandemia>>.

\_\_\_\_\_. Conselheiros do CFM revogam a Resolução nº 2.227/2018, que trata da Telemedicina. 2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/noticias/conselheiros-do-cfm-revogam-a-resolucao-no-2-227-2018-que-trata-da-telemedicina>>.

\_\_\_\_\_. Ofício CFM Nº 1756/2020 – COJUR. Brasília, 19 mar 2020. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020\\_oficio\\_telemedicina.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf).

\_\_\_\_\_. Resolução nº 1.643, de 07 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2002.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 2.227, de 13 de dezembro de 2018. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2019.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 2.228/2019, de 26 de fevereiro de 2019. Revoga a Resolução CFM nº 2.227, publicada no D.O.U. de 6 de fevereiro de 2019, Seção I, p. 58, a qual define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, e restabelece expressamente a vigência da Resolução CFM nº 1.643/2002, publicada no D.O.U. de 26 de agosto de 2002, Seção I, p. 205. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2019.

CNN BRASIL. Governo publica lei do uso da telemedicina durante pandemia. São Paulo, 16 abr 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/04/16/governo-publica-lei-do-uso-da-telemedicina-durante-pandemia>>. Acesso em: 17 de jul. de 2021.

COLUCCI, Cláudia. Folha de São Paulo. Mais de 80% dos médicos de São Paulo dizem que já usam tecnologias para atender pacientes. São Paulo, 04 abr 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2019/04/mais-de-80-dos-medicos-de-sp-dizem-que-ja-usam-tecnologias-para-atender-pacientes.shtml>>

DORSEY, E. R.; TOPOL, E. J. State of Telehealth. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 375, n. 2, p. 154-161, 2016.

FENAM - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. Contribuição de Fenam junto ao CFM para aprimoramento da Telemedicina. 2020. Disponível em: <<http://www.fenam.org.br/2020/03/02/contribuicao-de-fenam-junto-ao-cfm-para-aprimoramento-da-telemedicina>>.

G1. Resolução que revoga novas regras da telemedicina é publicada no Diário Oficial. 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/03/06/resolucao-que-revoga-regulamentacao-da-telemedicina-e-publicada-no-diario-oficial.ghtml>>.

GIANNINI, Deborah. Portal R7. Mais de 80% dos médicos dizem usar tecnologia para atender pacientes. São Paulo, 05 abr 2019. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/saude/mais-de-80-dos-medicos-dizem-usar-tecnologia-para-atender-pacientes-05042019>>. Acesso em: 17 de jul. de 2021.

HARZHEIM, E. *et al.* Telemedicina como motor da coordenação assistencial: muito além da tecnologia. In: BARBOSA, AF. (ed.). Pesquisa sobre o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros. TIC Saúde 2015. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, p. 93-102, 2016. Disponível em: <[https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic\\_saude\\_2015\\_livro\\_eletronico.pdf](https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic_saude_2015_livro_eletronico.pdf)>.

HARZHEIM, E. *et al.* Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. v. 14, n. 41, p. 1-9, 2019.

ÍCARO, Pedro; TAVAREZ, João Vitor. *Correio Braziliense*. Autorizada há um ano, telemedicina se consolida no atendimento à saúde. Brasília, 23 abr 2021. Disponível em: <<https://www.correio braziliense.com.br/brasil/2021/04/4919867-telemedicina-emergencial-se-consolida-um-ano-apos-a-aprovacao-de-lei.html>>.

MALDONADO, JMCV; MARQUES, AB; CRUZ, A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32 (Suppl 2), 2016.

MATUS, Carlos. Adeus, senhor Presidente: Governantes governados. São Paulo: Fundap, 1996a.

MATUS, Carlos. Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi: estratégias políticas. São Paulo: Fundap, 1996b.

MATUS, Carlos. Teoria do Jogo Social. São Paulo: FUNDAP, 2005.

PEDUZZI, Pedro Lins. Agência Brasil. CFM autoriza uso de modalidades de telemedicina. Brasília, 20 mar 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/cfm-autoriza-uso-de-modalidades-de-telemedicina>>.

ROJAS-MENDIZABAL V. A. *et al.* e-Saúde e Complexidade: Uma Proposta para o Desenho de Políticas Públicas. *Jornal Brasileiro de Telessaúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 33-44, 2014.

SBCM - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA. Telemedicina: CFM regulamenta atendimentos online no Brasil. 2019. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/v2/index.php/not%C3%ADcias/3800-telemedicina-cfm-regulamenta-atendimentos-online-no-brasil-jan-2019>>.

SCHMITZ, Carlos André Aita; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues; UMPIERRE, Roberto Nunes; *et al.* Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-7, jan/dez 2017.

SCHWAMM, LH. Telehealth: seven strategies to successfully implement disruptive technology and transform health care. *Health Aff (Millwood)*, v. 33, n. 2, p. 200-6, feb 2014.

SETOR SAÚDE. Entidades médicas do RS pedem revogação de resolução do CFM sobre Telemedicina. 2019. Disponível em: <<https://setorsaude.com.br/entidades-medicas-do-rs-pedem-revogacao-de-resolucao-do-cfm-sobre-telemedicina>>.

SILVA, Angélica Baptista; CARNEIRO, Ana Cristina Menezes Guedes; SINDICO, Sergio Ricardo Ferreira. Regras do governo brasileiro sobre serviços de telessaúde: revisão integrativa. *Planejamento e políticas públicas - PPP*, v. 44, p. 167-188, 2015.

SINDMÉDICO DISTRITO FEDERAL. Normas da telemedicina preocupam entidades médicas do DF. Brasília, 06 fev 2019. Disponível em: <<https://www.sindmedico.com.br/normas-da-telemedicina-preocupam-entidades-medicas-do-df>>.

# USO DE TECNOLOGIA LEVE NA ROTINA DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO ATUANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

SAMANTA COSTA MACHADO SILVA  
GUILHERME DORNELAS CAMARA

## INTRODUÇÃO

A tecnologia no campo da saúde, para muitos, está associada apenas à existência de grandes centros especializados onde o paciente permanece exposto a uma variedade de equipamentos complexos e sofisticados. Todavia, é possível e necessário considerar que essa tecnologia também se relaciona com recursos humanos e materiais, incluindo não apenas um conjunto de conhecimentos, mas, também, a interação do profissional da saúde com seu paciente bem como as ferramentas e/ou estratégias que auxiliam na instrumentalização do cuidado (KOERICH *et al.*, 2006).

De acordo com a Portaria nº 2.510 de 19 de dezembro de 2005, considera-se “tecnologia no campo da saúde os medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, além de programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população” (BRASIL, 2005). Essa tecnologia vem evoluindo continuamente graças a infinidade de pesquisas que vem sendo desenvolvidas, permitindo ao profissional não apenas enxergar mais de perto as necessidades individuais da população, como também promover ajustes adequados em cada caso, em cada área de atuação (KOERICH *et al.*, 2006).

No setor saúde, a tecnologia é utilizada de forma relacional com o usuário final. Quando um profissional utiliza seu conhecimento em prol da saúde do seu paciente, seja através de cuidados primários ou na utilização de

*softwares*, este é beneficiado diretamente pela construção tecnológica do mesmo. Todavia, vale ressaltar que, de nada adianta a posse de tecnologias de alta complexidade, se não for aliada à capacidade humana do profissional que a conduz, no exercício do atendimento com foco no acolhimento (SANTOS *et al.*, 2016).

As tecnologias em saúde representam um importante avanço tecnológico no campo da saúde, sendo capazes de facilitar a execução de ações diárias desenvolvidas por profissionais da saúde (SABINO *et al.*, 2016). Com isso, não devem ser vistas apenas como algo palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações tanto abstratas como concretas cuja finalidade é garantir o cuidado em saúde (ROCHA *et al.*, 2007). Essas tecnologias são classificadas em leve, leve-duras e duras. As tecnologias leves são consideradas atributos da relação humana do cuidado, reconhecidas na área da saúde como um conjunto de ações que resumem o processo de cuidar; a tecnologia leve-dura é compreendida como a utilização de conhecimentos estruturados que não necessitam de recursos de alta tecnologia para realização; já a tecnologia dura é exemplificada pelos medicamentos e alta tecnologia (JORGE *et al.*, 2011; SABINO *et al.*, 2016). A adoção de tecnologias leves no trabalho em saúde, por exemplo, perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações em saúde. O vínculo como tecnologia leve das relações no Programa Saúde da Família (PSF) parte do princípio de que os profissionais devem se responsabilizar pela área adstrita, levando a uma interação geradora de vínculos, entre os trabalhadores da saúde e pacientes, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho. Ainda como tecnologia leve, o acolhimento direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, o qual envolve trabalhadores, gestores e usuários. Isso permite que as necessidades apresentadas pelos usuários sejam trabalhadas pela equipe de saúde de forma a resolver suas reais exigências. Dessa forma, quando se trabalha com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser desempenhada por toda a equipe de saúde é prestar-lhe o acolhimento, expresso na relação profissional de saúde e usuário do sistema (COELHO; JORGE 2009).

A Assistência Farmacêutica, de acordo com a Portaria GM nº 3916/98, consiste em um conjunto de atividades relacionadas ao medicamento, desti-

nadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Além disso, envolve o abastecimento de medicamentos, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade em geral, garantindo o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001). Na APS, a disponibilidade de medicamentos deve atender as necessidades epidemiológicas da população, com suficiência, regularidade e qualidade apropriadas, de forma integrada com uma orientação acerca do uso seguro de medicamentos (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a Assistência Farmacêutica passa a ser abordada como um modelo tecnológico em saúde dividido em duas áreas sobrepostas, porém distintas: a tecnologia da gestão, que pode ser considerada como uma tecnologia leve-dura, ou seja, aquela que está relacionada aos saberes adquiridos apenas, excluindo os recursos de alta tecnologia, e a tecnologia do uso do medicamento, que está relacionada à tecnologia leve e na qual estão envolvidas diferentes classes profissionais, usuários e suas atitudes, cujo objetivo final é o uso correto e efetivo dos medicamentos, logo, o sucesso da terapia medicamentosa (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005).

Durante 30 anos, muitos acontecimentos contribuíram para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica (AF) na atenção primária, dentre eles: Criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF/2004), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2006), a publicação de portaria de criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF/2008), a criação da Farmácia Popular e a estruturação do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), dentre outros (BARBERATO *et al.*, 2019). Contudo, é possível observar a ausência de documentos que indiquem as condições sanitárias para a realização do cuidado farmacêutico na atenção primária, o que representa uma limitação para a atuação do profissional juntos aos pacientes (SOARES; BRITO; GALATO, 2020).

Dessa forma, o presente trabalho realizou levantamento bibliográfico com o objetivo de descrever a utilização da tecnologia leve na rotina do profissional farmacêutico atuante na atenção primária em saúde, com destaque

para a tecnologia do uso de medicamentos. O levantamento de publicações foi realizado em banco de dados como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Lilacs, utilizando os descritores: tecnologias em saúde, cuidado, atenção primária, assistência farmacêutica, farmacêutico na atenção primária e atenção básica. Foram incluídos, na busca, artigos científicos publicados a partir de 1998, quando a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi publicada, difundindo o conceito de Assistência Farmacêutica e representando um marco para a área e para o trabalho dos profissionais, até maio de 2021, quando os dados para a publicação do presente trabalho foram coletados.

## **TECNOLOGIAS LEVE-DURAS NA ROTINA DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO**

Desde os tempos mais remotos, o farmacêutico é considerado o profissional do medicamento, além de ser o mais acessível a uma grande parcela da população. Atualmente, o farmacêutico está presente em farmácias, drogarias, hospitais, unidades básicas de saúde, indústrias, homeopatia, análises clínicas e tantas outras, desenvolvendo as mais diversas competências. Fica sob sua responsabilidade não apenas a produção de uma formulação ou dispensação de um medicamento, mas também a orientação adequada quanto ao seu uso correto e a importância da adesão à farmacoterapia, os possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas.

O processo de cuidado desenvolvido pelo farmacêutico, compõe-se, em sua grande maioria, de quatro etapas como a coleta e organização dos dados do usuário, a avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia, a pactuação de um plano de cuidado com o usuário e o seguimento individual do usuário. Desse modo, todas as ações construídas com o paciente na unidade de saúde ou no domicílio devem ser registradas, incluindo a educação em saúde, encaminhamento a outros profissionais da saúde, intervenções na farmacoterapia, medidas não farmacológicas como incentivo à atividade física, a reeducação alimentar entre outros (SANTOS *et al.*, 2020).

Dentre as atividades desenvolvidas pelo farmacêutico, é comum incluir a utilização de tecnologias, compreendidas em uma concepção de produto e processo. Na prática farmacêutica, a tecnologia como produto aborda as

informatizações e informações enquanto a tecnologia como processo aborda os recursos relacionados ao ensino e à aprendizagem do indivíduo (SABINO *et al.*, 2016). Com isso, é possível inferir que tecnologias duras, leve-duras e leves estão, continuamente, presentes na rotina desse profissional. Os medicamentos, por exemplo, representam tecnologias duras, sendo considerados como uma das ferramentas terapêuticas mais utilizadas na prática em saúde (BRASIL, 2020), atuando seja de forma curativa, paliativa e/ou preventiva e envolvendo uma gama de profissionais que irão atuar desde as etapas iniciais de obtenção de matéria-prima, desenvolvimento de formulação e produção do medicamento propriamente dito dentro da indústria farmacêutica, profissionais da saúde que atuam em unidades de saúde no geral e, também, farmacêuticos atuantes em balcões de farmácias e drogarias.

O acesso a medicamentos no Brasil representa um componente indispensável para que a população em geral tenha uma cobertura universal e equânime de saúde. Foi a partir da elaboração da Política Nacional de Medicamentos (PNM) que se garantiu o acesso da população a essa tecnologia e se estabeleceu a adoção e implementação de diretrizes e prioridades para ação governamental, que consistem, dentre outros quesitos, na orientação da Assistência Farmacêutica e adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (ÁLVARES *et al.*, 2017).

Apesar da implementação de políticas que garantam o acesso a uma tecnologia tão importante, observa-se a existência de crescentes dificuldades e desafios na acessibilidade aos medicamentos. Isso ocorre em função dos reduzidos níveis de cobertura, fragilidade financeira dos sistemas de saúde, limitações das redes de distribuição de medicamentos, gestão ineficiente e problemas gerais de acesso aos serviços de saúde por grande parte da população (OPAS, 2009).

As tecnologias leve-duras, na rotina do profissional farmacêutico, compreendem a utilização de conhecimentos não estruturados, onde não há a necessidade de recursos de alta tecnologia para sua implementação (SABINO *et al.*, 2016). A utilização de materiais educativos, por exemplo, reporta um bom exemplo de tecnologia leve-dura.

O uso irracional e desnecessário de medicamentos bem como o estímulo à automedicação pode levar a resultados desastrosos à saúde da popula-



ção. Dessa forma, é de grande importância o fornecimento de informações apropriadas para a promoção do uso racional de medicamentos. A Rebracim (Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos) criada por Meio da Portaria Ministerial (MS) nº 2.647, de 4 de novembro de 2013 é uma rede de centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (CIM/SIM) no país, alicerçada nos pilares da PNM e da PNAF, cujo objetivo é coordenar e executar serviços e atividades voltadas à produção e difusão de informações sobre medicamentos, visando o uso racional dessa tecnologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2020).

Os centros de informação sobre medicamentos não são bibliotecas ou centros de documentação. São tecnologias leve-duras que vem proporcionando à população, resposta à procura de informações sobre medicamentos e farmacoterapia de uma forma bem objetiva, contribuindo para a correta seleção e uso adequado da medicação, assegurando, ainda, uma informação sempre atualizada. A informação oferecida pode ser específica a um determinado indivíduo ou destinada a uma determinada população. Além disso, os centros podem, ainda, prestar serviço em hospitais, serviços clínicos, apoio às comissões hospitalares, disseminar informações através de boletins, desenvolver normas e protocolos de utilização de medicamentos, atuar em programas de farmacovigilância ou na prevenção de erros de medicação (SIMÓN; MENDES, 2019).

A adoção de tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde (COELHO; JORGE, 2009). A humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho (MERHY *et al.*, 2006), já o acolhimento direciona para o estabelecimento de uma estratégia de atendimento envolvendo toda a equipe de saúde, permitindo identificar e solucionar as necessidades apresentadas pelo paciente (COELHO; JORGE, 2009).

Os medicamentos apresentam papel de grande importância na terapêutica, com potencial de aliviar sintomas e curar doenças (MONTEIRO; LACERDA, 2016). Na prática farmacêutica, o medicamento pode ser considerado como uma ferramenta de trabalho e para que a mesma seja utilizada da melhor forma, em prol da saúde e segurança do paciente, considera-se

de grande relevância o uso da tecnologia leve. Conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para que os medicamentos sejam utilizados de forma segura e racional é de suma importância, em primeiro lugar, estabelecer a necessidade de uso do medicamento seguido pela prescrição do medicamento correto, na dose, forma farmacêutica e período de tratamento adequados (AQUINO, 2008). A tecnologia leve, então, permite ao farmacêutico difundir aos seus pacientes as informações acerca do uso correto dos medicamentos. Permite, ainda, o acolhimento do paciente que inicia um determinado tratamento medicamentoso, proporcionado ao mesmo toda a informação necessária referente a dose, posologia, intervalo de administração de medicamentos, forma de armazenamento e descarte correto, interações medicamentosas e tantas outras informações capazes de contribuir para o sucesso do tratamento.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os dados extraídos a partir da análise dos artigos, foi possível observar trabalhos que relatam a experiência do farmacêutico dentro da atenção primária em saúde, entretanto, uma grande maioria desses artigos reportam as dificuldades enfrentadas pelo profissional, dentre elas, a falta de estrutura física adequada para que o trabalho seja exercido com qualidade visando a saúde, bem-estar e acompanhamento dos pacientes, a falta de investimentos e ineficiência por parte dos gestores em saúde que, por vezes, inviabilizam processos básicos como a aquisição de medicamentos o que gera danos tanto ao trabalho do farmacêutico, que fica impedido de exercer umas das etapas primordiais do ciclo da assistência farmacêutica, que é a dispensação do medicamento, bem como ao usuário do sistema de saúde, que, em muitas das situações, é um grande dependente do sistema e serviços fornecidos pelas unidades básicas de saúde (BARBOSA *et al.*, 2017). Além disso, foi possível observar, em alguns artigos selecionados, que a formação profissional insuficiente com ênfase na parte clínica e no Sistema Único de Saúde, também são capazes de comprometer os resultados do trabalho (AMARAL *et al.*, 2008)

A incorporação de tecnologias leves na assistência farmacêutica apresenta três eixos principais, sendo eles, a relação entre o farmacêutico e

demais profissionais de saúde, a relação entre o farmacêutico e o paciente e o cuidado farmacêutico e educação em saúde. A comunicação estabelecida entre os diferentes profissionais de saúde atuantes na atenção primária e envolvidos no processo do cuidado com o paciente bem como o processo de educação em saúde, são tópicos abordados no decorrer de alguns desses artigos e que representam importantes estratégias capazes de garantir a boa utilização da tecnologia leve no campo da saúde. A educação em saúde garante à população orientação acerca de doenças, conscientizando sobre a importância do uso racional de medicamentos e do acesso à saúde.

Ainda em relação às tecnologias em saúde, nenhum dos artigos selecionados aborda o tema tecnologia leve na rotina do farmacêutico atuante na atenção primária em saúde. Soares, Brito e Galato (2020), reportam, em seu trabalho, a inclusão da assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em saúde, onde a tecnologia do uso de medicamentos pode ser definida como uma tecnologia leve. Os autores abordam a importância da concepção da assistência farmacêutica no campo do cuidado como uma ação nova e necessária. Essa nova concepção permite que os profissionais possam ir além da garantia do acesso ao medicamento e passem a desenvolver ações que garantam o seu uso racional e seguro. Para que essas ações sejam efetivas no sucesso terapêutico de um determinado usuário do sistema de saúde, é de suma importância que o farmacêutico considere fatores como, interação entre profissionais, interação profissional paciente, gestão do cuidado, educação em saúde como forma de promover a difusão de informações e o esclarecimento de dúvidas acerca do uso de medicamentos. Essas ações vão contribuir para que a tecnologia leve seja efetiva no meio de trabalho do profissional farmacêutico, garantindo não somente o cuidado ao paciente, mas também o vínculo e o acolhimento necessários enquanto o usuário necessitar de assistência profissional.

A filosofia da prática farmacêutica de natureza clínica reforça a necessidade da interação entre diferentes profissionais de saúde, atuantes na atenção primária, por entender a contribuição dessa parceria como forma de assegurar a integralidade do cuidado. A interação entre os profissionais é essencial para que a totalidade dos recursos e competências necessárias estejam disponíveis para a solução dos problemas de saúde da população.

A partir disso, vale ressaltar que o cuidado se fundamenta em diferentes processos de decisão interdisciplinares e na complementariedade dos saberes para promover o cuidado da forma mais adequada possível à população (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Segundo Barberato, Scherer e Lacourt (2019), ainda que a presença do farmacêutico seja indispensável nas unidades básicas de saúde, uma vez que pode contribuir para o trabalho integrado na assistência à saúde, para o vínculo com os pacientes e também para otimizar a adesão ao tratamento medicamentoso, é possível observar que a baixa quantidade de farmacêuticos na APS, aliada à não percepção desses profissionais como parte da equipe e a pouca clareza sobre suas atribuições, contribuem para a falta de reconhecimento profissional nesse campo de atuação. Os autores reforçam, ainda, que o sucesso do trabalho em equipe é alcançado quando cada profissional é capaz de compreender o papel de cada um, levando em conta cada uma das competências.

Em trabalho realizado no Canadá por Pottie *et al.* (2009), acerca dos desafios enfrentados pelo profissional farmacêutico no campo do cuidado, aponta que a tecnologia leve envolve a atuação de toda a equipe de saúde, bem como uma série de desafios. Para que este trabalho apresente resultados, é importante considerar, ainda, fatores como o ambiente e as habilidades do farmacêutico. Ainda de acordo com os autores, farmacêuticos que atuam no campo do cuidado reportam a importância do acesso a registros médicos como forma de estabelecer a continuidade do trabalho, a necessidade de um espaço adequado e a interação diária com toda a equipe como forma de construir a compreensão dos cuidados primários e estabelecer uma relação de parceria com outros profissionais envolvidos na atenção primária. A participação de todos os profissionais de saúde atuantes na atenção primária representa um indicativo de um reconhecimento, pela equipe de saúde, do lugar de cada um no cuidado ao usuário, cada qual usando a tecnologia que mais se adequa a sua área de atuação.

Correr *et al.* (2011) abordam a importância da assistência farmacêutica integrada ao processo do cuidado na atenção primária em saúde. Segundo os autores, ainda que existam diferentes escolas e métodos de ensino e prática voltados à atenção farmacêutica ao paciente, é preciso compreender

que o processo de cuidado farmacêutico é único e deve ser organizado em etapas bem definidas que consistem, essencialmente, em acolher, reunir e organizar a história clínica e medicamentosa do paciente, avaliar suas necessidades terapêuticas, estabelecer um plano de cuidados, monitorar a evolução do paciente de forma planejada e proativa.

O cuidado farmacêutico deve estar focado na educação em saúde. A educação em saúde na atenção primária também representa um ponto de grande importância e deve ser executada não apenas pelo farmacêutico, mas a partir de iniciativas de toda a equipe de saúde. É importante levar informações a população, esclarecer dúvidas, permitir que o conhecimento chegue até os usuários do sistema da forma mais clara possível. Segundo Pereira *et al.*, (2015), a educação em saúde, é responsável por reunir atividades educativas capazes de prevenir riscos provenientes do uso de medicamentos, principalmente com doentes crônicos e crianças. A produção de informação e a comunicação são essenciais na difusão de informações e no desenvolvimento de campanhas com propósito de promover a discussão sobre uso de medicamentos. A atividade de promoção do uso racional de medicamentos, por exemplo, é uma prática de grande importância a ser realizada, principalmente, com a população idosa, por causa da presença frequente de múltiplas patologias, requerendo diversas terapias as quais podem resultar no uso concomitante de vários medicamentos. Além disso, muitos idosos utilizam da automedicação com produtos de venda livre ou que são indicados e até fornecidos por pessoas próximas (MENESES; SÁ, 2010).

Segundo Vieira (2007), com o desenvolvimento de habilidades individuais e da comunidade, é possível a realização de movimentos maiores com o intuito de promover a educação em saúde. A autora cita, como possíveis atividades a serem realizadas, a identificação das necessidades da população/comunidade em relação à informação em saúde, a elaboração de impressos abordando temas relativos ao condicionamento, prazos de validade, efeitos e usos de medicamentos, bem como a adesão ao tratamento, a realização de palestras dirigidas a um grupo específico (diabéticos, hipertensos, alcoólatras, pacientes HIV positivo entre outros) abordando o processo da doença e o uso de medicamentos, a elaboração de campanhas para o

desenvolvimento do conceito de que o restabelecimento da saúde não se restringe à prática terapêutica medicamentosa, mas sim a um conjunto de variáveis que devem ser observadas como hábitos alimentares, de higiene, abuso de drogas lícitas ou ilícitas entre outros. A autora reforça, ainda, que o incentivo as ações desenvolvidas em parceria com a comunidade reforçam todas as medidas capazes de promover a educação em saúde. Isso ocorre porque a comunidade passa a ser um forte aliado com vista à utilização racional de medicamentos, identificando os problemas mais frequentes e compartilhando como farmacêutico a responsabilidade pela divulgação da informação para todos os indivíduos.

A comunicação direta com os pacientes é imperativa para que o farmacêutico possa garantir o sucesso da terapia medicamentosa (POSSAMAI; DACOREGGIO, 2008). Ao longo desse processo é importante que o farmacêutico reconheça cada paciente como um ser humano único, com histórias de vida, problemas de saúde, contexto social e necessidades específicas (SILVA; NAVES; VIDAL, 2008). Esse diálogo deve facilitar o estabelecimento das relações entre o farmacêutico e o paciente mediante um processo simétrico de troca de informações, ou seja, ao longo dessa troca de informações, o conhecimento científico do profissional de saúde não deve ser considerado mais importante que o conhecimento empírico adquirido pela vivência do paciente. Eles devem ser complementares. O paciente passa a cuidar melhor de si quando se sente respeitado e toma consciência de sua importância como agente da sua própria saúde (D'ANDREA *et al.*, 2012).

A comunicação a ser estabelecida entre farmacêutico e paciente pode ocorrer mediante o atendimento realizado de forma individual ou compartilhado com outros profissionais de saúde. Além disso, permite promover o uso racional de medicamentos, possibilitando ao paciente entender a importância da utilização correta dos medicamentos e da adesão ao tratamento, diminuindo as ocorrências de agravos à saúde (VIEIRA, 2007). Nesse momento, cabe ao farmacêutico esclarecer informações, de forma objetiva, sobre dosagem do medicamento, duração do tratamento, forma de administração entre outras (SILVA; NAVES; VIDAL, 2008). É de suma importância que essa relação seja vista, também, como uma atividade complementar ao serviço médico na atenção à saúde, pois nesse momento é possível que o

profissional identifique fatores e situações que sejam potencialmente capazes de interferir no tratamento medicamentoso daquele paciente, como hábitos alimentares, tabagismo, histórico de reações alérgicas, uso de outros medicamentos ou drogas. Essa avaliação, com possibilidade de intervenção, visa a efetividade terapêutica e pode ser alcançada com a implantação da atenção farmacêutica (VIEIRA, 2007). Logo, a posição que o farmacêutico ocupa na escala de valores do paciente é decisiva para determinar a maior ou menor adesão do paciente ao tratamento médico prescrito. Dessa forma, as relações terapêuticas devem ser construídas com fundamento respeito mútuo, honestidade, autenticidade, comunicação aberta, cooperação, empatia, sensibilidade, paciência, compreensão, confiança e confiança (D'ANDREA *et al.*, 2012).

Para garantir a qualidade do serviço prestado, é de suma importância que o farmacêutico se mantenha sempre atualizado em suas práticas, possibilitando as devidas orientações aos seus pacientes. Algumas literaturas abordam, por exemplo, a utilização do Método Dader no processo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes. Esse método baseia-se na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, ou seja, nos problemas de saúde que esses indivíduos apresentam com os medicamentos que utilizam e na avaliação do seu estado em um determinado período, de forma a identificar e resolver possíveis problemas relacionados à medicamentos. Após tal identificação, é possível realizar intervenções farmacêuticas necessárias para resolver tais problemas (MENESES; SÁ, 2010).

O farmacêutico executa um importante papel no processo do cuidado em saúde na atenção primária quando proporciona aos usuários do sistema ações que prezem pelo autocuidado, educação e promoção em saúde e do uso racional de medicamentos. Logo, vale ressaltar a relevância da presença e participação desse profissional nos processos e atividades das unidades de saúde como forma de legitimação e valorização do seu trabalho, buscando gerar informações que tragam benefícios às suas atividades rotineiras, bem como melhorias no processo de acolhimento e cuidado para com o usuário de saúde, garantindo, dessa forma, o sucesso e a continuidade do seu tratamento

## CONCLUSÃO

De acordo com os artigos revisados, foi possível concluir que o uso de tecnologias em saúde, com destaque para a tecnologia leve, representa uma estratégia na rotina do farmacêutico atuante na atenção primária em saúde. O uso dessas tecnologias, com destaque para a tecnologia leve do uso de medicamentos, engloba um conjunto de atividades que deve incluir não apenas o trabalho do farmacêutico de forma isolada, mas de todos os profissionais atuantes na atenção primária, cada qual atuando em suas especialidades, proporcionando a troca de experiências e o compartilhamento de informações capazes de fornecer ao usuário bem estar e conhecimento necessário de modo a garantir que o sucesso na terapia medicamentosa seja alcançado.

No trabalho farmacêutico, o uso dessas tecnologias em saúde é capaz de contribuir para o sucesso da terapia medicamentosa de pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde através da incorporação de atividades voltadas para a educação em saúde, possibilitando à população, o acesso a informações acerca do uso correto de medicamentos, importância da adesão a tratamento medicamentoso e hábitos variados em saúde. Algumas atividades, porém, precisam ser revistas, uma vez que limitam o desempenho de algumas atividades e interferem no processo de troca de informações e experiências entre os profissionais. Dentre as limitações, é possível citar a escassez de trabalhos científicos que abordam o uso das tecnologias em saúde na rotina do farmacêutico bem como a pouca interação existente entre o farmacêutico e demais profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

ÁLVARES, J.; JUNIOR, A.A.G.; ARAÚJO, V. E.; ALMEIDA, A.M.; *et al.* Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 2-20, 2017.

AQUINO, D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? Ciência e Saúde Coletiva, v. 13, p. 733-736, 2008.

AMARAL, M.F.Z.J.; AMARAL, R.G.; PROVIN, M.P. Intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: Uma revisão. Revista Eletrônica de Farmácia, v.1, p. 60-66, 2008.

ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.



ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 611-617, 2008.

ARAÚJO, P.S.; COSTA, E.A.; JÚNIOR, A.A.G.; *et al.* Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.

BARBERATO, L.C.; SCHERER, M.D.A.; LACOURT, R.M.C. O farmacêutico na atenção primária: uma inserção em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.2, n.10, p.3717-3726, 2019.

BARBOSA, M.M.; GARCIA, M.M.; NASCIMENTO, R.C.R.M.; *et al.* Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.22, n.8, p. 2475-2486, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. *Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros e serviços de informação sobre medicamentos: Princípios, organização, prática e trabalho em redes para promoção do uso racional de medicamentos. Brasília, 2020.

BRUNE, M.F.S.S.; FERREIRA, E.E.; FERRARI, C.K.B. O Método Dáder na atenção farmacêutica em pacientes hipertensos no município de Portal do Araguaia- MT, Brasil. *O Mundo da Saúde*, v. 38, n. 4, p. 402-409, 2014.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14 (Supl. 1), p. 1523-1531, 2009.

CORRER, C.J.; OTUKI, M.F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 2, n.3, p.41-49, 2011.

D'ANDREA, R.D.; SILVA, G.P.; MARQUES, L.A.M.; RASCADO, R.R. A importância da relação farmacêutico – paciente: percepções dos idosos integrantes da UNATI (Universidade Aberta à Terceira Idade) sobre a atuação do farmacêutico. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. 2, p. 49-60, 2012.

JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; SCORTEGAGNA, H.M.; *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto e Contexto – Enfermagem*, v. 15 (Esp), p. 178-85, 2006.

MENESES, A.L.L.; SÁ, M.L.B. Atenção farmacêutica ao idoso: *Revista de Geriatria e Gerontologia*, v.4, n.3, p. 154-161, 2010.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.

MONTEIRO, E.R.; LACERDA, J.T. Promoção do uso racional de medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. *Revista Saúde e Debate*, v. 40, n. 111, p. 101-116, 2016.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: Contexto, desafios e perspectivas*. Brasília, 2009.

PEREIRA, N.C.; LUIZA, V.L.; CRUZ, M.M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. *Saúde Debate*, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015.

POSSAMAI, F.P.; DACOREGGIO, M.S. A habilidade da comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v.5, n.3, p. 473-490, 2008.

POTTIE, K.; HAYDT, S.; FARRELL, B.; *et al.* Pharmacist's identity development within multidisciplinary primary health care teams in Ontario; qualitative results from IMPACT Project. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, v. 5, p. 319-326, 2009.

ROCHA, P. K.; PRADO, M.L.; WAL, M.L.; CARRARO, T.E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.61, n. 1, p. 113-116, 2007.

SABINO, L.M.M.; BRASIL, D.R.M.; CAETANO, J.A.; SANTOS, M.C.L.; ALVES, M. D.S. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. *Aquichan*, v 16, n.2, p. 230-239, 2016.

SANTOS, Z.M.S.A.; FROTA, M.A.; MARTINS, A.B.T. *Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado [livro eletrônico]* / Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Mirna Albuquerque Frota, Aline Barbosa Teixeira Martins. – Fortaleza: EdUECE, 2016.

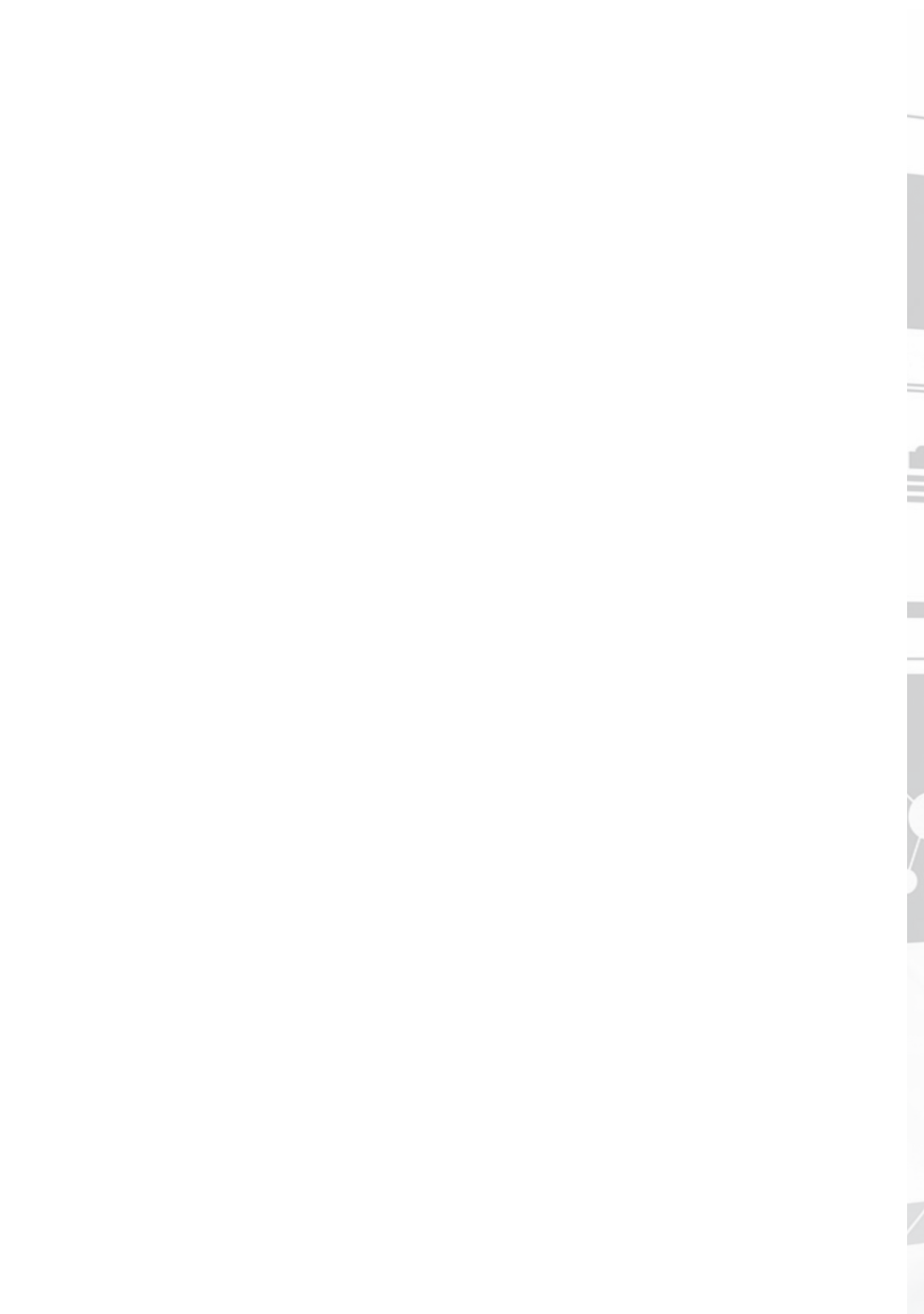
SANTOS, J.B.; LUQUETTI, T.M.; CASTILHO, S.R.; CALIL-ELIAS, S. Cuidado farmacêutico domiciliar na estratégia de saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n.2, 2020.

SILVA, E.V.; NAVES, J.O.S.; VIDAL, J. O papel do farmacêutico comunitário no aconselhamento ao paciente. *Boletim de Farmacoterapêutica*, n. 4, 2008.

SIMÓN, A.; MENDES, A.P. Os centros de informação de Medicamentos: Evolução e Perspectivas futuras a partir da experiência de um centro nacional. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, v 10, p.171-180, 2018.

SOARES, L.S.S.; BRITO, E.S.; GALATO, D. Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária: Uma lacuna do cuidado farmacêutico. *Revista Saúde e Debate*, v. 44, n. 125, p. 411-426, 2020.

VIEIRA, F.S. Possibilidade de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n.1, p.213-220, 2007.



The background features a grid of hexagonal icons in various shades of gray. The icons include a medical cross, a person silhouette, a first aid kit, a wheelchair, a microscope, test tubes, a pill, a virus particle, and a world map. A dashed line with a circle at the end is also visible in the upper right.

# PARTE II

# Epidemiologia de Serviços





# ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE PORTO ALEGRE À SAÚDE

NATÁLIA BORGES MARTINS  
GUILHERME DORNELAS CAMARA

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde – OMS conceitua o direito humano à saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidades” (SEGRE; FERRAZ, 1997). No Brasil, a saúde é um direito social garantido pela Constituição Federal, além de estar integrado a ações de garantia à Seguridade Social (BRASIL, 1988). Desta forma, o Governo deve garantir, através do Sistema Único de Saúde, o acesso à saúde a toda população.

Apesar disso, alguns determinantes sociais acabam estreitando ou dificultando o acesso de grupos em vulnerabilidade social, como é o caso da população em situação de rua (BUSS; FILHO, 2007). Segundo o IPEA (2015), em um estudo realizado em 2015, há mais de 100 mil pessoas em situação de rua no país. Este grupo populacional é definido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2009, p.35) como:

Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar

É importante destacar que a criação de políticas e programas para este público resulta da aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993, à qual deu espaço para inclusão e obrigatoriedade para formulação de programas e assistência à PSR em sua alteração duas décadas após

a Constituição Federal, pela lei 11.258 de 2005. Dessa forma, diversos movimentos acontecem em prol da assistência e saúde essa população, dentre as quais o surgimento da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua em 2008 (KLAUMANN, 2016).

A fim de garantir o direito a saúde da população em situação de rua no país, foi instituído em 2008 a Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008), em conjunto com outros documentos institucionais sobre o tema. Esta diretriz foi desenvolvida após o Massacre da Sé, onde oito pessoas em situação de rua foram abruptamente assassinados na Praça da Sé, local de moradia temporária, em São Paulo no ano de 2004.

A Política Nacional para População de Rua (PNPR), estabelecida pelo foi estabelecida no decreto nº 7.053 de 2009, e trouxe como objetivos “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde...” e “criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços” (BRASIL, 2009). Percebe-se, então, que há a garantia do direito à saúde aos indivíduos em situação de rua, pelo menos na teoria, através de políticas e documentos oficiais (BRASIL, 2009).

Apesar disso, a população em situação de rua acaba não tendo a compreensão dos determinantes sociais e o processo de saúde/doença que a acomete (PAIVA; LIRA *et al.*, 2016). Essa falta de compreensão representa exclusão deste grupo social no direito de ser e pertencer à sociedade, bem como falha de políticas públicas que reinserem a população em situação de rua nos seus direitos sociais. Não compreender o estado de saúde e doença dificulta e limita o indivíduo a acessar serviços de saúde.

Ainda, uma pesquisa mostrou que há diversos aspectos relacionados a vivência da rua que contribuem para o processo de adoecimento, como a violência física, sexual e moral (VALLE; FARAH; JUNIOR, 2020). Além da saúde física estar comprometida, a saúde mental precisa ser urgentemente trabalhada nesta população (FAZEL; GEDDES, KUSHED, 2014).

Além desses aspectos já presentes na insegurança da saúde na realidade da população em situação de rua, em 2020, a pandemia do Coronavírus intensificou esse contexto de desigualdade. Nessa perspectiva,



Honorato e Oliveira (2020) realizaram um estudo para propor sugestões práticas para atuar no atendimento à população em situação de rua diante da pandemia. Dentre essas sugestões, foram pensadas em categorias como: prevenção, intervenção por parte dos municípios, conscientização, melhoria da infraestrutura e estratégias voltadas aos profissionais que lidam com essa população. Ou seja, há protocolos e documentos que objetivam acolher a PSR baseado na humanização, como deve ser feito em toda população.

A recomendação básica da Organização Mundial da Saúde para evitar o contágio pelo Coronavírus era ficar em casa e higienizar as mãos (OMS, 2020). No entanto, nenhuma dessas alternativas eram opções para a população em situação de rua. Miranda (2014) demonstrou que pessoas em situação de rua sofrem obstáculos para acessar à saúde, pois em alguns protocolos precisam de acompanhamento, não possuem registro no sistema de saúde, além de ter observado uma não capacitação dos profissionais de saúde para atender a população em situação de rua. Este resultado corrobora a pesquisa da autora Fumian (2013) que traz que os indivíduos em situação de rua da Lapa no Rio de Janeiro nunca participaram de ações de prevenção de saúde. A autora, conclui em seu estudo, que apesar de haver avanços na promoção de saúde da população pela Política Nacional da População em situação de Rua, ainda há escassez no atendimento e violação deste direito.

Considerando o exposto, este capítulo visa responder à seguinte pergunta: como o a literatura especializada trata o tema do acesso à saúde da população em situação de rua, em especial a de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (RS)? Para responder à mesma, foi realizada busca de literatura da base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), para encontrar trabalhos que embasaram a revisão narrativa aqui realizada. Os descritores e a sintaxe empregados na busca foram “saúde” AND “população em situação de rua” AND “Brazil” AND “acesso”, sem limite temporal ou idioma, encerrando a busca em 2021. De forma complementar, para potencializar os achados nos trabalhos, foi realizada busca em sites oficiais da Prefeitura de Porto Alegre a fim de identificar os serviços ofertados à População em Situação de Rua.

## CONTEXTUALIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (PSR) EM PORTO ALEGRE

Em 2011, foi feito um cadastro das pessoas em situação de rua em Porto Alegre, contabilizando 1.347 pessoas adultas. Segundo o retrato censitário da população adulta em situação de rua de Porto Alegre, os principais problemas de saúde encontrados na população foram questões relacionadas à dependência química/álcool, problemas de saúde bucal, dores no corpo, problemas de saúde mental (SCHUCH *et al.*, 2012).

O número de indivíduos em situação de rua na cidade de Porto Alegre, em 2021, não é conhecido. Os últimos dados divulgados pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), apontaram mais de 2 mil pessoas vivendo nas ruas. Número que revela a importância de políticas públicas de acessibilidade e inclusão e execução real destas para com este grupo (FASC, 2017).

No ano de 2017, o Centro de Assessoria Multiprofissional (CAMP) lançou o Mapeamento da população em situação de rua na região metropolitana de Porto Alegre. Foram realizadas 611 entrevistas em Porto Alegre e regiões metropolitanas, sendo 441 entrevistas apenas na capital gaúcha. Com estes dados, pode-se analisar o perfil geral dessa população, qual seja: média da idade entre 30 a 44 anos; gênero masculino (83,8%); etnia branca (45,7%), negra (26,7%) e parda (25,2%); sem companheira(o) (72%) ou filhos (38%); e, escolaridade de ensino fundamental incompleto (55,2%). Os principais motivos para a ida às ruas uso de Drogas e alcoolismo, conflitos ou violência na família, separação, desemprego, morte de algum familiar, não ter vínculo familiar, perda de moradia, dentre outros. Além disso, quando investigado sobre a permanência na rua, verificou-se que há pouca eficácia da política de locais institucionalizados para dormir (GEHLEN; SCHUCH, 2017).

Além disso, mais de 80% da população entrevistada não possuía acesso a comunicação, como telefone ou e-mail. Dentre as principais ocupações/atividades desta população, está a construção civil (14,7%), limpeza e serviços gerais (8,7%), vendedor ambulante (7,9%), catador (7,4%), serviços de alimentação (5,9%), dentre outras profissões e 34,5% não possui nenhuma

ocupação. Enquanto renda pessoal, 30% têm até meio salário mínimo, 19% de meio até um salário mínimo e mais de 32% não possui nenhuma renda. Outro dado muito relevante da pesquisa é o fato de 85,6% dos entrevistados não receberem nenhum benefício (CAMP, 2017).

Dentro deste contexto, é necessário relatar que em Porto Alegre a população em situação de rua há vínculos econômicos diferenciados como o Jornal Boca de Rua, Movimento Nacional da População em situação de rua (MNPR) e a Amada Massa. O Jornal Boca de Rua e Amada Massa tem como objetivo a comercialização de seus produtos para gerar renda a esta população, sendo o primeiro instrumento de vínculo e comunicação sobre o cotidiano e o Segundo a produção de pães. Já o MNPR visa ao movimento político e defesa dos direitos deste grupo social. Esses vínculos apresentados estabelecem o reconhecimento das relações sociais, relações de trabalho e relações intrapessoais e interpessoais, para além do assistencialismo e caridade (DORNELAS CAMARA; BRETAS; DAKPOGAN, 2020)

## **A PRECARIIDADE DO ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA À SAÚDE**

A população em situação de rua, por viver em condições de insegurança e até mesmo violência, acaba precisando acessar os serviços de saúde como a emergência (CERVIERI *et al.*, 2019). Na pesquisa de Cervieri e colaboradores (2019), foram entrevistados 11 participantes em situação de rua que utilizava o CREAS em um município de Mato Grosso do Sul e foram listados, como principais motivos para procurar serviços de saúde, lesões, agressão física e dores crônicas. Apesar de alguns participantes relatarem que, quando atendidos pelos profissionais de saúde, foram bem assistidos, muitos contam que o serviço prestado foi desumano, com preconceito, julgamentos e discriminação, o que viola a humanização e intensifica as desigualdades sociais.

Segundo Schervinsk *et al.* (2017), um dos principais motivos de acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua é a questão relacionado com drogas e/ou alcoolismo. Em Minas Gerais, o estudo de Valle e Farah (2020) também revelou que os motivos para acessar ao serviço de saúde eram consequências de vivenciar a situação de rua, além da potencialização do doenças pré-existentes, como a tuberculose. Ademais, os serviços

de saúde acessados são prioritariamente urgência e emergência, não tendo acesso a serviço de entrada no Sistema único de Saúde (SUS), a atenção básica. Dessa forma, a promoção de saúde é omitida nesta população (VALLE; FARAH, 2020).

Há diversas dificuldades enfrentadas pela população em situação de rua na sua rotina que impacta diretamente na saúde. Dentre as principais estão aquelas relacionadas às necessidades básicas como a fome, sede, falta de higiene e banheiro. Além dessas dificuldades, há outras relacionadas com o preconceito, discriminação, violência física e sexual, trabalho informal precário, além das doenças crônicas já existentes e o medo de “passar mal” e não ser atendido (VALLE; FARAH; JUNIOR, 2020). É importante destacar que todas essas dificuldades potencializam problemas de saúde mental, os quais não são tratados de forma adequada nos serviços de saúde respectivos por falta de capacitação e estratégias para lidar com esta população. (BORYSOW; FURTADO, 2013). Isso corrobora o não acesso à saúde em condições humanas.

A condição socioeconômica impacta diretamente na saúde e na doença da população. O discurso muitas vezes utilizado por profissionais da saúde no qual a construção da saúde do indivíduo depende unicamente da vontade deste é falso. Os determinantes sociais em saúde explicam que fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, conforme Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Além disso, é importante destacar que os DSS são importantes para apoiar a implementação de políticas e intervenções que visam à diminuição das iniquidades relacionadas à estratificação social (BUSS; FILHO, 2007). Com isso, evidencia-se que o acesso à saúde pela população em situação de rua é determinado pelas condições vivenciadas, e que as motivações e barreiras só existem por esta situação.

## **O ACESSO AOS SERVIÇOS EM PORTO ALEGRE**

Dentre as ações relacionadas à saúde, estão o acesso à alimentação e cuidados com higiene, por exemplo. Um estudo realizado em Porto Alegre em 2017 em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul

(UFRGS) e Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), identificou que o acesso à alimentação, de forma geral, se dá por meio dos restaurantes populares e trabalhos voluntariados (GEHLEN *et al.*, 2017).

Segundo o site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, há quatro Restaurantes Populares, chamados de Pratos Alegres, distribuídos pela capital. Cada restaurante serve 700 refeições, totalizando 2.800 refeições para população em situação de rua, idosos vulneráveis e famílias em pobreza e extrema pobreza, sendo o atendimento realizado em dias úteis. Apesar deste serviço, percebe-se que há falta de locais para que toda a população em situação de rua possa utilizá-lo posto que esta população está em diferentes bairros de Porto Alegre e vem crescendo cada vez mais (GEHLEN *et al.*, 2017). Além disso, o acesso à alimentação se dá principalmente por meio de projetos sociais que cresceram com a pandemia, além de doações de restaurantes particulares ou cidadãos. Ademais se verifica que o acesso à comida também pode acontecer pela própria renda adquirida por meio do trabalho ou ações mais inseguras como prostituição (MARTINS; REIDEL, 2021).

Quanto aos serviços de saúde, há o Consultório de rua que, conforme o site da prefeitura de Porto Alegre, tem como objetivo prestar atendimento à população em situação de rua com abordagem na rua e em duas sedes, sendo uma vinculada ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Centro de Saúde Santa Marta. As etapas deste serviço de saúde são: atendimento médico e de enfermagem; atendimento de condições de saúde; verificação de adesão aos tratamentos e curativos. Esse serviço visa a ampliação do acesso à rede de atenção básica desta população que tem o acesso limitado. Ademais, o Consultório de Rua tem três planos principais de atuação: a rua, a sede / unidade de referência, e as redes institucionais (VARGAS; MACE-RATA, 2018).

Os Consultórios de Rua integram a Rede de Atenção Básica e visa o acolhimento de demandas diversas relacionadas à saúde, tanto na promoção quanto no tratamento, acolhendo também complicações advindas de problemas psicossocial, álcool e drogas (HALLAIS; NELSON, 2015). Dentro desse contexto, as equipes do Consultório de rua devem ter como profissionais: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Cirurgião Dentista e Terapeu-

ta Ocupacional (BRASIL,2021). Isso revela o caráter multidisciplinar das equipes de rua no cuidado à saúde.

Outro programa de atendimento à população em situação de rua é o PopRua, de iniciativa do Governo Estadual do Rio Grande do Sul, que tem como objetivo prover necessidades mais básicas como alimentação, testes de COVID 19, pernoite, banho e materiais de higiene pessoal.

É importante destacar que a Nota Informativa nº 10 de 2017, emitida pela Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, traz a desburocratização para acessar aos serviços de saúde quanto a demandas relacionadas a Infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e/ou Hepatites Virais. Na Nota, o acesso à testagem rápida, imunização, exames, tratamento e medicação será realizado mediante a apresentação de documento de identificação com foto ou Cartão Nacional de Saúde. No entanto, caso o indivíduo não obtenha esses documentos, estes serão confeccionados simultaneamente ao atendimento à saúde uma vez que a Nota revela que a ausência de documentos não pode caracterizar barreira de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Como a saúde tem um conceito amplo, todos os equipamentos públicos que ofertam serviços para grupos em situação de vulnerabilidade são essenciais. Assim, a FASC organiza os serviços de Assistência Social em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial (média e alta complexidade) os quais têm como objetivo precípuo a garantia dos direitos.

Para melhor entender os serviços, propõe-se dividir os equipamentos de acesso aos serviços em duas formas: formas *relacionadas diretamente* à saúde e formas *relacionadas indiretamente* à saúde. São considerados serviços relacionados diretamente à saúde aqueles em que o objetivo principal é o tratamento ou recuperação de algum problema relacionado ao processo saúde-doença. Os serviços relacionados indiretamente à saúde são aqueles visam a o fortalecimento de vínculos, desenvolvimento de trabalho, locais para alojamento e alimentação.

Dentre os serviços relacionados de forma indireta com a saúde, a Proteção Social básica, conforme definido no site da Prefeitura de Porto Alegre, objetiva “a prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e

comunitários”. “Além de prestar atendimento e acompanhamento socioassistencial a indivíduos em situação de vulnerabilidade social decorrente da fragilização de vínculos familiares, da pobreza, ausência de renda e acesso precário ou nulo aos serviços públicos”.

Dentro deste segmento, está o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), uma unidade pública que atua como principal porta de entrada para o Sistema Único de Assistência Social. Dentro do CRAS há o serviço de Convivência e Fortalecimento, com ênfase na população em situação de rua. Neste espaço de convivência há o desenvolvimento de trabalhos focados na possibilidade de transição da situação de rua. Apesar de não haver serviço especializado em saúde, o CRAS contribui para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo social dos usuários deste serviço.

Já na proteção social especializada há os serviços de média complexidade e alta complexidade. Os serviços de média complexidade prestam serviços de acompanhamento socioassistencial às famílias e indivíduos que se encontram em situação de violação dos direitos por decorrência de violência física / psicológica / sexual, maus tratos, situação de rua e mendicância, dentre outras. Para executar esse serviço há o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que realiza a abordagem social, proteção e atendimento especializado e Centro Pop especializado em pessoas em situação de rua.

A abordagem social aspira à identificação nos territórios as situações de rua, realizando a articulação e inserção deste indivíduo na rede e acesso a políticas públicas. O serviço de Proteção e atendimento especializado acompanha e orienta os indivíduos em situação de violação de direitos encaminhados pela rede. Já o Centro Pop promove atendimento social com uma equipe multidisciplinar para todas as faixas etárias durante o período do dia e propondo aos usuários alternativas de enfrentamento à situação de rua e encaminhamento junto a rede de serviços de Porto Alegre (texto site Prefeitura de Porto Alegre - FASC). Além disso, o Centro Pop disponibiliza diferentes recursos como alimentação, banho e lavagem de roupas. Os albergues funcionam apenas na noite para alojamento. É necessário destacar que há deficiência de recursos nos serviços de saúde e logo, deficiência do acesso aos serviços de saúde (SCHUCH *et al.*, 2017).

Esses serviços de saúde são frutos de uma democratização da Constituição Federal e luta de Movimentos Nacionais da População em Situação de Rua que fortificam a luta destes indivíduos em busca de seus direitos. Além disso, é importante que haja o exercício do controle e participação social para melhorar as políticas e suas execuções nos serviços (BRASIL, 2014)

No início da pandemia de Covid-19, a sociedade civil, por meio de projetos sociais envolvidos na causa, se reuniu para discutir ações urgentes relativas à saúde física e mental para elaboração do Plano de Contingenciamento da Pandemia do Coronavírus para PSR. Dentre as ações estão a disponibilidade de torneiras em escolas, igrejas e/ou outros espaços públicos, acesso a banheiros públicos, disponibilização de testes para população de rua e locais para permanência desta, além da ampliação de locais para alimentação (PORTO ALEGRE, 2020).

No Plano de Contingência do COVID -19 de Porto Alegre para a população em geral, há como adição de serviço de saúde a “entrega do Centro de Acolhimento e Isolamento Social (Cais), para abrigagem de população em situação de rua e a pessoas com COVID-19 sem condições adequadas de distanciamento social”. No entanto, no Plano de Contingência Nacional e Estadual do Rio Grande do Sul, não há ações específicas para população em situação de rua. É importante destacar que no Plano Emergencial de Proteção Social não incluía a população em situação de rua dentre os grupos em situação de vulnerabilidade (PORTO ALEGRE, 2020).

Alguns trabalhos propuseram sugestões práticas para atuação no atendimento à população em situação de rua frente a pandemia no Brasil, entre as quais: estratégias de prevenção como distribuição de produtos de higiene e máscaras; estratégias de intervenção como encaminhar a PSR que esteja com suspeição de COVID-19 para unidades; estratégias de conscientização como orientar sobre a doença; estratégias de infraestrutura como instalação de pias e recursos para aluguel e estratégias para os trabalhadores para orientar como realizar o contato direto com a PSR (HONORATO; OLIVEIRA, 2020). Essas ações propostas devem ser ajustadas conforme a realidade cada município, porém, em Porto Alegre, não foram divulgadas as ações realizadas para este público, ainda que a campanha de vacinação contra o COVID-19 tenha previsto 3 mil doses para esta população (PORTO ALEGRE, 2021).



## CONCLUSÃO

O acesso à saúde pela população em situação de rua é limitado pela condição de rua que vivencia. Nessa perspectiva, esse contexto acaba impactando ainda mais na saúde deste grupo social, induzindo a barreiras de acesso bem como a motivações de acesso existentes pela condição de rua. O acesso à saúde da população em situação de rua no município de Porto Alegre se dá pelos serviços ofertados pela Prefeitura, através da FASC, relacionados direta ou indiretamente com a saúde da PSR. Esses serviços estão organizados de forma a atender a população através do consultório de rua e proteção social básica e especializada. No entanto, não há recursos suficientes para que estes serviços alcancem toda a PSR, o que implica na presença da sociedade civil nas ações para esta população através dos projetos sociais.

Dentro desta perspectiva, o cenário da população em situação de rua existe pela desigualdade social, desemprego dentre outras razões. Assim, é fundamental e emergente que a sociedade e o Governo trabalhem para garantia dos direitos e prevenção desta situação, além da ressocialização do indivíduo que se encontra neste contexto. Também é necessário que dentro dos equipamentos públicos se capacite os profissionais para trabalharem com este público, a fim de inexistir violências institucionais e, assim, maior respeito, dignidade e adesão.

É importante que haja estudos para verificar como se dá o acesso à saúde pela perspectiva da população em situação de rua, além de identificar as motivações e barreiras desta população que vivencia as ruas do Município de Porto Alegre, bem como o olhar sobre os serviços e contribuições de melhorias destes. A pandemia intensificou a desigualdade social que escancarou a permanência de violações de direitos sociais e humanos. Assim, a população em situação de rua, durante a pandemia, experienciou um cenário sanitário mais inseguro, uma vez que os investimentos necessários para implementação de ações para o combate ao COVID -19 não foram suficientes para contemplar toda a população em situação de rua.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Nota informativa conjunta nº10, de 2017 – DIAHV/SVS/MS e DAB/SAS/MS. Brasília, 07 de fevereiro de 2017. Disponível em <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201704/11084950-ni-10-svs-e-sas-acesso-pop-rua-pdf-18828.pdf>>

BRASIL. República Federativa do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

BRASIL. República Federativa do Brasil. A Política Nacional para a População em Situação de Rua. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm).

BRASIL. República Federativa do Brasil. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, maio, 2008. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/inclusaooutros/aa\\_diversos/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/inclusaooutros/aa_diversos/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf).

BRASIL. Saúde da População em situação de rua: um direito humano. Brasília, 2014. Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_rua.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf)>

BUSS P.M.; FILHO, A.,P. A saúde e seus determinantes sociais. Revista Saúde Coletiva, v.7, n.1, p.77-93, Rio de Janeiro, 2007.

CAMP. Mapeamento da População em Situação de Rua: Região Metropolitana de Porto Alegre [2017]. Disponível em: <http://camp.org.br/files/2017/12/Mapeamento-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-FINAL.pdf>.

DORNELAS CAMARA, G.; CHAFIM B.A.; DAKPOGAN, A.S Vínculos estabelecidos por pessoas em situação de rua em iniciativas econômicas de Porto Alegre, Brasil. Psicoperspectivas, v.19, n.2, p.1-12, 2020.

MiranHALLAIS J. A. S; BARROS, N.F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Caderno Saúde Pública v. 21, n.7, p.1497-1504, 2015.

HONORATO, B.E.F.; OLIVEIRA, A.C.S. População em situação de rua e COVID-19. Revista de Administração Pública, v.54, n.4, p 1064-1078, 2020.

KLAUMANN, A. R. Moradores de rua - um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no brasil: a realidade do Centro POP de Rio do Sul/SC. Trabalho de conclusão de curso (especialização em Educação, Diversidade e Redes de Proteção Social) - Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, Rio do sul, 2016.

MARTINS, B. N.; REIDEL, T. O acesso à alimentação da população em situação de rua de Porto Alegre: uma desigualdade intensificada pela pandemia. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde Pública UFRGS, Porto Alegre, 2021.

MIRANDA, F.A. Direito à saúde da população em situação de rua Salvador. Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador. Salvador, 2014.

PAIVA, I.K.S; LIRA, C.D.; *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. Revista Ciências e Saúde Coletiva, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PORTO ALEGRE. Documento elaborado para as autoridades quanto ao Plano de Contingenciamento da Pandemia do Coronavírus para População em Situação de Rua. 2020. Disponível em <[http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu\\_doc/planoparapsr\\_190320.pdf\\_\(1\).pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/planoparapsr_190320.pdf_(1).pdf)>

PORTO ALEGRE. Plano Emergencial de Proteção Social – COVID 19. Prefeitura de Porto Alegre, 2020. Disponível em <<https://prefeitura.poa.br/protECAo-social>>

SEGRE M.; FERRAZ F.C. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública, v.31, n.5, p.538-542, 1997.

SCHUCH, P. A Legibilidade como Gestão e Inscrição Política de Populações: notas etnográficas sobre a política para pessoas em situação de rua no Brasil, Porto Alegre, 2015.

VALLE, F.A.A.L; FARAH, B. F.; JUNIOR, N.V. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. Revista Saúde Debate, v.44, n.124, p.182-192, 2020.

VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. Revista Panamericana Salud Publica, v.42: e170, 2018.

# VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA: CUSTO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS REGIÕES SUL E SUDESTE DO BRASIL (2016-2020)

YASMIN SABA DE ALMEIDA  
GUILHERME DORNELAS CAMARA

## INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos afetam mais de 264 milhões de pessoas, de todas as idades, ao redor do mundo. A depressão é um distúrbio afetivo caracterizado, sobretudo, por alterações de humor e diminuição das respostas emocionais necessárias para enfrentar os desafios do cotidiano. Por muitas vezes essa é acompanhada por outros sintomas comportamentais, cognitivos e neurovegetativos que comprometem significativamente a capacidade funcional do indivíduo (WHO, 2020; IBGE, 2020; BRASIL, 2019).

A depressão sozinha é responsável por 4,3% da carga global de doenças, e está entre as maiores causas de incapacidade (*disability*) ao redor do mundo, sobretudo em mulheres, correspondendo a um total global de 11% de todos os anos vividos com incapacidade (WHO, 2013). Em função de sua alta prevalência, a depressão é a doença mental mais associada ao suicídio. Em números absolutos, esta representa o diagnóstico mais frequentemente encontrado entre suicidas. De forma que tratamento rápido e efetivo da depressão faz parte das estratégias para prevenção do suicídio (ABP, 2014).

De acordo com a OMS, aproximadamente 800.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos, traduzindo-se em uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2020), o que a torna uma das principais causas de morte em âmbito global. Em 2017, cerca de duas vezes mais pessoas morreram por suicídio, do que por homicídio no mundo. O suicídio é mais comum que o

homicídio na grande maioria dos países, chegando a ser até 10 a 20 vezes maior em alguns locais (RITCHIE; ROSER; ORTIZ-OSPINA, 2017).

Globalmente, no ano de 2017: 1,4% das mortes que ocorreram foram por suicídio; a taxa de mortalidade foi de 10 pessoas para cada 100.000 habitantes; o suicídio foi a 6ª maior causa de mortes entre indivíduos de 15 a 49 anos de idade; e, as taxas de suicídio foram cerca de duas vezes maiores em homens do que em mulheres, correspondendo a 13,9 mortes/100.000 e 6,3 mortes/100.000, respectivamente (RITCHIE; ROSER, 2019; RITCHIE; ROSER; ORTIZ-OSPINA, 2017). Ademais, o suicídio corresponde a segunda causa de morte no mundo entre jovens de 15 a 29 anos de idade (WHO, 2020).

No Brasil, 10,2% das pessoas com 18 anos ou mais de idade declararam ter sido diagnosticadas com depressão por um profissional de saúde mental, o que representa 16,3 milhões de pessoas. As Regiões Sul e Sudeste apresentam os maiores percentuais de pessoas com transtornos depressivos diagnosticados, com 15,2% e 11,5% respectivamente (IBGE, 2020). Entre os anos de 2007 a 2016, foram registradas 106.374 mortes por suicídio. Somente no ano de 2016, mais de 11 mil pessoas interromperam a própria vida, atingindo uma taxa de mortalidade por suicídio de 5,8 pessoas para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2018).

Apesar da associação, nem toda violência autoinfligida/autoprovocada é necessariamente uma tentativa suicídio, pois podem ser uma forma de aliviar sofrimentos, sem que haja, necessariamente, o objetivo de pôr fim a vida. De acordo com o Ministério da Saúde, esta compreende a automutilação, a ideação suicida, as tentativas de suicídio e os suicídios (BRASIL, 2019a).

De acordo com o Boletim Epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a), entre os anos de 2011 e 2018, foram notificados um total de 339.730 casos de violência autoprovocada, com concentração na faixa etária de 15 a 29 anos (45,4%), entre mulheres (67,3%) e provenientes dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná.

Apesar da faixa etária mais atingida pela violência autoprovocada ser entre 15 a 29 anos, não se pode descartar seu impacto nas demais faixas etárias, sobretudo, em crianças e adolescentes. Pesquisa realizada na Aus-

trália com crianças e adolescentes de 6-16 anos apontou que a hospitalização por lesões autoprovocadas nesta faixa etária é só a “ponta do iceberg”, visto que muitas das crianças que possuem um comportamento autodestrutivo não procuram atendimento em serviços hospitalares (MITCHELL *et al.*, 2018), demonstrando, portanto, que a real prevalência nesta faixa etária pode ser desconhecida. No Brasil (2019a), das notificações de violência autoprovocada em jovens de 15 a 29 anos, 52.444 (34%) casos puderam ser classificados como tentativas de suicídio.

De acordo com os dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2016 a 2019 foram notificados 1.306.477 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas. Deste total, 329.640 (25,2%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada.

Ressalta-se que estes números podem se agravar ainda mais com o isolamento social promovido pela pandemia de COVID-19. Estudos apontam o impacto da pandemia na saúde mental da população, demonstrando que esta pode desencadear sensações de frustração, tédio, medo, sentimento de culpa, inutilidade ou perda da rotina, sensação de isolamento, angústia, solidão, vulnerabilidade, descontrole, depressão, estresse, depressão do humor, irritabilidade, insônia, sintomas de estresse pós-traumático, distúrbios emocionais, raiva, exaustão emocional, sentimento de lentidão ou inquietação, confusão, perda de interesse ou prazer em realizar tarefas, cansaço ou falta de energia, mudança de apetite ou peso, problemas de concentração, sintomas psicológicos gerais e de luto, bem como pensamento suicidas (BROOKS *et al.*, 2020; JOHNSON; SALETTI-CUESTA; TUMAS, 2020; DEPOLLI *et al.*, 2021).

De forma geral, a pandemia de COVID-19 e suas implicações, vem agindo como fatores estressores à sociedade, devido à ausência de um tratamento definitivo, ao isolamento social e as consequências econômicas associadas. Como a preocupação constante e a sensação de incerteza diante das políticas restritivas de distanciamento social acabam implicando em impactos profundos na saúde mental da população, conhecer e aplicar estratégias de enfrentamento, visando diminuir seus efeitos negativos, se torna primordial (PERISSOTTO *et al.*, 2021; BONSAKSEN *et al.*, 2021; ARIAS MOLINA *et al.*, 2021).

Tendo em vista que para se traçar um plano de melhoria da situação de saúde, faz-se necessário conhecer dos problemas de saúde da população, o monitoramento do perfil epidemiológico de casos de violência autoinfligidas se torna essencial para o gestor de saúde, possibilitando-o visualizar os impactos socioeconômicos que a depressão e o suicídio acarretam à sociedade e aos cofres públicos.

O Ministério da Saúde compreende a violência autoinfligida como: a automutilação, a ideação suicida, as tentativas de suicídio e os suicídios em si (BRASIL, 2019a). Estima-se que, para cada vítima de suicídio, há 10 a 20 vezes mais casos de automutilação e tentativas propriamente ditas (KINCHIN *et al.*, 2019; FÉLIX *et al.*, 2019). Além disto, o impacto do suicídio se estende para além dos óbitos, tendo evidências de que para cada morte por suicídio, pelo menos outras seis vidas são gravemente afetadas por uma tristeza intensa que pode se perpetuar por diversos anos (KINCHIN; DORAN, 2018).

Nos anos de 2007 a 2017, as tentativas de suicídio por intoxicação intencional, resultaram em 12 mil internações por ano, o que gerou um impacto de R\$ 3 milhões anuais aos cofres públicos (BRASIL, 2018), que poderiam ser revertidos em estruturas voltadas a prevenção e promoção da saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo. Evidências demonstram que o tratamento preventivo ofertado pelo CAPS consegue diminuir em até 14% a incidência de morte entre estes pacientes (BRASIL, 2018), ao passo que a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) aponta que cerca de 50 a 60% dos indivíduos que morrem por suicídio nunca consultaram com um profissional de saúde mental (ABP, 2014).

Portanto, a questão norteadora deste capítulo foi a seguinte: Quais são os custos de lesões autoprovocadas para o SUS, nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, no período de 2016 a 2020? Para responder à mesma foi realizado um estudo ecológico, empregando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) referentes às internações de residentes das Regiões Sul e Sudeste do Brasil, hospitalizados no SUS por violência autoinfligida (CID-10 X60-X84, que compreende as lesões autoprovocadas intencionalmente), no período de 2016 a 2020.

As variáveis de observação foram: faixa etária, sexo, raça e localidade de hospitalização (por Unidade Federativa). Já as variáveis de desfecho foram: quantidade de internações, valor das internações por ano e por internação, custo total das internações, tempo de permanência, taxa de mortalidade e óbitos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2016 e 2020, as Regiões Sul e Sudeste do Brasil somaram mais de 311 mil notificações de violência autoprovocada. Estas levaram a mais de 30 mil internações na rede pública de saúde. A Região Sudeste chegou a contar com 26.576 hospitalizações, onde 16.738 (63%) ocorreram no estado de São Paulo, 7.389 (27,8%) em Minas Gerais, 1.375 (5,2%) no Rio de Janeiro e 1.074 (4%) no Espírito Santo. Na Região Sul, o número de internações foi de 5.936, sendo 2.560 (43,1%) no Paraná, 2.464 (41,5%) em Santa Catarina e 912 (15,4%) no Rio Grande do Sul.

Em conjunto, as Regiões Sul e Sudeste somaram R\$ 30.886.203,48 em custos de internações por lesões autoprovocadas entre os anos de 2016 e 2020. Esse montante representa um investimento médio de R\$ 949,99 por internação, com custo por leito dia de R\$ 237,50. A média de permanência hospitalar das Regiões foi de 4,0 dias e a taxa de mortalidade foi de 3,61%.

Das 26.576 internações que ocorreram na Região Sudeste entre 2016 e 2020, 13.297 foram sexo masculino e 13.279 do sexo feminino, representando uma divisão quase que igualitária entre os sexos. A faixa etária com maior frequência de internações, tanto no sexo masculino, quanto no feminino, foi a de 20 a 29 anos de idade, contando com 3.197 (12,0%) e 2.985 (11,2%) hospitalizações, respectivamente.

No que tange a cor/raça, há um predomínio de brancos (43,02%) e pardos (33,88%) dentre as internações, seguidos dos pretos (5,68%), amarelos (1,29%) e indígenas (0,02%). Destaca-se, também, o fato de em 4.282 (16,11%) hospitalizações não constarem informações sobre a cor/raça dos pacientes.

Quanto ao motivo das hospitalizações, de acordo com o CID-10, dentro das internações por lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84)



destacam-se as causadas por ingestão de medicamentos (X60-X64) correspondendo a 51% das hospitalizações, por autointoxicação por produtos químicos (X68-X69), como pesticidas, representando 12% das internações, seguidamente das causadas por objetos perfurantes ou cortantes (X78) com 11% e por ingestão voluntária de álcool (X65) com 6%.

Acerca dos resultados encontrados, entre os anos de 2016 e 2020, as Regiões Sul e Sudeste do Brasil somaram um total de 32.512 internações por violência autoinfligida voluntariamente (X60-X84). A questão de comparação, o número total superou em 30% as internações, no mesmo período, por afogamento e por exposição a fogo, chamas e fumaça, juntas. Estas se deram entre indivíduos de todas as faixas etárias, desde menores de 9 anos a pessoas com mais de 80 anos, e geraram um custo total de R\$ 30.886.203,48.

Dentre os anos estudados, a faixa etária mais acometida por lesões autoprovocadas foi a de 20 a 29 anos, correspondendo a 23,5% de todas as hospitalizações (7.656) e 22,16% de todos os gastos (R\$ 6.845.360,59). Este dado se demonstra muito relevante quando lembramos que o suicídio é a segunda maior causa de mortalidade entre jovens de 15 a 29 anos (BRASIL, 2019a; WHO, 2020).

Apesar da faixa etária de 0 a 9 anos representar apenas 4,15% de todas as internações e não ser possível determinar o significado por trás do auto-flagelo, não se pode descartar a possibilidade de estas estarem associadas a possíveis transtornos mentais, inclusive a depressão, assim como o impacto de R\$ 531.519,02 que estas representaram aos cofres públicos.

Dentre as classificações étnico-raciais levantadas, a maioria dos hospitalizados eram brancos (16.198), correspondendo a quase metade de todas as internações no período estudado, e a 53% (R\$ 16.376.431,56) do custo total das hospitalizações por lesões autoprovocadas nas Regiões. Assim, diante do contexto étnico, vale destacar os achados de uma revisão sistemática publicada em 2015, que evidenciou diferenças nas características da automutilação e do suicídio entre grupos étnicos, demonstrando que os fatores socioculturais e econômicos específicos destes grupos, implicam em diferentes taxas de prevalência para o comportamento autodestrutivo. No que diz respeito a indivíduos brancos, a revisão evidencia que estes apresentam

maior chance de recidiva quanto à automutilação, quando comparados aos demais grupos étnicos (AL-SHARIFI; KRYNICKI; UPTHEGROVE, 2015).

Aproximadamente metade dos 32.512 hospitalizados por lesões autoprovocadas eram do sexo feminino e a outra metade do masculino. A diferença entre os sexos fica mais clara quando analisados os motivos que levaram a hospitalização, onde pode-se observar uma tendência até 3 vezes maior dos homens, em procurarem por meios de maior potencial letal, como uso de armas de fogo, enforcamento e uso de objetos perfurantes ou cortantes, enquanto mulheres optaram mais pelo uso de medicamentos. Este achado corrobora o que vem sendo encontrado nos últimos dez anos no Brasil (BRASIL, 2019a) e em diversos estudos internacionais (VERMA *et al.*, 2017; KIM *et al.*, 2021).

Diante deste contexto, observou-se um aumento gradual nos custos totais das internações, conforme os anos. Entre 2016 e 2017 houve um aumento de 10,5% no número de internações e um acréscimo nos custos totais de 12%. De 2017 a 2018 o aumento das hospitalizações foi de 7,6% e nos gastos foi de 2%. Já entre 2018 e 2019 as internações subiram em 14% e os custos em 7%. Contudo, entre 2019 e 2020, houve uma queda de 15% nas hospitalizações por lesões autoprovocadas, e os custos totais acompanharam essa queda, chegando a um gasto 9% menor do que quando comparado ao ano anterior. Demonstrando, assim, uma tendência dos custos em acompanharem as oscilações dos números de internações.

Ao analisar ano a ano os custos por internação, 2019 foi o ano com o maior número de internações (6.273) e com o custo total mais elevado (R\$ 6.790.198,99), apesar de ter a menor média de gastos por hospitalização entre as Regiões (R\$ 877,74). O maior custo por internação foi no ano de 2017, com média de R\$1.009,60, por mais que este tenha sido o segundo ano com menor número de internações. No que tange a magnitude destas, os anos de 2016 a 2018, possuíram as maiores médias de permanência entre as Regiões Sul e Sudeste (4,2 dias), sendo o ano de 2020, apesar do contexto pandêmico em segundo plano, o que possuiu a menor taxa de permanência hospitalar das Regiões, com 3,8 dias. Desta forma, pode-se observar que não houve correlação entre o maior número de internações por ano com a maior média de dias de hospitalização.

Vale destacar que, apesar do ano de 2020 ter sido o terceiro menor ano em número de internações e de possuir a menor taxa de permanência hospitalar do período estudado, este apresentou um custo por internação maior, do que quando comparado com o ano anterior. Este aumento, no entanto, pode ter correlação direta com a pandemia e a consequente elevação nos valores dos insumos hospitalares (PEDUZZI, 2020).

Ponderando as taxas de mortalidade entre as Regiões, verifica-se que a Região Sudeste possui uma taxa maior (3,89%) que a Região Sul (2,38%), e em conjunto, estas chegaram a uma média de 3,61%. Apesar da baixa taxa de mortalidade, tentativas não fatais de suicídio podem levar a graves sequelas físicas, mentais e sociais, que implicam em redução da qualidade de vida, perda de produtividade econômica e custos significantes com a reabilitação e a recuperação do indivíduo (KINCHIN *et al.*, 2019).

A partir desta perspectiva, das readmissões em um curto espaço de tempo e do fato das tentativas de suicídio poderem ser prevenidas, diversas pesquisas ao redor do mundo têm buscando levantar comparações entre os custos de hospitalização e os custos de prevenção ao suicídio. Assim, de forma unânime, estes chegaram a resultados que apontaram reduções significativas nos custos de saúde quando implementadas estratégias de prevenção e promoção da saúde mental (PARK *et al.*, 2018; MONROY; CÉSPEDES; OLMOS, 2018; MADSEN *et al.*, 2017).

McNicholas *et al.* (2020) apontam como resultado de seu estudo de coorte a importância do investimento em serviços de prevenção e promoção à saúde mental, para a redução de custos, das internações e do tempo de permanência hospitalar. Os autores reforçam que jovens com doenças mentais geram o dobro de custos com cuidados de saúde, quando comparados aos demais, e que o investimento e ampliação de serviços de saúde mental na atenção primária à saúde podem reduzir, gerir e tratar as crises antes que estas escalonem para quadros emergenciais.

Logo, há um consenso internacional sobre o impacto do investimento em saúde mental nos setores primários da saúde e sua repercussão no âmbito terciário, sobretudo no que tange a redução de custos hospitalares. Apesar de no Brasil, haver políticas públicas de atenção à saúde mental voltadas a ações de conscientização, educação e atuação profissional nos níveis primários da

saúde, ainda há muito que se melhorar, visto que somente com a prevenção será possível reduzir as internações por violência autoprovocada nas Regiões Sul e Sudeste, e conseqüentemente, seus custos associados.

## CONCLUSÃO

Com os dados obtidos nesta pesquisa foram identificados os custos das internações por violência autoinfligida no SUS nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil no período de 2016 a 2020, bem como dar respostas aos objetivos específicos deste estudo.

As Regiões Sul e Sudeste gastaram R\$ 30.886.203,48 com hospitalizações por lesões autoprovocadas no SUS entre os anos 2016 e 2020. Quanto ao perfil dos hospitalizados, houve maior internações entre jovens de 20 a 29 anos (23,5%), sendo a etnia branca os mais afetados, correspondendo a quase metade das 32.512 hospitalizações. O gasto por internação foi maior com homens, que esses optaram por meios considerados mais letais. No período estudado, os custos totais acompanharam as oscilações no número de hospitalizações, variando conforme estes, enquanto, os custos por internação tenderam a diminuir ao longo do tempo.

A relevância deste estudo se baseia nas mudanças políticas, sociais e econômicas que a população mundial vem sofrendo nas últimas décadas. Em resposta a essas mudanças, percebe-se um aumento exponencial de casos de depressão, demais transtornos mentais e da violência autoinfligida, acabando por impactar diretamente nos gastos realizados pelo SUS. Devido a pandemia de COVID-19 e as conseqüências do isolamento social, estima-se que este quadro se agrave ainda mais nos tempos pós-pandêmicos.

Evidências nacionais e internacionais demonstram que o investimento em ações de promoção à saúde mental evita gastos desnecessários, melhora a qualidade de vida da população, aumenta a produção e retorno econômico para cada ano de vida saudável ganho pela remissão da doença, e conseqüentemente, reduz a ocupação de leitos em nível terciário. Assim, considerado que o custo com internações por violência autoprovocada é um custo prevenível, convém fortalecer o componente da Rede de Atenção Psicossocial, ampliando estratégias de promoção e conscientização em níveis individuais e coletivos, de forma a fortalecer, desde a Estratégia de Saúde da

Família, que é a porta de entrada do usuário no SUS, até os componentes especializados em saúde mental.

Dada a limitação das pesquisas ecológicas, onde não é possível inferir sobre a natureza individual dos dados (falácia ecológica), e a carência de estudos voltados à temática, faz-se necessário investir em pesquisas que ampliem a visão a nível estadual e municipal destes dados, de forma que seja possível identificar potencialidades a serem implementadas nas políticas públicas de saúde mental, afim de reduzir os atuais índices de violência autoinfligida e prevenir possíveis agravos no período de pós-pandemia.

## REFERÊNCIAS

AL-SHARIFI, A; KRYNICKI, C.R.; UPTHEGROVE, R. Self-harm and ethnicity: a systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, Reino Unido, v. 61, n. 6, p. 600-612, 2015.

ARIAS MOLINA, J. *et al.* Transtornos psiquiátricos em adolescentes durante a situação epidemiológica causada pelo COVID-19. *Multimed, Cuba*, v. 25, n. 3, e2146, jun. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUATRIA (ABP). Setembro amarelo: mês de prevenção do suicídio. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.setembroamarelo.com>>. Acesso em 17 jul. 2021.

BONSAKSEN, T. *et al.* Use of Alcohol and Addictive Drugs During the COVID-19 Outbreak in Norway: Associations With Mental Health and Pandemic-Related Problems. *Front. Public Health*, v. 9, p.1-9, 2021.

BRASIL. Agência Brasil. Centros de assistência de saúde mental ajudam na prevenção ao suicídio. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://agenciabrasil.etc.com.br/saude/noticia/2018-09/centros-de-assistencia-de-saude-mental-ajudam-na-prevencao-ao-suicidio>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. *Boletim epidemiológico*, Brasília, v. 50, n. 24, set. 2019a.

BROOKS, S.K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020.

DEPOLLI, G.T. *et al.* Ansiedade e depressão em atendimento presencial e telessaúde durante a pandemia de Covid-19: um estudo comparativo. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, e00317149, 2021.

FÉLIX, T.A. *et al.* Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. *Enferm. glob.*, Espanha, v. 18, n. 53, p. 373-416, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

JOHNSON, M.C.; SALETTI-CUESTA, L.; TUMAS, N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2447-2456, jun. 2020.

KIM, S.I. *et al.* Cost-Effectiveness of a Multi-Disciplinary Emergency Consultation System for Suicide Attempts by Drug Overdose in Young People and Adult Populations. *Front. Public Health.*, Suíça, v. 9, 592770, 2021.

KINCHIN, I.; DORAN, C.M. The Cost of Youth Suicide in Australia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Suíça, v. 15, n. 4, 672, 2018.

MADSEN, L.B. *et al.* Quality Assessment of Economic Evaluations of Suicide and Self-Harm Interventions. *Crisis*, Alemanha, v. 39, n. 2, p. 82-95, 2018.

MCNICHOLAS, R. *et al.* A One Year Cost Analysis of Acute Paediatric Mental Health Presentations. *Ir Med J.*, Irlanda, v. 113, n. 2, p. 22, 2020.

MITCHELL, R. J. *et al.* Intentional self-harm and assault hospitalisations and treatment cost of children in Australia over a 10-year period. *Aust NZ J Public Health*, Austrália, v. 42, n. 3, p. 240-246, 2018.

MONROY, M.M.O.; CÉSPEDES, A.M.; OLMOS, I.P. Prevención versus atención clínica del intento de suicidio en adolescentes: ¿cuáles son los costos?. *Revista Ciencias de la Salud*, Colômbia, v. 16, n. 2, p. 188-202, 2018.

PARK, A *et al.* Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide. *JAMA Netw Open*, Estados Unidos, v. 1, n. 6, e183680, 2018.

PEDUZZI, P. Insumos hospitalares registram aumentos acima de 1.000%. Agência Brasil, Brasília, 20 de mar. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/insumos-hospitalares-registram-aumentos-acima-de-1000>>.

PERISSOTTO, T. *et al.* Mental health in medical students during COVID-19 quarantine: a comprehensive analysis across year-classes. *Clinics*, São Paulo, v. 76, e3007, 2021.

RITCHIE, H.; ROSER, M. Causes of Death. Reino Unido, 2019. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/causes-of-death>>.

RITCHIE, H.; ROSER, M.; ORTIZ-OSPINA, E. Suicide. Reino Unido, 2017. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/suicide>>

VERMA, V. *et al.* Treatment of self-poisoning at a tertiary-level hospital in Bangladesh: cost to patients and government. *Trop Med Int Health*, Reino Unido, v. 22, n. 12, p. 1551-1560, dez. 2017.

WHO - World Health Organization. Depression. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>>.

WHO - World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Genebra: WHO, 2013.

# PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS OCORRIDAS NO RIO GRANDE SUL: UMA COMPARAÇÃO ENTRE O PERÍODO ANTERIOR (2015-2019) E INICIAL DA PANDEMIA POR CORONAVÍRUS (2020)

MÔNICA CRISTINA BOGONI SAVIAN  
RONALDO BORDIN

## INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo novo Coronavírus (SARS-COV2), com epicentro na cidade de Wuhan na China, que teve início em dezembro de 2019 só fez agravar uma situação que já vinha complicada nas instituições hospitalares do Brasil, quando se fala em hospitalização por doenças respiratórias.

No Brasil, a primeira contaminação pelo novo Coronavírus foi observada no final do mês de fevereiro de 2020, enquanto a Europa já registrava centenas de casos. No RS, o primeiro caso de infecção foi confirmado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), por meio do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), no dia 10 de março de 2020. Desde então, o país vive um colapso no sistema de saúde, com falta de leitos, profissionais, medicamentos e oxigênio para atendimento a esses pacientes.

Dias *et al.* (2017), ao caracterizarem o perfil de internações hospitalares no Brasil entre os anos de 2013 e 2017, apontaram as doenças do aparelho respiratório como o segundo principal motivo de internações hospitalares, totalizando 5.928.712 hospitalizações, e a principal causa de morte dentre as causas de internações hospitalares, com 19,5% do total de óbitos registrados no período.

Estudo das doenças do aparelho respiratório realizado no Triângulo Mineiro (Minas Gerais) no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2019 encontrou 76.745 internações por doenças com causa respiratória no Siste-

ma Único de Saúde (SUS), com condição crescente desde 2018. Os autores concluíram que o contexto caótico e oneroso que vive o SUS iria se acentuar quando somado ao cenário de pandemia por COVID-19 (Dias *et al.*, 2020).

Ao analisar as internações hospitalares na população de crianças menores de cinco anos residentes no estado do Paraná, no período de 2008 a 2012, por meio de um estudo ecológico, Jacomin *et al.* (2020) observaram que essas doenças apareceram como as maiores causadoras de internações por condições sensíveis à atenção primária no ano de 2012. Naquele ano, 29.504 crianças foram hospitalizadas por este grupo de causas, sendo que 11.849 (35,2%) eram menores de um ano e 17.655 (48,1%) na faixa etária de um a quatro anos.

Ao estimar a magnitude das internações por doenças crônicas complexas no Brasil, Moura *et al.* (2013) observaram que a faixa etária com maior percentual de hospitalização foi de um a quatro anos (33,4%) e a menor, de 15 a 17 anos (10,7%). Quanto às causas de hospitalização, as três mais frequentes foram as doenças do sistema respiratório (38,3%), neoplasias (24,2%) e doenças do sistema nervoso (12,5%).

Santos *et al.* (2015), ao analisar a tendência da morbidade hospitalar pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil entre 2002 a 2012, identificaram que as doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes mellitus apresentaram estabilidade, enquanto que as doenças respiratórias crônicas apresentaram declínio, de -11,78% (IC95%: -14,69; -1,40).

Com o objetivo de avaliar a relação entre a mortalidade intra-hospitalar de pacientes internados por doenças respiratórias e a disponibilidade de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em pacientes maiores de 18 anos em uma unidade hospitalar no estado do Rio Grande do Sul, entre maio de 2013 a junho de 2014, Diogo *et al.* (2015) realizaram um estudo selecionando pacientes internados por doenças respiratórias não terminais de uma coorte retrospectiva de um serviço de medicina hospitalar. Os resultados obtidos mostraram o benefício da implementação de uma unidade de terapia intensiva em hospital secundário do interior do país para diminuição da mortalidade de pacientes hospitalizados por doenças do aparelho respiratório.

A COVID-19 é uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causada por Coronavírus. Conforme Wang *et al.* (2020), dos relatos constatados sobre outras epidemias por agentes etiológicos semelhantes, como o SARS-



CoV-1 e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), em nenhum deles foi observado tamanha magnitude. A disseminação de novos casos de COVID-19 ocorre de forma muito rápida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2020), acredita-se que o período de incubação para COVID-19 se estenda a 14 dias, com um tempo médio de 4 a 5 dias desde a exposição até o início dos sintomas. Um estudo relatou que 97,5% das pessoas com COVID-19 com sintomas os apresentaram em até 11,5 dias após a infecção por SARS-CoV-2. Conforme dados disponibilizados no Boletim Epidemiológico Especial do Ministério da Saúde referente à semana epidemiológica 22 (período entre o dia 30 de maio de 2021 a 05 de junho de 2021), o Brasil apresentou um coeficiente de incidência bruto de 79.844,0 casos para cada 1 milhão de habitantes, ocupando a 21ª posição no ranking dos países de maior incidência. Em relação ao coeficiente de mortalidade, o Brasil apresentou 2.231,5 óbitos/1 milhão de habitantes, ocupando a sétima posição no respectivo ranking. A região Sul do Brasil apresentou a segunda maior incidência (235,6 casos/100 mil hab.), com 5,7 óbitos por 100 mil habitantes.

O estudo de Santos *et al.* (2021), que teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico da mortalidade dos pacientes internados por COVID-19 na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário, mostrou que, dos 50 pacientes avaliados que evoluíram à óbito, 62% eram do sexo masculino e 19% do sexo feminino. A maior parte da amostra se declarou afrodescendentes, seguidos da raça branca. A faixa de idade com maior incidência de óbitos foi de pacientes com idade próxima de 65 anos e com comorbidades associadas. Quanto ao tempo de internação hospitalar, foi observada uma média de 10 dias em homens e 15 dias em mulheres.

A Organização Pan-Americana de Saúde divulgou em 26 de abril de 2021 o Alerta Epidemiológico COVID-19: Aumento de hospitalizações e mortes entre pacientes com menos de 60 anos de idade. Nesse boletim, foi realizada uma análise de hospitalizações e óbitos no Brasil, Chile, Paraguai e Peru. No Brasil, desde a confirmação do primeiro caso de COVID-19 (27 de fevereiro de 2020) até 20 de abril de 2021, havia 13.973.695 casos confirmados, incluindo 374.682 óbitos (taxa de letalidade de 3%), e se observou, a partir de janeiro de 2021, um aumento de hospitalizações nas faixas etárias  $\leq$  39 anos, 40-49 anos e 50-59 anos.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Centro de Operações de Emergência do Rio Grande do SUL (COERS), na semana epidemiológica 30 de 2021 a situação da pandemia no Rio Grande do Sul, da confirmação do primeiro caso (em 29 de fevereiro de 2020) até o dia 30 de julho de 2021, era de 1.371.426 casos confirmados; desse total, 7,7% necessitaram de hospitalização e 2,5% evoluíram a óbito. A frequência de hospitalizações por SRAG, confirmadas para COVID-19, foi 20% maior para o sexo masculino e para óbitos a diferença relativa foi de 18%. Em relação à faixa etária foi evidenciado que o risco para os casos graves se eleva conforme aumenta a idade. Os idosos com idade acima de 60 anos apresentam um risco relativo de 4,5 para hospitalizações, 5,5 para internação em UTI e 11,4 para óbito. No que se refere à raça/cor, observou-se uma prevalência de internações de pessoas de raça branca.

Com o objetivo de descrever os gastos decorrentes das internações para tratamento clínico de usuários diagnosticados com Covid-19 no Sistema Único de Saúde (SUS), no período de fevereiro e dezembro de 2020, o estudo de Santos *et al.* (2021) demonstrou que, das 462.149 internações que ocorreram nesse período, 4,9% foram para tratamento de pacientes com Coronavírus e o gasto total foi superior a 2,2 bilhões de reais, onde 85% foram destinados a serviços hospitalares e 15% a serviços profissionais.

Noronha *et al.* (2020) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a pressão sobre o sistema de saúde no Brasil decorrente da demanda adicional gerada pela COVID-19. Os resultados encontrados demonstraram uma situação crítica do sistema de saúde para atender à demanda potencial gerada pela pandemia da COVID-19. Segundo eles, a situação é preocupante porque resulta em aumento da mortalidade nos locais em que a oferta dos serviços não está preparada.

A crise causada pela pandemia provoca sérios problemas na economia e acentua a desigualdade social da população, além dos efeitos na deterioração dos serviços públicos de atenção à saúde, tendo em vista a indisponibilidade de equipamentos e produtos de proteção para todos, de maneira igualitária (OPAS, 2020). Em vários países que não apresentam infraestrutura, recursos humanos, equipamentos e materiais para o atendimento simultâneo de milhares de infectados pôde-se constatar o colapso dos sistemas de saúde, com um longo tempo de espera por leitos clínicos e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (FHON *et al.*, 2020).

Neste contexto, é objetivo deste estudo comparar o perfil das internações por doença respiratória ocorridas nos anos de 2015 a 2019 (período anterior à pandemia) e no ano de 2020 (ano inicial da pandemia por Coronavírus), procurando desvelar o comportamento dos dois períodos temporais.

## RESULTADOS

Na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 (Organização Mundial da Saúde, 1996). as doenças do aparelho respiratório correspondem ao capítulo X, composto pelos seguintes grupos: infecções agudas das vias aéreas superiores; influenza (gripe) e pneumonia; outras infecções agudas das vias aéreas inferiores; outras doenças das vias aéreas superiores; doenças crônicas das vias aéreas inferiores; doenças pulmonares devidas a agentes externos; outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício; afecções necróticas e supurativas das vias aéreas inferiores; outras doenças da pleura; outras doenças do aparelho respiratório. Algumas doenças infecciosas e parasitárias correspondem ao Capítulo I da CID 10 e, especificamente, a CID B34.2 à Infecção por Coronavírus de localização não especificada.

Os dados das variáveis referentes à internação foram coletados no Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS), quais sejam: quantitativo geral de internações, quantitativo de internações do Capítulo X (doenças do aparelho respiratório) da CID 10 e seus grupos e da CID B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada), óbitos do Capítulo X (doenças do aparelho respiratório) e seus grupos e CID B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada), tempo de internação e valor pago pelo SUS, do estado do Rio Grande do Sul, no período de 2015 a 2020 e as variáveis demográficas de idade, sexo e cor/raça dos usuários internados por esse tipo de doença.

O tempo de internação foi calculado considerando as informações de permanência de pacientes internados por doenças respiratórias em relação à frequência das hospitalizações ocorridas por esse motivo. A taxa de letalidade foi calculada considerando o número de óbitos em relação às internações de pacientes pela causa especificada.

Os resultados foram apresentados por meio de frequências absoluta e relativa, medidas de tendência central e intervalo de confiança para a mé-

dia. A análise de comparação se deu por meio do teste t de Student, entre a média do número de internações por doenças do aparelho respiratório nos anos de 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 (separadamente) com o ano de 2020 (ano da pandemia por Coronavírus), além das variáveis de perfil socio-demográfico (sexo, faixa etária e cor/raça) dos pacientes que necessitaram de internação e dos que evoluíram ao óbito.

Na tabela 1, podem-se observar o número total de internações, número de internações por doenças do aparelho respiratório adicionadas à CID B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada), bem como o número de óbitos, o valor pago pelo SUS e o tempo médio de internação (em dias), referentes ao Capítulo X da CID10 e B34.2, no período de 2015 a 2020.

**Tabela 1 – Número total de internações, número de internações, número de óbitos, valor total pago pelo SUS, tempo médio de internação e taxa de letalidade de hospitalizações referentes ao Capítulo X da CID10 e B34.2, Rio Grande do Sul, 2015 a 2020.**

Ano	Nº de internações total	Nº de internações Capítulo X	Nº de Óbitos Capítulo X	Valor pago pelo SUS <sup>a</sup>	Tempo Médio de Internação	Taxa de Letalidade
2015	774.411	102.784	8.640	R\$ 109.235.914,85	6,46	8,4%
2016	775.075	104.109	9.465	R\$ 112.278.799,32	6,25	9,1%
2017	754.653	96.465	8.867	R\$ 106.709.784,01	6,33	9,2%
2018	745.492	91.724	9.311	R\$ 107.591.753,46	6,58	10,2%
2019	771.568	91.249	9.119	R\$ 106.889.548,27	6,51	10,0%
2020	675.589	75.367	12.337	R\$ 235.249.882,71	7,70	16,4%
TOTAL	4.496.788	561.698	57.739	R\$ 777.955.682,62	6,59	10,3%

<sup>a</sup>Valor referente às AIHs aprovadas no período; Fonte: Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS).

No período de 2015 a 2020, foram registradas no SIH-SUS um total de 4.496.788 internações hospitalares, o que correspondeu a um gasto total de R\$ 777.955.682,62. No ano de 2020, ano da pandemia por Coronavírus, o número total de internações foi de 675.589, o menor observado no período em estudo, mas com o valor gasto equivalente a 30,24% do total no período.

O valor médio gasto por internação no período considerado foi de R\$ 173,00. Considerando somente o ano de 2020, o valor médio foi de R\$ 348,21, ou seja, no ano da pandemia por Coronavírus, a média de gastos do SUS com cada internação hospitalar foi 49,68% maior que o valor médio

observado no período de 2015 a 2020. Se for considerado somente o período de 2015 a 2019, o valor médio gasto com internações foi de R\$ 142,03.

Quanto às internações por doenças do aparelho respiratório e CID B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada), foram registradas no SIH-SUS, no período de 2015 a 2020, um total de 561.698, o que equivale à 12,5% de todas as internações hospitalares ocorridas nesse período.

Em relação ao número de óbitos, foram registrados 57.739 óbitos por doenças do aparelho respiratório e CID B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada), sendo que o ano de 2020 representou 21,4% do total. A taxa de letalidade observada no período de 2015 a 2020 foi de 10,3%, ou seja, de todos os pacientes que internaram classificados no Capítulo X e CID B34.2 no período, 10,3% foram à óbito. No ano de 2020, essa taxa foi de 16,4%, a maior observada.

Na Tabela 2 são apresentadas as médias mensais da variável “número de internações por doenças do aparelho respiratório”, bem como o intervalo de confiança para média e o p-valor referente ao resultado do teste t de Student. Observa-se significância, ao nível de 5%, quando comparada a média mensal nos anos de 2015, 2016 e 2017 com o ano de 2020. Percebe-se que, ao longo do período observado, essa média apresentou uma tendência de queda, motivo dos anos de 2018 e 2019 não apresentarem diferença estatística.

**Tabela 2 – Médias mensais do número de internações por Capítulo X da CID10 no estado do Rio Grande do Sul, 2015 a 2020.**

Ano	Nº médio mensal de internações por doenças respiratórias	IC 95%	p-valor
2015	8.565,33	7.336,46 - 9.794,21	0,002*
2016	8.675,75	7.305,26 - 10.046,24	0,003*
2017	8.038,75	6.715,34 - 9.362,16	0,026*
2018	7.643,67	6.296,75 - 8.990,58	0,082
2019	7.604,08	6.330,67 - 8.877,49	0,080
2020	6.280,58	5.331,88 - 7.229,29	NA
TOTAL	7.801,36	7.315,46 - 8.287,26	NA

Fonte: Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS); \*p < 0,05; \*\*p<0,001.

Por meio da Tabela 3, pode-se verificar as médias mensais das variáveis sociodemográficas, correspondentes ao número de internações por doenças do aparelho respiratório e Coronavírus, como também o intervalo de confiança para média e o p-valor do teste t de Student.

**Tabela 3 – Médias mensais das variáveis de perfil sociodemográfico das internações por doenças do aparelho respiratório, Rio Grande do Sul, 2015 a 2020.**

Variável		2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL		
Sexo	Masculino	Média	4.571,08	4.611,00	4.256,08	4.030,42	4.002,00	3.393,92	4.144,08	
		IC%	3.969 - 5.172	3.942 - 5.279	3.620 - 4.890	3.377 - 4.683	3.371 - 4.632	2.890 - 3.897	3.903 - 4.384	
		p-valor	0,003*	0,004*	0,028*	0,103	0,111	NA	NA	
	Feminino	Média	3.994,25	4.064,75	3.782,67	3.613,25	3.602,08	2.886,67	3.657,28	
		IC%	3.361 - 4.626	3.361 - 4.768	3.093 - 4.472	2.917 - 4.308	2.957 - 4.246	2.240 - 3.333	3.410 - 3.903	
		p-valor	0,005*	0,005*	0,025*	0,066	0,057	NA	NA	
Raça/Cor	Branca	Média	5.725,42	5.690,17	5.345,83	5.418,83	5.433,83	4.590,08	5.367,36	
		IC%	4.879 - 6.571	4.785 - 6.594	4.451 - 6.240	4.431 - 6.406	4.545 - 6.322	3.892 - 5.287	5.043 - 5.691	
		p-valor	0,033*	0,045*	0,156	0,145	0,114	NA	NA	
	Preta	Média	308,25	293,08	276,00	255,00	307,67	310,00	291,67	
		IC%	266 - 350	253 - 332	240 - 311	201 - 299	253 - 361	246 - 373	274 - 309	
		p-valor	0,960	0,621	0,312	0,131	0,951	NA	NA	
	Parda	Média	336,00	345,50	329,42	345,25	338,17	278,08	328,74	
		IC%	286 - 385	282 - 408	267 - 390	275 - 415	280 - 395	229 - 326	307 - 350	
		p-valor	0,079	0,075	0,162	0,096	0,092	NA	NA	
	Amarela	Média	28,67	39,25	32,75	31,42	33,58	29,42	32,51	
		IC%	21 - 35	29 - 49	23 - 41	23 - 38	27 - 39	22 - 35	29 - 35	
		p-valor	0,865	0,082	0,520	0,663	0,304	NA	NA	
	Indígena	Média	25,08	19,08	18,17	30,00	31,83	29,33	25,58	
		IC%	18 - 31	16 - 21	13 - 23	23 - 36	27 - 35	22 - 36	23 - 27	
		p-valor	0,336	0,005*	0,007*	0,876	0,488	NA	NA	
	Faixa Etária	< 1 ano	Média	1.147,92	1.130,42	1.044,17	964,67	1.017,08	199,25	917,25
			IC%	784 - 1.511	690 - 1.570	643 - 1.445	577 - 1.352	644 - 1.389	148 - 249	767 - 1.067
			p-valor	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	NA	NA
1 a 4 anos		Média	1.091,42	1.037,92	969,00	895,08	914,17	276,83	864,07	
		IC%	901 - 1.281	801 - 1.274	763 - 1.174	704 - 1.085	701 - 1.126	199 - 353	770 - 957	
		p-valor	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	NA	NA	
5 a 14 anos		Média	659,58	613,83	577,58	560,08	540,83	266,83	536,46	
		IC%	585 - 734	526 - 700	510 - 644	476 - 643	463 - 618	206 - 327	496 - 576	
		p-valor	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	<0,001**	NA	NA	
15 a 49 anos		Média	1.195,50	1.238,67	1.097,58	1.018,50	988,17	1.289,92	1.138,06	
		IC%	1.084 - 1.306	1.101 - 1.376	1.026 - 1.168	923 - 1.113	895 - 1.081	1.043 - 1.536	897 - 1.072	
		p-valor	0,450	0,693	0,113	0,034*	0,019*	NA	NA	
> 50 anos		Média	4.470,92	4.635,75	4.350,42	4.205,33	4.143,83	4.247,75	4.342,33	
		IC%	3.870 - 5.071	4.074 - 5.196	3.715 - 4.985	3.555 - 4.854	3.540 - 4.747	3.467 - 5.028	4.109 - 4.574	
		p-valor	0,623	0,383	0,824	0,927	0,818	NA	NA	

Fonte: Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS); \*p < 0,05; \*\*p<0,001.

Quanto ao sexo, houve diferença significativa, ao nível de 5% de significância, quando comparado os anos de 2015, 2016 e 2017 ao ano da pandemia por Coronavírus (2020). Pode-se observar essa diferença tanto no sexo masculino quanto no feminino. Em geral, durante todo período analisado, o número médio mensal de internações do sexo masculino foi maior que do sexo feminino.

Em relação à variável raça/cor, houve diferença estatisticamente significativa ao nível de 5% no número médio mensal de internações referente aos anos de 2015 e 2016 quanto à raça branca, e nos anos de 2016 e 2017, quanto à raça indígena, onde a média, no ano da pandemia por Coronavírus foi maior que nos anos mencionados. Nas raças/cor preta, parda e amarela não foi possível observar diferenças significativas nas médias mensais ao longo do período.

Na variável faixa etária, houve diferença ao nível de 1% de significância, nas faixas de crianças menores de 1 ano, de 1 a 4 anos e de 4 a 14 anos, quando comparado o número médio de internações por doenças do aparelho respiratório e COVID-19, ocorridas nos anos de 2015 a 2019 com o número médio referente ao ano de 2020. O que se observou foi que as médias do número de internações em crianças menores de 14 anos foram baixas no ano da pandemia por Coronavírus. Isso pode ser explicado em razão do fechamento de escolas de educação infantil e das aulas on-line ministradas para as crianças que estavam cursando o Ensino Fundamental e Médio. Já na faixa de 15 a 49 anos, se observou diferença ao nível de 5% de significância nos anos de 2018 e 2019, onde a média de internações do ano de 2020 foi maior que o observado nos anos mencionados. Em relação à faixa etária de pacientes com idade maior que 50 anos, não se observou diferença significativa quando comparada à média mensal do ano de 2020.

Na Tabela 4 é possível verificar as médias mensais das variáveis sociodemográficas, correspondentes ao número de óbitos por doenças do aparelho respiratório e Coronavírus, da mesma forma que o intervalo de confiança para média e o p-valor do teste t de Student para diferença de médias.

Ao analisar a variável sexo, verificou-se que, em geral, o número médio mensal de óbitos referente ao sexo masculino foi maior que o sexo feminino no período. Quanto à significância estatística, verificou-se diferença nas médias dos anos de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 quando considerado o sexo masculino e somente no ano de 2015 e 2016 quando considerado o sexo feminino.

Quanto à variável raça/cor, houve significância estatística na média mensal de óbitos ocorridos quando considerada a raça/cor branca e preta em todos os anos comparados à 2020, sendo que no ano da pandemia por Coronavírus a média de óbitos foi a maior observada no período. A média de óbitos ocorridos em pacientes de cor parda apresentou diferença significativa nos anos de 2015, 2016 e 2017, período em que apresentou número médio menor que o observado no ano de 2020. Já, as raças amarela e indígena, apresentaram uma tendência de crescimento no período analisado, sendo o ano de 2020 o que apresentou a maior média observada.

Em relação à faixa etária, pode-se observar que nas faixas de idade de crianças menores de 1 ano, de 1 a 4 anos e de 4 a 14 anos, a média mensal de óbitos do ano de 2020 foi a menor observada no período e observou-se significância estatística na comparação das médias dos anos de 2016, 2017 e 2019. Já, na faixa de 15 a 49 anos, observou-se significância estatística quanto ao número médio de óbitos ocorridos em todo o período analisado pelo fato do número médio de óbitos que ocorreram no ano da pandemia por Coronavírus ter sido o maior observado no período.



**Tabela 4 – Médias mensais das variáveis de perfil sociodemográfico dos óbitos por doenças do aparelho respiratório, Rio Grande do Sul, 2015 a 2020.**

Variável		2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	
Sexo	Masculino	Média	375,08	406,92	387,58	409,17	393,58	559,08	421,90
		IC%	335 - 414	366 - 446	344 - 430	349 - 468	344 - 442	417 - 700	392 - 451
		p-valor	0,011*	0,032*	0,018*	0,042*	0,023*	NA	NA
	Feminino	Média	433,92	381,83	351,33	366,75	366,33	469,00	380,03
		IC%	306 - 383	334 - 429	306 - 396	307 - 425	314 - 418	357 - 580	355 - 404
		p-valor	0,030*	0,129	0,043*	0,088	0,080	NA	NA
Raça/Cor	Branca	Média	511,67	557,83	521,08	565,42	563,67	779,25	583,15
		IC%	456 - 567	495 - 619	459 - 583	476 - 654	486 - 640	590 - 967	541 - 624
		p-valor	0,001**	0,022*	0,009*	0,034*	0,029*	NA	NA
	Preta	Média	29,17	31,25	27,83	29,25	30,42	53,08	33,50
		IC%	24 - 34	26 - 36	23 - 31	23 - 35	24 - 36	35 - 71	29 - 37
		p-valor	0,010*	0,017*	0,006*	0,011*	0,015*	NA	NA
	Parda	Média	24,17	26,58	25,25	31,42	32,83	39,92	30,03
		IC%	21 - 26	23 - 30	20 - 29	26 - 36	27 - 38	26 - 53	27 - 32
		p-valor	0,017*	0,043*	0,031*	0,199	0,285	NA	NA
	Amarela	Média	2,58	3,08	2,75	3,67	3,75	5,67	3,58
		IC%	1 - 3	2 - 4	1 - 4	2 - 5	2 - 5	4 - 6	3 - 4
		p-valor	<0,001**	0,002*	0,003*	0,042*	0,053	NA	NA
	Indígena	Média	0,50	0,75	0,50	0,67	1,00	2,00	0,90
		IC%	0 - 1	0,2 - 1	0,1 - 0,9	0,1 - 1	0,3 - 1	0,8 - 3	0,6 - 1
		p-valor	0,019*	0,050*	0,017*	0,038	0,132	NA	NA
Faixa Etária	< 1 ano	Média	4,67	5,50	5,17	4,83	5,83	3,25	4,88
		IC%	3 - 6	4 - 6	4 - 6	3 - 6	3 - 7	1 - 4	4 - 5
		p-valor	0,138	0,012*	0,026*	0,130	0,027*	NA	NA
	1 a 4 anos	Média	1,58	1,67	3,17	2,17	2,25	1,33	2,03
		IC%	0,7 - 2	1 - 2	2 - 4	0,9 - 3	1 - 3	0,6 - 2	1 - 2
		p-valor	0,625	0,454	0,005*	0,223	0,169	NA	NA
	5 a 14 anos	Média	2,17	2,67	2,25	2,25	3,00	2,08	2,40
		IC%	0,8 - 3	1 - 3	1 - 3	1 - 3	1 - 4	1 - 2	2 - 3
		p-valor	0,904	0,360	0,726	0,762	0,138	NA	NA
	15 a 49 anos	Média	56,00	60,00	53,58	49,75	54,08	84,33	59,63
		IC%	50 - 61	51 - 68	47 - 60	44 - 54	45 - 62	61 - 107	54 - 64
		p-valor	0,014*	0,039*	0,009*	0,003*	0,012*	NA	NA
	> 50 anos	Média	655,58	718,92	674,75	716,92	694,75	937,08	733,00
		IC%	582 - 728	638 - 799	591 - 757	606 - 826	603 - 785	707 - 1.166	683 - 782
		p-valor	0,017*	0,061	0,027*	0,070	0,042*	NA	NA

Fonte: Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS); \*p < 0,05; \*\*p<0,001.

## CONCLUSÃO

No presente estudo se pôde observar, primeiramente que, tanto o número de internações total quanto o número de internações por doenças do aparelho respiratório (Capítulo X da CID 10) e internações referentes à CID B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada) foi inferior em 2020 (ano da pandemia por Coronavírus), quando comparados ao quinquênio imediatamente anterior (2015 a 2019).

Pode-se atribuir a isso o isolamento social e as medidas de proteção utilizadas, como a máscara e a lavagem frequente de mãos, o que diminuiu o contágio de outras doenças. Ou mesmo à menor circulação de pessoas nas ruas, fábricas e empresas que reduziram ou até mesmo suspenderam suas atividades e o fechamento de escolas de educação infantil e a administração de aulas on-line em colégios públicos e privados, bem como nas universidades.

O número de óbitos por doenças do aparelho respiratório e referentes à CID B34.2 apresentou um aumento significativo no ano de 2020 quando comparado aos anos de 2015 a 2019, o que vem ao encontro com as informações prestadas e atualizadas diariamente nos veículos de imprensa.

Quanto aos gastos do SUS com internações, verificou-se que, no ano da pandemia por Coronavírus, embora o número de internações tenha sido o menor observado dos últimos 6 anos de estudo (2015 a 2020), foram os mais onerosos do período, representando 30,24% do total. Também se observou que o valor médio gasto com cada internação foi 49,68% maior que o valor médio observado no período de 2015 a 2019.

No estudo de Santos *et al.* (2021), que teve como objetivo descrever os gastos resultantes das internações para tratamento clínico de usuários diagnosticados com COVID-19 no SUS, entre fevereiro e dezembro de 2020, ao comparar a média de permanência em dias entre todas as internações e as para tratamento do Coronavírus, os autores verificaram que as internações para tratamento do Coronavírus duraram mais tempo. O que vem ao encontro com o número médio de dias de internação encontrado no presente estudo, que foi de 7,7 no ano de 2020 (ano da pandemia por Coronavírus), o maior observado no período.

Ao realizar a comparação entre o número médio de internações e nú-

mero médio de óbitos por doenças do aparelho respiratório e CID B34.2, considerando as variáveis de perfil sociodemográfico (sexo, raça/cor e faixa de idade) se pôde observar que, em geral, o número médio de internações e de óbitos ocorreu com maior frequência no sexo masculino, em pacientes de cor branca, com aumento observado no ano da pandemia por Coronavírus nas raças/cor preta e indígena. O que vem ao encontro com o estudo realizado por Santos *et al.* (2021), onde se observou que, dos 50 pacientes avaliados que evoluíram à óbito, 62% eram do sexo masculino.

Em relação à faixa etária, no ano de 2020 houve uma redução significativa tanto no número médio de internações como no número médio de óbitos em crianças menores de 14 anos. Mesma situação observada no estudo de Paiva *et al.* (2020), onde os autores informaram que o baixo número de das variáveis referentes à internação-casos na das variáveis referentes à internação-população pediátrica pode ser atribuído à não detecção da doença, visto que a maioria dos casos nessa faixa etária apresentam sintomas leves ou são assintomáticos, como também pelo fechamento precoce de escolas, que reduziu a transmissão do vírus. Já, em pacientes acima de 14 anos de idade, se pôde observar um aumento do número médio de óbitos, principalmente em pacientes na faixa etária maior de 50 anos.

Assim como o estudo de Santos *et al.* (2021), entre os achados apresentados neste estudo deve-se considerar, primeiro, o impacto que a COVID-19, em termos de gastos públicos em saúde, representa para a carga de internações por doenças do aparelho respiratório no país, tendo em vista o aumento dos gastos totais com internações no período em estudo. Em seguida, e como resultado positivo, a redução do número médio de internações e de óbitos por doenças do aparelho respiratório e COVID-19 em crianças e adolescentes em 2020.

Como limitações do estudo, deve-se considerar o fato de o SIH-SUS apresentar dados somente de internações realizadas no sistema público de saúde e rede conveniada ao SUS, excluindo as internações realizadas em instituições particulares. Também se deve considerar o fato de que os dados disponíveis são apenas de usuários que acessaram os serviços hospitalares. Outra limitação das variáveis referentes à internação é o fato dos dados sobre as internações serem somente das AIHs aprovadas no período, o que desconsidera as contas glosadas por qualquer motivo.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 17, de 16 de abril de 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>.

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

CAMPOS, M. R. *et al.* Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. 1-14, out. 2020.

DIAS, S. M. *et al.* Perfil das internações hospitalares no Brasil no período de 2013 a 2017. Revista Interdisciplinar, Pará, v. 10, n. 4, p. 96-104, 2017.

DIAS, F. L. T. *et al.* Doenças Respiratórias no Triângulo Mineiro: Análise Epidemiológica e projetiva com a pandemia COVID-19. Journal of Health and Biological Science, Uberlândia, v. 8, n. 1, p.1-6, 2020.

DIOGO, L. P. *et al.* Redução de mortalidade em pacientes internados por doenças respiratórias após a implementação de unidade de cuidados intensivos em hospital secundário do interior do Brasil. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 235-239, set. 2015.

FHON, J. R. S. *et al.* Hospital care for elderly COVID-19 patients. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 28, p. 1-10, nov. 2020.

JACOMIN, V.; SHIBUKAWA, B. M. C.; HIGARASHI, I. H. Internações infantis por condições sensíveis à atenção primária em um estado do sul brasileiro. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J.), Rio de Janeiro, v. 12, p. 958-964, jan.-dez. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: MS, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/junho/11/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_66-final\\_11-junho.pdf](https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/junho/11/boletim_epidemiologico_covid_66-final_11-junho.pdf).

MOURA, E. C. *et al.* Complex chronic conditions in children and adolescents: hospitalizations in Brazil, 2013. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2727-2734, ago. 2017.

NORONHA, K. V. M. S. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 1-17, jun. 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Folha informativa - COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875).

PAIVA, C. I. *et al.* Perfil epidemiológico da Covid-19 no Estado do Paraná. Revista de Saúde Pública do Paraná, Paraná, v. 3, n. Supl, p. 39-61, dez. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro de Operações de Emergência do Rio Grande do Sul – COERS. Boletim Epidemiológico. Rio Grande do Sul, Semana 30 de 2021, ago. 2021. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202108/10160614-boletim-epidemiologico-covid-19-coers-se-30.pdf>.

SANTOS, H. L. P. C. *et al.* Public expenditure on hospitalizations for COVID-19 treatment in 2020, in Brazil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 55, n. 52, p. 1-12, ago. 2021.

SANTOS, M. A. S. *et al.* Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 24, n. 3, p. 389-398, set. 2015.

SANTOS, P. S. A *et al.* Perfil epidemiológico da mortalidade de pacientes internados por Covid-19 na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n. 5, p. 45981-45992, mai. 2021.

WANG, C.; HORBY, P. W.; HAYDEN, F. G.; GAO, George F. A novel coronavirus outbreak of global health concern. The Lancet, v. 395, p. 470-473, fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of the WHO-China joint mission on Coronavirus disease 2019 (COVID-19). 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.

# IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO PERFIL DE INTERNAÇÕES POR NEOPLASIAS NO BRASIL, 2018-2020

ALINE DAL LAGO  
RONALDO BORDIN

## INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de adoecimento e morte no mundo, havendo grande variação na incidência e mortalidade relativas às condições sociais (BRAY *et al.*, 2018). É uma doença de causas múltiplas, como fatores ambientais, culturais, socioeconômicos, estilos de vida e costumes, destacando-se hábitos alimentares e cigarro, fatores genéticos e o próprio envelhecimento populacional (BRAY *et al.*, 2012).

Segundo Guyton e Hall (2006), o câncer é causado, na maioria dos casos, por mutações de genes celulares que controlam o crescimento e a mitose celular. Denominados de oncogenes, as células que sofrem mutação genética proliferam-se de maneira anormal, adquirindo características invasivas, podendo infiltrar tecidos e ganhar acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, que as levam até outros lugares do corpo, desenvolvendo assim a metástase (ROSAS, 2013).

O tratamento para o câncer pode ser baseado em hormonioterapia, radioterapia, quimioterapia e procedimento cirúrgico. O tipo de tratamento irá depender das características e estágios da doença, podendo ser usados também de forma combinada. A quimioterapia é a forma de tratamento mais utilizada nas fases mais avançadas e também a mais temida pelo paciente, devido aos efeitos colaterais que levam a sérias alterações físicas e psicológicas (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Em 2018, segundo o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), houve um total de 320.525 casos de câncer no Brasil, sendo 102.247 (32%) casos tratados com quimioterapia,

89.759 (28%) casos tratados com cirurgia e 42.452 (13%) casos tratados com radioterapia.

Segundo Bray *et al.* (2018), uma estimativa mundial para o ano de 2018 antevia 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos. O câncer de pulmão seria o mais incidente no mundo (2,1 milhões), seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). Os tipos de câncer mais frequentes nos homens seriam o câncer de pulmão (14,5%), próstata (13,5%), cólon e reto (10,9%), estômago (7,2%) e fígado (6,3%). Nas mulheres, as maiores incidências seriam o câncer de mama (24,2%), cólon e reto (9,5%), pulmão (8,4%) e colo do útero (6,6%).

As estimativas apresentadas para o Brasil refletem o perfil semelhante ao de países desenvolvidos, com altas taxas de cânceres, associado a infecções características de países em desenvolvimento. Esse perfil é reflexo das desigualdades regionais muito peculiares ao Brasil, que vão desde as diferenças na expectativa de vida, condições socioeconômicas, até o acesso aos serviços de saúde para diagnóstico oportuno e tratamento adequado (INCA, 2017).

A distribuição da incidência por região geográfica mostra que as regiões sul e sudeste concentram a maior parte das incidências, e o padrão dos cânceres assemelha-se ao de países desenvolvidos, com predominância das neoplasias de próstata, mama feminina, pulmão e cólon e reto. A região norte apresenta a menor magnitude, entretanto, o padrão assemelha-se aos países menos desenvolvidos com os cânceres do colo do útero e de estômago entre os mais incidentes. Os estados do Amazonas, Amapá e Maranhão têm a incidência de câncer do colo do útero semelhante aos países menos desenvolvidos (INCA, 2019).

Segundo dados publicados pelo INCA, dos R\$ 3,4 bilhões gastos pelo SUS em 2018 com o tratamento oncológico, R\$ 1,4 bilhão (41,1%) foram em terapêuticas contra cânceres associados ao excesso de peso, principalmente tumores malignos de mama, intestino grosso (colorretal) e endométrio.

Segundo a ABRALE (2016), o volume de tratamento e os gastos com câncer no Brasil aumentam exponencialmente, e mesmo assim, estão abai-

xo do atendimento das necessidades. Entre 1999 e 2015, os gastos somente com tratamento (excluindo promoção e prevenção) aumentaram de R\$470 milhões para R\$3,3 bilhões. Boa parte do aumento destes gastos se justifica pelos custos associados ao tratamento em estágios mais avançados da doença (Figura 1).

O tratamento do câncer em estágios mais avançados é mais complexo, incerto e caro, trazendo gastos mais elevados com medicamentos, terapias e hospitalização (MEDICI, 2018). Pesquisas internacionais revelam que um terço das mortes por câncer poderiam ser evitadas se os casos fossem detectados precocemente e tratados nos estágios iniciais e um terço de casos adicionais poderiam ser evitados com a modificação de exposição aos fatores de risco já conhecidos, como o tabaco, o álcool, dietas inadequadas, falta de atividade física, exposição a poluição ambiental e a ambientes de trabalho insalubres, entre outros fatores (GELBAND, 2015).

Segundo Nóbrega e Lima (2014), dentre o custo total médio por sessão de quimioterapia ambulatorial mais de 90% está relacionado com fármacos, 4,21% com materiais, e apenas 1,6% com mão de obra direta.

Os tratamentos antineoplásicos representam alto custo para os sistemas de saúde brasileiros, tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS) como para o sistema de saúde suplementar. Gestores de saúde reconhecem que as despesas com terapias antineoplásicas vêm crescendo de modo preocupante e buscam alternativas para a minimização de seus custos (MARTINS; PERUNA, 2007).

Durante a pandemia de Covid19 houve uma série de adaptações na rotina habitual dos indivíduos para evitar o contágio pelo vírus. O setor de saúde passou por momentos delicados desde o início da pandemia, com profissionais da linha de frente sobrecarregados com o aumento da demanda de atendimentos e internações. Com isso, as ações de saúde também sofreram adaptações e variações na disponibilidade dos serviços à população, principalmente no que diz respeito às consultas de rotina e exames de acompanhamento não relacionados ao Covid-19.

O objetivo do presente estudo é identificar se houve alteração no perfil de internações relacionadas com neoplasias no Brasil, no ano de 2020, que foi o marco de início da pandemia, no que se refere ao número de in-



ternações, taxa de mortalidade, período de internação e valores gastos pelo SUS, comparados ao biênio imediatamente anterior (2018-2019). Enquanto objetivos específicos, sistematizar o perfil de internação hospitalar por neoplasias no Brasil triênio 2018-2020, segundo a mortalidade hospitalar, o tempo de permanência e o valor pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por Região (Sul, Sudeste, CEntro-Oeste, Nordeste e Norte).

Trata-se de um estudo transversal, realizado através de coleta de dados presentes no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e através do site do INCA – Instituto Nacional do Câncer, ambos sistemas de informações gerenciado também pelo Ministério da Saúde.

## RESULTADOS

### Número de internações

Segundo o SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, em 2018 houve um total de 832.326 internações hospitalares por neoplasias em todo o país (Tabela 1), o que gerou um custo total de investimentos de R\$ 1.754.210.764,00 ao SUS. Já em 2019, ocorreu um aumento de 50.287 internações em relação ao ano anterior, em um total de 882.613 internações, com um custo total de R\$ 1.844.152.092,00.

**Tabela 1 – Total de internações por neoplasias e número de internações por dez mil habitantes, segundo regiões do Brasil.**

Região	Internações 2018	Internações 2019	Internações 2020	Internações/ 10 mil hab 2018	Internações/ 10 mil hab 2019	Internações/ 10 mil hab 2020
1 Região Norte	33.401	36.326	30.984	18,37	19,70	16,59
2 Região Nordeste	205.114	217.417	179.657	36,13	38,09	31,31
3 Região Sudeste	360.316	384.982	327.437	41,07	43,56	36,78
4 Região Sul	182.954	191.754	172.861	61,48	63,96	57,25
5 Região Centro-Oeste	50.541	52.134	48.929	31,41	31,98	26,64
<b>Total</b>	<b>832.326</b>	<b>882.613</b>	<b>759.868*</b>	<b>39,92</b>	<b>41,99</b>	<b>35,88*</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). População estimada pelo IBGE, tomando como base o Censo de 2010. \*p<0,001

Em 2020, ocorreu um total de 759.868 internações por neoplasias no Brasil, com custo total de R\$ 1.704.375.295,00. Houve uma queda de

122.745 internações (13,9%) quando comparado com 2019 e 72.458 internações (8,7%) frente a 2018, uma redução estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Situação visualizável na relação do número de internações por dez mil habitantes, que se reduziu de 41,99 em 2019 para 35,88 em 2020.

Nos anos avaliados, a Região Sudeste apresentou o maior número de internações e de maiores gastos com neoplasias, ao passo que a Região Sul foi a região com maior número de internações/10 mil habitantes em todo triênio em estudo

Segundo o INCA (2019), a Região Sudeste concentra mais de 60% da incidência, seguidas pelas Regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%). Existe uma grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e mama feminina, bem como o de pulmão e de intestino. A Região Centro-Oeste, apesar de semelhante, incorpora em seu perfil o câncer do colo do útero e o de estômago entre os mais incidentes. Nas Regiões Norte e Nordeste, a incidência do câncer do colo do útero e de estômago tem impacto importante, apesar de também apresentarem os cânceres de próstata e mama feminina como principais nessa população. A Região Norte é a única do país onde as taxas de câncer de mama e colo do útero se equivalem entre as mulheres.

### **Tempo de permanência, valor médio pago pelo Sistema Único de Saúde, segundo regiões do Brasil.**

Na tabela 2 se encontra o tempo de permanência e valor médio pago por internação pelo Sistema Único de Saúde, segundo regiões do Brasil. Em 2018, a média de permanência das internações por neoplasias no Brasil ficou em 5 dias e o valor médio pago foi de R\$ 2.107,60. Em 2019, a média de permanência das internações ficou em 4,9 dias e o valor médio em R\$ 2.089,42.

Resultado semelhante ocorre em 2020, onde a média de permanência das internações ficou em 4,9 dias e o valor médio em R\$ 2.242,98, sem diferença estatística com o biênio anterior quanto ao tempo de permanência.

**Tabela 2 – Média do tempo de permanência e valor médio pago pelas internações por neoplasias pelo Sistema Único de Saúde, segundo regiões do Brasil.**

Região	Média de permanência 2018	Média de permanência 2019	Média de permanência 2020	Valor médio pago pelo SUS 2018	Valor médio pago pelo SUS 2019	Valor médio pago pelo SUS 2020
1 Região Norte	6,6	6,8	6,7	R\$ 1.554,15	R\$ 1.638,62	R\$ 1.850,66
2 Região Nordeste	4,6	4,6	4,7	R\$ 2.366,63	R\$ 2.300,25	R\$ 2.462,42
3 Região Sudeste	5,3	5,1	5,1	R\$ 2.052,04	R\$ 2.049,27	R\$ 2.212,57
4 Região Sul	4,6	4,4	4,4	R\$ 2.082,85	R\$ 2.091,50	R\$ 2.233,71
5 Região Centro-Oeste	4,9	4,8	4,8	R\$ 1.907,75	R\$ 1,813,07	R\$ 1.922,01
<b>Total</b>	<b>5,0</b>	<b>4,9</b>	<b>4,9</b>	<b>R\$ 2.107,60</b>	<b>R\$ 2.089,42</b>	<b>R\$ 2.242,98</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No período estudado, a região com maior tempo de permanência foi a Região Norte e o maior valor médio pago foi na Região Nordeste.

### Taxa de mortalidade

Em 2018, a taxa de mortalidade no Brasil foi de 8,16%, com um total de 67.907 óbitos no país. A maior taxa de mortalidade ocorreu na Região Sudeste (9,26 %) (Tabela 3). Em 2019, a taxa de mortalidade no país foi de 8,12%, tendo as Regiões Norte e Sudeste as maiores taxas, com 9,15% e 9,13%, respectivamente.

Entre os anos de 2018 e 2019 não há diferenças significativas na relação entre o total de internações e de óbitos ( $p=0,22$ ).

**Tabela 3 - Número total de óbitos e taxa de mortalidade por Região – Brasil.**

Região	Óbitos 2018	Óbitos 2019	Óbitos 2020	Taxa Mort (%) 2018	Taxa Mort (%) 2019	Taxa Mort (%) 2020
1 Região Norte	2.859	3.325	3.206	8,56	9,15	10,35
2 Região Nordeste	12.968	13.987	13.244	6,32	6,43	7,37
3 Região Sudeste	33.367	35.151	32.630	9,26	9,13	9,97
4 Região Sul	14.417	14.765	14.308	7,88	7,70	8,28
5 Região Centro-Oeste	4.296	4.478	4.486	8,50	8,59	9,17
<b>Total</b>	<b>67.907</b>	<b>71.706</b>	<b>67.874</b>	<b>8,16</b>	<b>8,12</b>	<b>8,93*</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). \* $p<0,001$

No ano de 2020, ocorreu no Brasil 759.868 internações por neoplasias, com 67.874 óbitos. A taxa de mortalidade no país ficou em 8,93% - valor significativamente maior quando comparado a 2018 e 2019 ( $p<0,001$ ). A região com maior taxa de mortalidade foi a Região Norte (10,35%). O

aumento da taxa de mortalidade é notável em todas as regiões do Brasil, fato este que pode estar associado a grande demanda de atendimentos e recursos direcionados à pandemia de Covid-19, dificuldade de acesso à consultas, exames e diagnósticos, tratamentos adiados, além de outros fatores.

Segundo Goss *et al.* (2013), a América Latina, apesar de exibir incidência global do câncer mais baixa do que Europa e Estados Unidos, apresenta taxa de mortalidade mais alta, o que pode estar relacionado principalmente ao diagnóstico em estágio mais avançado e parcialmente à dificuldade de acesso ao tratamento.

Além disso, nas Américas Central e do Sul, verifica-se altas taxas de neoplasias relacionadas à infecção e daqueles associados às mudanças de estilo de vida, com expressiva diferença de acordo com nível de desenvolvimento humano entre países e dentro das regiões, e também segundo gênero (SIERRA *et al.*, 2016).

Estudo publicado em 2018, que avalia a mortalidade por câncer nas capitais e no interior do Brasil nas últimas quatro décadas, chama a atenção para os maiores aumentos nas duas últimas décadas no interior das Regiões Norte e Nordeste, tanto para homens quanto para mulheres (AZEVEDO *et al.*, 2020).

Segundo dados do INCA, em 2020, as neoplasias mais incidentes, conforme a localização primária, entre os homens foram Próstata (29,2%), Cólon e Reto (9,1%), Traquéia, Brônquios e Pulmão (7,9%) e Estômago (5,9%) e; entre as mulheres foram Mama (29,7%), Cólon e Reto (9,2%), Colo do Útero (7,4%) e Traquéia, Brônquios e Pulmão (5,6%).

De acordo com Ferlay (2021), a mortalidade por câncer no Brasil para ambos os sexos em 2017 foi semelhante à de países de alta renda, como EUA, Canadá, Reino Unido e Japão, onde os tipos mais frequentes entre os óbitos são o câncer de pulmão, mama, próstata e colorretal.

O crescimento do peso relativo do câncer na mortalidade não ocorre somente no Brasil, mas em todo o mundo. De acordo com a Sociedade Norte-Americana de Câncer (*American Cancer Society*), o número de novos casos mundiais passará de 14,6 para 20,2 milhões por ano, entre 2010 e 2030, e a maioria deles ocorrerá nos países em desenvolvimento como o Brasil, onde os fatores de risco e os processos de remoção e prevenção tem

tido menor controle por parte das autoridades sanitárias (GELBAND *et al.*, 2018).

### Comportamento da Região Sul em relação às demais regiões

Nas Tabela 4 e 5 se encontra o número de internações por neoplasias, valor pago pelo SUS, média do tempo de permanência, total de óbitos e taxa de mortalidade (%) na Região Sul e demais Regiões do Brasil, 2018 e 2019, respectivamente.

**Tabela 4 – Número total de internações por neoplasias e média do tempo de permanência – Região Sul (Brasil).**

Capítulo CID-10	Internações 2018	Internações 2019	Internações 2020	Média Perm 2018	Média Perm 2019	Média Perm 2020
Região Sul	182.954	191.754	172.865	4,6	4,4	4,4
Demais Regiões	649.372	690.859	587.094	5,1	5,0	5,0
Brasil	832.326	882.613	759.868	5,0	4,9	4,9

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

**Tabela 5 – Número total de óbitos por neoplasias e taxa de mortalidade – Região Sul (Brasil).**

Capítulo CID-10	Óbitos 2018	Óbitos 2019	Óbitos 2020	Taxa Mort (%) 2018	Taxa Mort (%) 2019	Taxa Mort (%) 2020
Região Sul	14.417	14.765	14.309	7,88	7,70	8,28
Demais Regiões	53.490	56.941	53.574	8,24	8,24	9,13
Brasil	67.907	71.706	67.874	8,16	8,12	8,93

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Ainda que com a maior relação de casos/habitantes (Tabela 1), a Região Sul apresentou no biênio 2018-19, um menor número total de óbitos por internação e tempo total de permanência que o somatório das demais regiões do país ( $p < 0,001$ ).

Já em relação ao valor total pago, não apresentou diferença significativa em relação ao número de internações ( $p = 0,31$ ). Ou seja, mesmo com maior número de internações por habitante, apresentou custos semelhantes às demais regiões.

Já em 2020, quando comparada com as demais regiões, houve uma diferença significativa em relação ao total de óbitos e o número de interna-

ções ( $p < 0,001$ ), somando-se um menor valor pago ( $p = 0,02$ ) em relação ao número de internações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu descrever os valores pagos pelas internações hospitalares por neoplasias pelo Sistema Único de Saúde, o tempo de permanência e taxa de mortalidade hospitalar, de acordo com as regiões geográficas do país, no triênio 2018-2020. No período, houve uma diminuição do número de internações no Brasil em 2020 quando comparado ao biênio anterior, com aumento da mortalidade hospitalar, estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ).

Fato este que pode estar relacionado ao colapso do sistema de saúde durante o decurso da pandemia de coronavírus no país e em todo o mundo e, que pode ter levado ao agravamento do quadro de saúde dos pacientes portadores de doenças neoplásicas, seja por dificuldades de acesso as consultas de rotina, diagnósticos, exames e ao tratamento adequado já que a demanda de saúde, tanto de profissionais quanto de recursos, acabaram sendo direcionados ao problema emergente da pandemia.

A região Norte apresentou a maior média de permanência nas internações e a região Nordeste apresentou maior valor médio pago por internação, durante todo o período estudado. Podendo assim ser relacionado, o custo mais elevado e maior tempo de internação com maior gravidade dos casos diagnosticados.

Neste período, a Região Sul apresentou a maior frequência de casos por habitante, as menores taxas de mortalidade e menor média de permanência por internação. Ou seja, no conjunto, foi mais eficiente na prestação dos serviços por este grupo de causas durante o período estudado.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. Risk factors and causes of childhood cancer. Atlanta: American Cancer Society. 2019. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cancerin-children/risk-factors-and-causes.html>.

BOUZAS, Luiz Fernando. Informação extraída da apresentação ex-Diretor Geral do Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS), no 3º Congresso Brasileiro “Todos Juntos contra o Câncer”, ABRALE, São Paulo, 2016.

BRAY, Freddie; FERLAY, Jacques; SOERJOMATARAM, Isabelle; *et al.* Global cancer statis-

tics 2018 globo can estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Ca: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 68, n. 6, p. 394-424, 12 set. 2018.

BRAY, Freddie; JEMAL, Ahmedin; GREY, Nathan; FERLAY, Jacques; FORMAN, David. Global cancer transitions according to the human development cancer (2008–2030): a population-based study. *The Lancet Oncology*, v. 13, n.8, p. 790-801, ago. 2012.

FERLAY, J.; ERVIK, M.; LAM, F.; *et al.* Cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. IARC Cancer Base, 2018.

FERLAY, Jacques; COLOMBET, Murielle; SOERJOMATARAM, Isabelle; *et al.* Cancer statistics for the year 2020: an overview. *International Journal of Cancer*, v. 149, n. 4, p. 778-789, 22 abr. 2021.

GELBAND, Hellen; JHA, Prabhat; SANKARANARAYANAN, Rengaswamy; HORTON, Susan. Disease control priorities, Third Edition (Volume 3). *Cancer*, v. 3, n. 3, p. 177-186, 1 nov. 2015.

GONÇALVES, Andrea T. Cadaval; JOBIM, Paulo Fernandes Costa; VANACOR, Roberta; *et al.* Câncer de mama: mortalidade crescente na região sul do brasil entre 1980 e 2002. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 8, p. 1785-1790, ago. 2007.

GOSS, Paul; LEE, Brittany L; BADOVINAC-CRNJEVIC, Tanja; *et al.* Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology*, v. 14, n. 5, p. 391-436, abr. 2013.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa; CORRÊA, Camila Soares Lima; *et al.* Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 1, p. 102-115, maio 2017.

GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John Edward. Tratado de fisiologia médica. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. O que é câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Números do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>.

KARANIKOLOS, M.; ELLIS, L.; COLEMAN, M. P.; MCKEE, M.. Health systems performance and cancer outcomes. *Jnci Monographs*, v. 2013, n. 46, p. 7-12, 1 ago. 2013.

KUIAVAA, Victor Antônio; CHIELLE, Eduardo Ottobelli. Epidemiologia do câncer de pâncreas na região sul do Brasil: estudo da base de dados do departamento de informática do sistema

único de saúde (DATASUS). Revista de Atenção à Saúde, São Caetano do Sul, v. 16, n. 56, p. 32-39, 06 fev. 2018.

LORTET-TIEULENT, Joannie; RENTERIA, Elisenda; SHARP, Linda; *et al.* Convergence of decreasing male and increasing female incidence rates in major tobacco-related cancers in Europe in 1988–2010. European Journal of Cancer, v. 51, n. 9, p. 1144-1163, jun. 2015.

MARTINS, Sandro J.; PERUNA, Valéria B. Caracterização dos protocolos de terapia anti-neoplásica na rede de assistência ambulatorial para servidores do estado da bahia, brasil. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 31, n. 2, p. 338, 1 jan. 1970.

MEDICI, A. C. Custos do tratamento do câncer no Brasil: Como Melhorar o Foco. 2018. Disponível em <<https://portalhospitaisbrasil.com.br/artigo-custos-do-tratamento-do-cancer-no-brasil-como-melhorar-o-foco/>>.

NOBREGA, Caroline Rife; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Procedures' costs related to outpatient chemotherapy treatment of women suffering from breast cancer. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, v. 48, n. 4, p. 699-705, ago. 2014.

OLIVEIRA, AC.; OLIVEIRA CEH.; VIEIRA, FC.; FREITAS, JO. O câncer de mama, suas implicações e as considerações de enfermagem na dor. 61f. Monografia de Bacharelado em Enfermagem. Departamento de Saúde. Universidade Vale do Rio Doce, Brasil, 2009.

PLUMMER, Martyn; FRANCESCHI, Silvia; VIGNAT, Jérôme; FORMAN, David; MARTEL, Catherine. Global burden of gastric cancer attributable to *Helicobacter pylori*. International Journal of Cancer, v. 136, n. 2, p. 487-490, 11 jun. 2014.

ROSAS, MSL.; SILVA, BNM.; PINTO, RGMP; *et al.* Incidence of cancer in Brazil and the potential use of isatin derivatives in experimental oncology. Revista Virtual de Química, v. 5, n. 2, p. 243-265, 30 abr. 2013..

SIERRA, Mónica S.; SOERJOMATARAM, Isabelle; ANTONI, Sébastien; *et al.* Cancer patterns and trends in Central and South America. Cancer Epidemiology, v. 44, p. 23-42, set. 2016.

SILVA, Gulnar Azevedo; JARDIM, Beatriz Cordeiro; FERREIRA, Vanessa de Melo; *et al.* Mortalidade por câncer nas capitais e no interior do Brasil: uma análise de quatro décadas. Revista de Saúde Pública, v. 54, p. 126, 12 dez. 2020.

TORRE, Lindsey A.; SIEGEL, Rebecca L.; WARD, Elizabeth M.; JEMAL, Ahmedin. Global cancer incidence and mortality rates and trends - an update. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, v. 25, n. 1, p. 16-27, 14 dez. 2015.

WELCH, H. Gilbert; KRAMER, Barnett S.; BLACK, William C. Epidemiologic signatures in cancer. New England Journal of Medicine, v. 381, n. 14, p. 1378-1386, 3 out. 2019.



# COMPLETITUDE DE INFORMAÇÕES SOBRE SÍFILIS ADQUIRIDA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN): ANÁLISE DOS CASOS REGISTRADOS ENTRE 2013 E 2017

ANNA LAURA KÖCHERT  
BRUNO SILVA KAUSS

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) conhecida há mais de 500 anos e que, apesar de existirem métodos diagnósticos simples, confiáveis e de possuir tratamento acessível e eficaz, persiste como problema de saúde pública no Brasil e em outras partes do mundo (FREITAS, 2019; SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018). Transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*, sua principal via de transmissão é sexual, podendo também ser transmitida por transfusão de sangue e via transplacentária durante a gestação. Essa condição afeta pessoas de todos os sexos, idades, identidades de gênero, cores, escolaridades e classes sociais (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Historicamente, a bactéria causadora da sífilis foi isolada em 1905 e, em 1928, foi descoberta a penicilina, um antibiótico capaz de curar a doença. Porém, essa descoberta não foi o suficiente para combater a epidemia da sífilis, visto que também é necessária a compreensão e o enfrentamento dos aspectos culturais e sociais associados à epidemia. O preconceito e a rejeição social muitas vezes dificultam a procura por auxílio profissional, o que, conseqüentemente, impossibilita a identificação e o tratamento adequado da infecção (KÖCHERT, 2018).

A manifestação de sintomas da doença depende do estágio e do tempo de infecção, podendo alternar períodos sintomáticos (fases primária, secun-

dária e terciária) com períodos assintomáticos (fase latente). A presença de lesões causadas pela infecção nas fases sintomáticas pode facilitar, por exemplo, a entrada do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no organismo. Essa e outras questões suscitam a importância do diagnóstico e do tratamento da sífilis para prevenir outras IST e desfechos mais graves (SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018).

O diagnóstico e o tratamento precoce e adequado da sífilis são de extrema importância, pois, se não tratada, a doença pode evoluir causando complicações graves, como, por exemplo, manifestações de doenças neurológicas, cardiovasculares, ósseas e articulares (KÖCHERT, 2018). Além disso, a sífilis não tratada em gestantes pode resultar em abortos espontâneos ou na transmissão da infecção para o feto através da placenta, causando a sífilis congênita, que traz diversos riscos à saúde do recém-nascido (SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018).

Em 2019, foram notificados 152.915 casos de sífilis adquirida no Brasil, com uma taxa global de detecção de 72,8 casos para cada 100.000 habitantes. Nos estados do Sul foram registrados 35.554 casos em 2019 (23,3% do total), sendo 14.864 deles no Rio Grande do Sul (9,7% do total) (BRASIL, 2020a).

No período de 2010 a junho de 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) um total de 783.544 casos de sífilis adquirida no Brasil, sendo 22,2% deles registrados nos estados da região Sul. Entre 2018 e 2019, observou-se uma redução de 4,5% na taxa de detecção global de sífilis adquirida no país, visto que a média caiu de 76,2 para 72,8 casos por 100.000 hab. Em 2019, o Rio Grande do Sul teve a segunda maior taxa de detecção, acima da média nacional, com 130,6 novos casos a cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2020a).

Nos últimos anos, o município de Porto Alegre esteve entre as capitais com maior índice de detecção de sífilis adquirida, chegando em 4º lugar em 2019 e 2018 (151,9/100.000 hab. e 165,8/100.000 hab., respectivamente) (BRASIL, 2020a; 2019; 2018; 2017b). A situação da sífilis em Porto Alegre é preocupante, pois não se trata de um fenômeno

isolado, devido à alta prevalência da infecção pelo HIV e da mortalidade por Aids.

No Boletim Epidemiológico de HIV/Aids, lançado em 2020, (BRASIL, 2020b), Porto Alegre apresentou taxa de detecção Aids de 58,5 casos/100 mil habitantes, em 2019, valor superior ao dobro da taxa do Rio Grande do Sul e 3,3 vezes maior que a taxa do Brasil. A sífilis, assim como as demais IST, são consideradas “portas de entrada” para a infecção pelo HIV, causador da Aids. Tal situação desperta para a necessidade de trabalhar o fortalecimento de políticas públicas de prevenção que possibilitem o diagnóstico conjunto do HIV e da Sífilis, a exemplo das Profilaxias Pré e Pós-Exposição ao HIV, as quais ainda encontram barreiras de implementação no município gaúcho (KAUSS *et al.*, 2020).

Em relação ao perfil sociodemográfico dos casos de sífilis, segundo o Boletim Epidemiológico Especial sobre Sífilis (BRASIL, 2020a), sobre o critério raça/cor, identificou-se que, em 2019, 51,2% das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas, 28,6% brancas e 11,9% pretas. Porém, se somadas as mulheres pretas e pardas, o percentual chega a 63,1%. Em 2019, as mulheres indígenas e amarelas representaram 1,5% do total de gestantes com sífilis (BRASIL, 2020a).

A população mais afetada pela sífilis são as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos (BRASIL, 2020a). Somente esse grupo representou 14,3% de todos os casos de sífilis adquirida e em gestantes notificados em 2019. Na comparação por sexo, em 2019, as mulheres de 20 a 29 anos alcançaram 25,3% do total de casos notificados, enquanto os homens nessa mesma faixa etária representaram apenas 16,5%. Na série histórica observou-se um avanço no preenchimento da informação raça/cor, pois, em 2010, 34,0% das notificações não possuíam esse dado, o que, após 8 anos, foi reduzido para 15,1%. Em relação à escolaridade, 36,2% das notificações tinham essa informação preenchida como “ignorada” ou não houve preenchimento do campo em 2019.

Diante do cenário preocupante da sífilis no Brasil e, em especial, no estado do Rio Grande do Sul e da capital Porto Alegre, o presente estudo descreve a qualidade dos dados do Sistema de Informações de Agravos

de Notificação (Sinan), “alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória” (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I), por meio do cálculo da taxa de completitude das informações dos 23 campos de notificação dos casos de sífilis adquirida registrados em Porto Alegre, entre 2013 e 2017.

A avaliação da qualidade dos Sistemas de Informação em Saúde envolve critérios multidimensionais, entre eles os critérios prioritários de confiabilidade, completitude, cobertura e validade (LIMA *et al.*, 2009). A completitude é um dos critérios mais importantes e que mais vêm sendo avaliados. Ela é entendida como “o grau em que os registros de um sistema de informação possuem valores não nulos”. Caso o grau de completitude não seja adequado, o conhecimento gerado com base nesses dados pode não representar adequadamente a realidade estudada (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com dados secundários, com o cálculo da taxa de completitude dos dados de cada campo de notificação dos casos de sífilis adquirida registrados no Sinan em Porto Alegre, entre 2013 e 2017.

O banco de dados em questão foi disponibilizado pela Coordenadoria Geral de Vigilância Sanitária de Porto Alegre em agosto de 2018, para o desenvolvimento de uma pesquisa relacionada aos casos de reinfecção por sífilis adquirida. O projeto passou por avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Parecer nº 2.780.523, de 23/07/2018) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (Parecer nº 2.832.502, de 21/08/2018).

## RESULTADOS

No banco de dados disponibilizado, estavam registrados 830 casos de sífilis adquirida em 2013 no município de Porto Alegre, 1.339 casos em

2014, 2.582 em 2015, 1.677 em 2016 e 1.501 em 2017, perfazendo um total de 7.929 casos registrados durante o período estudado.

Para a análise do banco de dados, as 23 variáveis estudadas foram separadas em quatro grupos distintos, conforme a categorização da Ficha de Notificação de Sífilis Adquirida, quais sejam:

a) Dados Gerais: nº da notificação, data de notificação, unidade notificadora e data do diagnóstico/início dos sintomas;

b) Notificação Individual: nome do paciente, data de nascimento, idade, raça/cor, escolaridade, número do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) e nome da mãe;

c) Dados de Residência: bairro, logradouro, número, complemento, CEP e telefone do usuário; e,

d) Dados de Investigação e Inserção no Sistema: apesar de não constar na ficha de notificação, possui informações relevantes, como data de digitação e de transmissão dos dados para o sistema, início e encerramento da investigação e evolução do caso.

Para classificação das taxas de completitude foi utilizado o Escore de Completitude proposto por Costa e Frias (2009), que, por sua vez, é uma adaptação do Escore de Incompletitude desenvolvido por Romero e Cunha (2007). Foi considerada “excelente” a completitude das variáveis com 95% ou mais de preenchimento, “bom” quando se atingiu entre 90 e 94,9%, “regular” de 80% a 89,9%, “ruim” de 50 a 79,9% e “muito ruim” quando o preenchimento dos campos ficou abaixo de 49,9% (Tabela 1)

Os campos de preenchimento obrigatório, segundo instruções do Manual de Normas e Rotinas do Sinan, são aqueles cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan. Há também os campos de preenchimento automático pelo sistema, como município, ano, data de digitação e data de transmissão da notificação. Já os campos essenciais são os que, apesar de não serem obrigatórios, registram dados necessários à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional (BRASIL, 2007).

Os campos considerados obrigatórios são: número da notificação, data da notificação, município, unidade notificadora, data do surgimento dos pri-

meios sintomas, nome do paciente, data de nascimento ou idade e sexo. Os demais campos são considerados essenciais, ou seja, não são de preenchimento obrigatório, mas são importantes para a análise do perfil epidemiológico da doença (BRASIL, 2007).

Os campos considerados pelo Manual de Normas e Rotinas do Sinan (BRASIL, 2007) como de preenchimento obrigatório - nome do paciente, idade, sexo, número e data da notificação e data de início dos sintomas - obtiveram, em sua maioria, taxa de completitude de 100% (excelente). O campo de idade, obrigatório e imprescindível para a inclusão do registro no sistema, não obteve taxa de completitude de 100% em nenhum dos anos do período, assim como o campo de sexo no ano de 2014.

O grupo de variáveis referentes aos Dados Gerais foi considerado excelente durante todo o período, obtendo 100% de completitude em todos os campos. A excelente taxa de completitude é devido ao fato de que a maioria dos campos desse grupo é considerada de preenchimento obrigatório.

No grupo de Notificação Individual, os campos de nome do paciente, idade e sexo foram considerados excelentes em todo o período, por serem de preenchimento obrigatório. O campo data de nascimento foi considerado regular de 2013 a 2016, com incremento no ano de 2017, no qual atingiu 99,94% de completitude, podendo ser considerado excelente. O campo referente à raça/cor declarada pelo paciente teve taxas de completitude consideradas muito ruins entre 2013 e 2016, entretanto houve uma boa evolução no ano de 2017, chegando a 82,35%, taxa considerada regular. O campo de escolaridade foi o único da categoria que se manteve com completitude muito ruim durante todo o período estudado, com percentual mínimo de 21,36% em 2014 e máximo de 48,10% em 2017, estando perto de ser considerado apenas ruim. As variáveis nº do cartão do SUS e nome da mãe tiveram taxas de completitude inferior a 50% na maior parte do período, porém houve uma melhora significativa no preenchimento dos campos no ano de 2017, no qual ambos atingiram percentual maior que 90%, considerados bom e excelente, respectivamente.

COMPLETITUDE DE INFORMAÇÕES SOBRE SÍFILIS ADQUIRIDA NO SINAN

Tabela 1. Percentual de completitude de informações da ficha de notificação de sífilis adquirida conforme grupos de variáveis, Porto Alegre, 2013 a 2017.

	2013		2014		2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Dados Gerais</b>										
Núm Notificação	830	100,00	1339	100,00	2582	100,00	1677	100,00	1501	100,00
Data notificação	830	100,00	1339	100,00	2582	100,00	1677	100,00	1501	100,00
Unidade notificadora	830	100,00	1339	100,00	2582	100,00	1677	100,00	1501	100,00
Data sintomas	830	100,00	1339	100,00	2582	100,00	1677	100,00	1501	100,00
<b>Notificação Individual</b>										
Nome do paciente	830	100,00	1339	100,00	2582	100,00	1677	100,00	1501	100,00
Data nascimento	698	84,00	1161	87,00	2240	87,00	1496	89,00	1500	100,00
Idade	814	98,00	1319	99,00	2544	99,00	1651	98,00	1483	99,00
Sexo	830	100,00	1338	100,00	2582	100,00	1677	100,00	1501	100,00
Raça	325	39,00	351	26,00	1005	39,00	739	44,00	1236	82,00
Escolaridade	267	32,00	286	21,00	737	29,00	513	31,00	722	48,00
Cartão SUS	112	13,00	163	12,00	706	27,00	605	36,00	1361	91,00
Nome da mãe	334	40,00	403	30,00	1161	45,00	877	52,00	1455	97,00
<b>Dados de Residência</b>										
Bairro	741	89,00	1068	80,00	2382	92,00	1611	96,00	1332	89,00
Logradouro	684	82,00	1030	77,00	2086	81,00	1627	97,00	1485	99,00
Número	617	74,00	962	72,00	2049	79,00	1516	90,00	1408	94,00
Complemento	125	15,00	172	13,00	557	22,00	439	26,00	407	27,00
CEP	577	70,00	871	65,00	1821	71,00	1499	89,00	574	38,00
Telefone	680	82,00	1180	88,00	2353	91,00	1556	93,00	1235	82,00
<b>Dados de Investigação e Inserção no Sistema</b>										
Digitação	830	100,00	1339	100,00	2582	100,00	1677	100,00	1501	100,00
Transmissão	830	100,00	1339	100,00	2580	99,92	1674	99,82	1501	100,00
Início investigação	80	9,64	23	1,72	511	19,79	1669	99,52	1491	99,33
Evolução	71	8,55	1	0,07	4	0,15	4	0,24	514	34,24
Encerramento	830	100,00	1336	99,78	2579	88,00	1674	99,82	1501	100,00

Nota: ≥95%: Excelente; 90 a 94,9%: Bom; 80 a 89,9%: Regular; 50 a 79,9%: Ruim; ≤49,9%: Muito ruim.

Fonte: Elaborado pela autora.

O grupo de Dados de Residência teve grande variação durante o período estudado. Os campos de bairro e logradouro tiveram preenchimento regular em 2013, que baixou para ruim em 2014 e evoluiu positivamente a partir de então, chegando a completitude excelente em 2016. No ano seguinte, o campo bairro voltou a ser considerado regular, enquanto o logradouro obteve o maior percentual de preenchimento no período, com 98,93% de completitude. O campo de número da residência passou de ruim, de 2013 a 2015, para bom em 2016 e 2017. O campo CEP também foi considerado ruim nos três primeiros anos do período, chegou a evoluir para regular com 89,39% de completitude em 2016, mas despençou para 38,24% em 2017, sendo considerado um preenchimento muito ruim.

O campo do complemento teve preenchimento considerado muito ruim durante todo o período, mas isso não significa que tenha sido ignorado ou preenchido incorretamente pelo profissional notificador. Muitos dos endereços não possuem complemento e a informação não é de preenchimento

obrigatório. Portanto, não deve ser levado em consideração como marcador para o atributo de qualidade dos dados.

Do grupo de variáveis de Dados de Investigação e Inserção no Sistema, os campos relativos à data de Digitação e à data de Transmissão da notificação são preenchidos automaticamente pelo sistema, portanto, tiveram completitude excelente durante todo o período. O preenchimento do campo da data do início dos sintomas foi considerado excelente, com 100% de completitude, durante todo o período, enquanto a data de encerramento da investigação foi considerada excelente nos dois primeiros e nos dois últimos anos da série, tendo taxa de 88% de completitude, considerada regular, no ano de 2015. A data de início da investigação teve a maior evolução percebida no estudo, passando da categoria muito ruim, com menos de 10% de completitude em 2015, para excelente, com percentuais maiores que 99% em 2016 e 2017. Já o campo referente à evolução do paciente teve a pior taxa de completitude do estudo, atingindo apenas 0,07% em 2014 e um máximo de 34,24% em 2017, sendo considerada muito ruim durante todo o período do estudo.

De todo o período estudado, o ano de 2014 foi o que teve as piores taxas de completitude em 8 das 13 variáveis com média de completitude menor que 100% - sexo, raça, escolaridade, número do cartão do SUS, nome da mãe, endereço, data de início da investigação e evolução do paciente.

Os resultados apresentados demonstram lacunas no processo de preenchimento de variáveis sociodemográficas importantes, como raça/cor e escolaridade. Como aponta a literatura, isso pode resultar na imprecisão das informações e na impossibilidade de traçar um perfil completo e preciso sobre a população, dificultando a análise epidemiológica que antecede o planejamento em saúde (SILVA *et al.*, 2018). Com isso, prejudica-se o diagnóstico de situações que urgem pela implementação ou pelo aperfeiçoamento de políticas públicas, como é caso da atenção às situações de sífilis na população negra.

Os resultados deste estudo refletem a necessidade de qualificação dos profissionais da saúde para o preenchimento adequado da ficha de notificação e sensibilização sobre a importância do registro qualificado das informações para a produção de indicadores capazes de subsidiar processos deci-



sórios no âmbito da saúde pública, sendo competência dos órgãos públicos investir em atividades de educação permanente e desenvolver estratégias a fim de aprimorar os sistemas de notificação de doenças e agravos (ALVARES *et al.*, 2015; CORDEIRO; JUNIOR, 2018; SILVA *et al.*, 2018).

Segundo Abath *et al.* (2014), falhas na qualidade dos dados podem resultar da falta de compromisso dos profissionais com a obrigatoriedade do preenchimento da notificação, podendo ser considerada uma atividade meramente burocrática, cujos resultados e informações produzidas muitas vezes não chegam aos profissionais das unidades notificadoras. Os autores também sugerem que sejam feitos estudos para identificar as possíveis causas da falta de preenchimento que leva à baixa qualidade dos dados, como forma de identificar estratégias para a melhoria da qualidade das informações que fundamentam o planejamento e a gestão em saúde.

Além disso, há o contexto dos profissionais que coletam e notificam os agravos. Um profissional da área da saúde utiliza inúmeros sistemas diferentes no seu cotidiano, cada um com diferentes padrões de registro, armazenamento e disponibilização das informações. Profissionais da saúde raramente recebem treinamento de qualidade e muitas vezes não há instruções padronizadas a respeito de como fazer a coleta de dados, o que propicia produção de dados de má qualidade, incompletos e não fidedignos (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010).

As fichas de notificação de sífilis adquirida do Sinan possuem uma quantidade expressiva de campos, incluindo a seção de Dados Complementares do Caso, que possui variáveis importantes para a compreensão da doença, o perfil da população diagnosticada e a identificação de riscos e vulnerabilidades, como, por exemplo, informações referentes à ocupação, comportamentos de risco e identidade de gênero, além de dados clínicos e laboratoriais, de coinfeção com HIV e dados referentes ao tratamento. Apesar de importantes para traçar um perfil completo da população afetada e para o planejamento de ações de promoção e prevenção da doença, nenhuma das informações da seção Dados Complementares do Caso consta no sistema informatizado para inserção no banco de dados do Sinan (FREITAS, 2019). Assim, a adaptação desse sistema à ferramenta de coleta de dados é necessária, visto que, a inserção dos campos referentes aos dados complementares no banco de dados possibilitaria uma análise mais profunda de

questões socioeconômicas, culturais e comportamentais e uma compreensão mais abrangente do fenômeno (KÖCHERT, 2018).

Há também a dificuldade da indisponibilidade dos dados sobre sífilis adquirida no DATASUS, que disponibiliza apenas os dados de sífilis congênita e em gestantes para tabulação. Assim, para analisar os dados sobre sífilis adquirida no Brasil, hoje, é preciso solicitar as informações disponíveis para os órgãos responsáveis pela vigilância em saúde nos níveis municipal ou estadual (MEIRELLES; LOPES; LIMA 2016).

A partir da análise das taxas de completitude das 23 variáveis do banco de dados do Sinan referente aos casos de sífilis adquirida notificados em Porto Alegre de 2013 a 2017, pode-se perceber falhas na qualidade da informação referentes ao preenchimento incompleto dos campos da ficha de notificação. Apenas os campos de preenchimento obrigatório tiveram completitude excelente (acima de 95%) durante todo o período. Nove variáveis (raça/cor, escolaridade, cartão SUS, nome da mãe, número do logradouro, complemento, CEP, início da investigação e evolução do caso) tiveram completitude ruim (50 a 80%) ou muito ruim (abaixo de 50%) na maior parte do período. Apesar disso, houve uma evolução positiva no preenchimento de algumas variáveis ao final do período, como a raça/cor e cartão SUS, que passaram de muito ruim de 2013 a 2016 para regular e bom, respectivamente, em 2017; nome da mãe, que passou de muito ruim nos 2 primeiros anos estudados para ruim em 2016 e, finalmente, excelente em 2017; e data de nascimento, que passou de regular de 2013 a 2016 para excelente no último ano de estudo. A variável escolaridade, apesar do pequeno avanço percentual, obteve escore muito ruim durante todo o período.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou um grande percentual de incompletitude dos campos de notificação da sífilis adquirida no Sinan, o que pode prejudicar a qualidade das informações e a correta análise dos dados e do perfil epidemiológico da doença. É preciso investir em ações de educação permanente, na qualificação dos profissionais de saúde e aprimoramento dos sistemas de informação, a fim de melhorar a qualidade das informações que fundamentam o planejamento e a gestão em saúde.

**REFERÊNCIAS**

- ABATH, M.B. *et al.* Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.23, n.1, p. 131-142, 2014.
- ALVARES, J.K. *et al.* Avaliação da completitude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho registradas por município polo industrial no Brasil, 2007 – 2011. *Rev Bras Epidemiol*, v.18, n.1, p.123-136, 2015.
- AVELLEIRA, J.C.R, BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro, vol. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Anexo V - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Brasília, 2017a. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html#ANEXOVCAP1](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html#ANEXOVCAP1)>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan: normas e rotinas. 2ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 68 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_infecciosas\\_parasitaria\\_gui\\_bolso.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_bolso.pdf)>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Número Especial - Sífilis, 2020. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/outubro/29/BoletimSfilis2020especial.pdf>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/ Aids, 2020. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis, 2019. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis, 2018. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis, 2017. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>>

- CORDEIRO, T.M.S.C.; JÚNIOR, A.D.O. Qualidade dos dados das notificações de hepatites virais por acidentes de trabalho, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* v. 21: e180006, 2018.
- CORREIA, L.O.S.; PADILHA, B.M.; VASCONCELOS, S.M.L. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.11, p.4467-4478, 2014.
- COSTA, J.M.B.S.; FRIAS, P.G. Avaliação da completitude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. *Cad Saude Publica*, v.25, n.3, p.613-624, 2009.
- FREITAS, G.M. *et al.* Notificação da sífilis adquirida em uma superintendência regional de saúde do sul de Minas Gerais. *Rev Cogitare enferm*, v.24: e62274, 2019.
- JORGE, M.H.P.M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S.L.D. Avaliação dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Colet*, v.18, n.1, p.7-18, 2010.
- KAUSS, B. *et al.* Reincidentes en el cuidado, pero sin derecho a la prevención: un análisis de la oferta de la profilaxis posexposición sexual al VIH en Porto Alegre, Brasil. *Salud Colectiva*, v. 16, e2463, 2020.
- KÖCHERT, A.L. Reinfecção por sífilis adquirida: análise dos casos de Porto Alegre - 2013 a 2017. 2018. 34 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/193822>>
- LIMA, M.G. *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.2, p.499-506, 2013.
- MEIRELLES, M.Q.B; LOPES, A.K.B; LIMA, K.C. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. *Rev. Panam. Salud. Publica*, v.40, n.6, p. 427-434, 2016.
- ROMERO, D.E; CUNHA, C.B. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saúde Pública*; v.23, p.701-714, 2007.
- SILVA, L.M.P *et al.* Análise da completitude das notificações de violência perpetradas contra crianças. *Rev. enferm. UFPE on line*, v.12, n.1, p.91-100, 2018.
- SOUZA, B.S.O.; RODRIGUES, R.M.; GOMES, R. M. L. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med.*, v.16, n.2, p.94-98, 2018.

The background features a grid of hexagonal icons in various shades of gray. The icons include a medical cross, a person silhouette, a first aid kit, a clipboard, a microscope, test tubes, a pill, a molecular structure, a virus, and a world map. At the bottom left, there are small icons for a monitor, a magnifying glass, a smartphone, and a cursor arrow.

# **PARTE III**

# **Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso**



*AGNES NOGUEIRA GOSSENHEIMER*

### **CONSTRUÇÃO DO MARCO LÓGICO DA POLÍTICA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: A Política Nacional de Medicamentos, como parte da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Objetivo: Realizar uma revisão sobre o processo de construção e implementação da política de assistência Farmacêutica no Brasil. Métodos: Trata-se de um estudo transversal e descritivo realizado no setor de assistência farmacêutica dos Estados brasileiros no período de julho a agosto de 2021. Num primeiro momento foi realizada uma pesquisa nas páginas das secretarias de saúde de cada Estado e Distrito Federal para verificar a existência de políticas da Assistência Farmacêutica consolidadas. Após foram analisados dados secundários da assistência farmacêutica nos Estados brasileiros que constam em relatório de gestão disponibilizados pelo Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde. A pesquisa foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2021. Resultados: Foram encontrados documentos relativos aos Estados de São Paulo, Bahia, Pernambuco, Mato Grosso e Minas Gerais. Dos dados disponibilizados pelo Departamento de Assistência Farmacêutica, apenas quatro coordenações da Assistência Farmacêutica (Bahia, Goiás, Pará e São Paulo) relataram haver a política já estruturada. Mesmo aqueles estados que têm alguma política implementada relatam dificuldade de colocar em prática as ações relacionadas com a estruturação da política, seja por falta de entendimento dos indicadores, seja por causa da falta de suporte do nível central. Conclusão: Após quase vinte anos da publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a implementação de políticas estaduais ainda não é realidade no Brasil.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Política de Saúde.

*ALESSANDRA FALEIRO FERNANDES LEÃO*

### **AGENDAMENTO CIRÚRGICO EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES NO BRASIL**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: Agendamento cirúrgico é uma medida de planejamento pré-operatório, que consiste na junção de documentos e materiais para que ocorra adequadamente todos os processos, desde a seleção e checagem de insumos e leito para o pós-operatório até a alta hospitalar do indivíduo que passará por uma cirurgia, e o processo de agendamento cirúrgico evita o cancelamento cirúrgico próximo à realização da cirurgia. Objetivo: Apresentar a funcionalidade e a importância do agendamento cirúrgico em instituições hospitalares no Brasil. Métodos: Revisão integrativa, onde foram buscados e analisados trabalhos científicos referentes ao centro cirúrgico, agendamento cirúrgico e cancelamento cirúrgico, tendo sido selecionados 05 trabalhos científicos em português e inglês, publicados nos últimos 14 anos. Resultados: Os resultados obtidos desta revisão de literatura incluíram a importância do agendamento cirúrgico em instituições hospitalares no Brasil, reduzindo o número de cancelamento cirúrgico, visando a melhoria do atendimento ao cliente/paciente e a redução de gastos desnecessários relacionados com cirurgias canceladas. O agendamento cirúrgico é benéfico financeiramente para as instituições hospitalares e em relação ao bem-estar do cliente/paciente, o agendamento cirúrgico ajuda a evitar cada vez mais que possíveis eventos adversos ocorram. Conclusão: Pode-se observar que o agendamento cirúrgico tem o propósito de reduzir os erros e, consequentemente, reduzir o cancelamento cirúrgico dentro das instituições hospitalares no Brasil, sendo algo benéfico para as instituições hospitalares e para o bem-estar físico e mental do cliente/paciente. Palavras-chave: Administração hospitalar. Centro Cirúrgico. Gestão em Saúde.

*ALINE DAL LAGO*

### **IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO PERFIL DE INTERNAÇÕES POR NEOPLASIAS NO BRASIL, 2018-2020**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: O número de casos de câncer tem aumentado de maneira considerável em todo o mundo, configurando-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial. Objetivos:

identificar se houve alterações no perfil de internações relacionadas com neoplasias no Brasil, no ano de 2020, ano de início da pandemia de coronavírus no Brasil. Métodos: Estudo transversal, com emprego de dados presentes no Sistema Internações por neoplasia na primeira causa, Valor pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS), Média de Permanência, Óbitos e Taxa de Mortalidade. Resultados: Em 2020 ocorreu um total de 759.868 internações por neoplasias no Brasil, uma redução de 13,9% se comparado a 2019 e de 8,7% frente a 2018 ( $p < 0,001$ ). Houve um aumento da taxa de mortalidade em 2020 se comparado ao biênio anterior ( $p < 0,001$ ). A região Norte apresentou a maior média de permanência nas internações e a região Nordeste apresentou maior valor médio pago por internação, durante todo o período estudado. A Região Sul apresentou uma menor taxa de mortalidade e tempo de permanência frente às demais regiões no triênio em estudo ( $p < 0,001$ ). Conclusão: A taxa de mortalidade por câncer aumentou em todas as regiões do país no ano de 2020 em relação ao período imediatamente anterior (2018-2019). Fato este que pode ser atribuído ao colapso do sistema de saúde durante o decurso da pandemia de coronavírus, onde foram direcionados os recursos e demandas em saúde para suprir essas novas necessidades. Palavras-chave: Gestão em Saúde. Políticas de Saúde. Neoplasias. Epidemiologia de Serviços. Internações Hospitalares.

*ALINE RODRIGUES RESER*

### **O USO DO GEOPROCESSAMENTO COMO FERRAMENTA PARA O PLANEJAMENTO NO CAMPO DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Orientadora: Rita de Cassia Nagem

Introdução: A técnica de geoprocessamento engloba os Sistemas de Informação Geográfica (SIG), sendo ferramenta inovadora no campo da saúde para o mapeamento das doenças. Objetivo: Mapear a luz da revisão integrativa os estudos que utilizaram o geoprocessamento aplicado a campo da saúde no Brasil, no período de 2016 a 2021. Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Resultados: A pesquisa demonstrou múltiplas possibilidades de uso no campo da saúde, tais como: mapeamento de recursos humanos; redes de atenção à saúde e, em instituições de ensino. Conclusão: A utilização do geoprocessamento em saúde demonstrou sua importância como ferramenta capaz de integrar diferentes informações, fornecendo elementos indispensáveis para o planejamento em saúde, orientando a tomada de decisão pelos gestores. Além de ser eficiente para organização de banco de dados, construção de protocolos, organização e planejamento de ações em saúde e, para a avaliação de redes de atenção à saúde.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Geoprocessamento. Georreferenciamento. Análise espacial. Sistemas de Informação.

*ANA CAROLINA HORNOS CARNEIRO*

### **A IMPLEMENTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS HOSPITALARES NAS REGIÕES BRASILEIRAS: UM ESTUDO HISTÓRICO**

Orientadora: Rita de Cassia Nagem

Introdução: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários estratégicos que atendem pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental. Objetivo: Comparar a quantidade de internações psiquiátricas hospitalares com os atendimentos realizados em CAPS nas regiões brasileiras, antes e após a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001). Método: O estudo foi desenvolvido através da coleta de dados de dois sítios: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Resultados: a Pesquisa demonstrou queda no número de internações psiquiátricas à medida em que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram sendo implementados, ofertando uma diversidade de atendimentos à população brasileira. Conclusão: a implementação dos Centros, através da oferta de múltiplos atendimentos e, inseridos em uma Rede de Atenção Psicossocial, produz impacto no número de internações psiquiátricas, garantindo o cuidado em meio aberto.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial. Internações psiquiátricas. Reforma Psiquiátrica.



ANDERSON ODILON DOS SANTOS

### **O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO PRESENTE NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE (BVS), 1988-2020**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: Nos últimos 25 anos, a Atenção Primária a Saúde, representada preferencialmente pela Estratégia de Saúde da Família, mostrou-se de grande importância para a redução significativa na mortalidade infantil, na mortalidade evitável e nas internações hospitalares no Brasil. Objetivo: Revisar a produção científica quanto ao tema financiamento da atenção básica em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), de sua implementação (1988) até 2020. Métodos: Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa. Foram incluídos artigos completos, em língua portuguesa e inglesa, publicados a partir do ano de 1988, presentes na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os Palavras-chave “Sistema Único de Saúde”, “Financiamento da Assistência à Saúde”, “Assistência à Saúde” e “Financiamento dos Sistemas de Saúde”, resultando em 15 artigos para revisão. Resultados: Nenhum artigo selecionado para revisão foi publicado nos primeiros 25 anos (1988-2013) que se seguiram à publicação da CRF-88; onze artigos foram publicados no biênio 2019-2020; houve uma dispersão de autoria e apenas um autor esteve presente em dois artigos, ambos de 2020. A revista Ciências e Saúde Coletiva publicou seis dos artigos selecionados, tratando-se especificamente dos repasses financeiros ao Sistema Único de Saúde e seus impactos. Conclusão: Encontrou-se lacuna de publicações referente aos primeiros 25 anos de implementação do SUS (1988-2013) e onze artigos encontrados foram publicados nos dois últimos anos (2019-2020), demonstrando dispersões e convergências com as leis que regem o sistema.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde. Financiamento da Assistência à Saúde. Gestão em Saúde. Políticas de Saúde. Avaliação de Políticas Públicas.

ANDRÉ FERNANDES RAMOS

### **POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADOS AO DIABETES MELLITUS NO BRASIL – UMA REVISÃO**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é o terceiro fator, em ordem de importância, de mortalidade prematura. Políticas públicas voltadas a atenção ao diabético no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são relativamente recentes. Objetivo: Realizar uma revisão da produção científica existente no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/LILACS) quanto ao tema “políticas públicas voltadas à atenção do diabético no Brasil” a partir da Constituição Federal, e sistematizar os textos segundo autoria, ano e periódico de publicação, objetivo e resultados encontrados. Dos 249 estudos encontrados, 17 foram selecionados para compor esta revisão. Também foi realizado uma pesquisa documental nas leis que se referem a políticas públicas relacionadas a atenção ao diabetes a partir de 1988, totalizando 29 políticas. Resultados: Dos 17 estudos, 10 revisaram uma ou mais políticas públicas relacionadas ao DM; 7 avaliaram a morbidade e/ou complicações associadas ao DM e estão relacionados indiretamente a políticas públicas. Quatro artigos foram publicados em 2019 e nenhum artigo selecionado foi publicado nos primeiros 18 anos pós CRFB-88 (1988-2006). Houve uma dispersão de autoria, no entanto, 4 autores estiveram presentes em dois artigos.

Conclusão: Os 17 artigos revisados revelaram a complexidade e a importância das políticas públicas para o controle da Diabetes Mellitus no Brasil.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Doenças Não Transmissíveis. Gestão em Saúde. Política de Saúde.

ANNA LAURA KÖCHERT

### **COMPLETITUDE DE INFORMAÇÕES SOBRE SÍFILIS ADQUIRIDA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN): ANÁLISE DOS CASOS REGISTRADOS ENTRE 2013 E 2017**

Orientador: Bruno Silva Kauss

Introdução: a sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível conhecida há mais de 500 anos, que persiste como problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A condição afeta pessoas de todas as idades, sexos, identidades de gênero, cores, escolaridades e classes sociais. Objetivo: Descrever a

qualidade dos dados sobre sífilis adquirida no Sinan a partir do cálculo da taxa de completude dos campos de notificação, possibilitando a análise e o acompanhamento da evolução da completude das informações ao longo do tempo. Métodos: Estudo descritivo com dados secundários, com o cálculo da taxa de completude dos dados de cada campo de notificação dos casos de sífilis adquirida registrados no Sinan em Porto Alegre, entre 2013 e 2017. Resultados: Foram calculadas as taxas de completude de 23 variáveis do banco de dados do Sinan e categorizadas conforme Escore de completude. Nove variáveis obtiveram escore ruim (50 a 80% de completude) ou muito ruim (abaixo de 50%) na maior parte do período. As únicas variáveis que obtiveram escore de completude excelente (acima de 95%) foram as de preenchimento obrigatório. Houve evolução positiva em algumas variáveis, como no do cartão SUS, data de nascimento, nome da mãe e raça/cor. A variável de escolaridade, apesar de ter um pequeno avanço percentual, teve escore muito ruim durante todo o período estudado. Conclusão: o presente estudo revelou um grande percentual de incompletude dos campos de notificação da sífilis adquirida no Sinan, o que pode prejudicar a qualidade das informações e a correta análise dos dados e do perfil epidemiológico da doença.

Palavras-chave: Saúde Pública. Gestão em Saúde. Sistemas de Informação em Saúde. Infecções Sexualmente Transmissíveis.

*ARIANE DA LUZ BARBIERO*

### **PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E A SEGURANÇA DO PACIENTE**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: A prescrição de medicamentos, para ser considerada apropriada, deve garantir a racionalidade, a segurança e custo-efetividade, contribuindo para desfechos positivos no tratamento. Erros relacionados aos medicamentos podem ocorrer em qualquer etapa do processo, desde a prescrição até a administração. Com o intuito de corrigir estes problemas se tem a disponibilidade de softwares de prescrição eletrônica que, desde a etapa de elaboração da prescrição, conduzem o médico para a realização de prescrições corretas perante as legislações pertinentes a dispensação de medicamentos. Objetivo: Realizar uma revisão narrativa acerca dos aspectos da prescrição eletrônica relacionados com a melhoria de processos e segurança do paciente. Métodos: Foram buscados artigos científicos na base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os Palavras-chave “Electronic Prescribing”, “E Prescriptions”, “Electronic Prescriptions”, “Electronic Transmission of Prescriptions”, “E Prescribing” e “Patient safety”. Resultados: O uso de sistemas de prescrição eletrônica está relacionado a uma melhoria na segurança do paciente, da eficiência e da eficácia do atendimento, auxiliando a equipe e os gestores na tomada de decisões. Conclusão: A prescrição eletrônica pode contribuir para a segurança do paciente, reduzindo erros de medicação e eventos adversos a medicamentos.

Palavras-chave: Prescrição eletrônica. Segurança do Paciente. Assistência Farmacêutica. Gestão em Saúde.

*BIANCA POZZA DOS SANTOS*

### **O PROCESSO DE REALIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE DE PELOTAS (RS)**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: A realização das notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos é necessária para as autoridades de saúde, pois possui a finalidade de identificar acontecimentos de importância na saúde pública, auxiliando na tomada de ações para a prevenção e para o controle das futuras ocorrências. Objetivo: Descrever o processo de realização das notificações compulsórias em um serviço de saúde de Pelotas (RS). Métodos: Estudo descritivo a partir de dados secundários provenientes das notificações compulsórias instituídas pela Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde. Resultados: Observou-se que o processo de notificação das doenças/agravos/eventos possui aspectos positivos relacionados ao apoio recebido pela coordenação do serviço de saúde, ao feedback das notificações pela Vigilância Epidemiológica do Município e às orientações educacionais por meio de manuais de procedimento operacional padrão. Já os aspectos negativos observados foram à

necessidade de os profissionais possuírem maior conhecimento para a realização das notificações compulsórias de doenças/agravos/eventos e a sobrecarga de atividade assistencial às pessoas, o que propiciam à subnotificação. Conclusão: A notificação auxilia na formação de um serviço de qualidade e de um cuidado integral à população, podendo contribuir com estratégias para melhorar a assistência prestada, bem como a produção do conhecimento científico.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde Pública. Sistemas de Informação em Saúde. Notificação de Doenças. Gestão em Saúde.

*BRUNA ENGELMAN*

### **EFEITOS DA CAPACITAÇÃO DE EQUIPES DE TRIAGEM NEONATAL EM VIAMÃO (RS)**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: A coleta do teste do pezinho é muito importante para a identificação precoce de doenças e diminuição de mortalidade infantil. Ainda são escassos os estudos acerca do conhecimento dos profissionais, assim como ainda não há estudos sobre o impacto de capacitações em triagem neonatal. Objetivo: Identificar os resultados do tempo de coleta após a capacitação dos profissionais de saúde sobre a triagem neonatal no município de Viamão. Métodos: Estudo retrospectivo documental, com utilização de banco de dados institucionais. O local de coleta de dados no município de Viamão (RS), com 19 Unidades de Saúde e um Hospital que realizaram o teste do pezinho. O período dos dados consistiu de outubro a dezembro de 2020 e janeiro a março de 2021. A população consistiu de todas as coletas realizadas. A coleta de dados consistiu no tempo de coleta realizado. Resultados: As 18 unidades do estudo obtiveram melhora no tempo de coleta do teste do pezinho, ou seja, foram realizados dentro do período ideal. Conclusão: Todas as unidades obtiveram melhora no tempo de coleta no tempo de 3 a 5 dias do recém-nascido. Porém não se atingiu o percentual de 100% que é preconizado.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Profissionais de Saúde. Triagem Neonatal.

*BRUNA SARTORI*

### **A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE NOVA PRATA (RS)**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: Os resultados do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira - SB Brasil 2003 comprovaram a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos. Objetivo: Face aos parâmetros estabelecidos na Política Nacional de Saúde Bucal, descrever a organização da rede de atenção à saúde bucal do município de Nova Prata/RS. Ademais, foi descrita a situação de saúde bucal no Rio Grande do Sul e as dificuldades de oferta de serviços especializados na área da saúde bucal. Método: pesquisa qualitativa, de cunho descritivo de um fenômeno e gestão local. Buscou-se por artigos científicos, teses e dissertações em língua portuguesa, indexados na base de dados Scielo entre 2020 e 2021. Resultados: os dados de saúde e de saúde bucal do Rio Grande do Sul e de Nova Prata/RS foram buscados na base de dados do e-Gestor, Datasus e IBGE e cotejados com a literatura. Conclusão: Nova Prata possui uma alta taxa de cobertura populacional em saúde bucal, comparada ao estado do Rio Grande do Sul, porém, mesmo com uma atenção primária à saúde bucal bem estabelecida, o município não possui atenção especializada em saúde bucal, não contemplando todos os pontos da Política Nacional de Saúde Bucal e ferindo o princípio de integralidade do atendimento no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Atenção Básica em Saúde Bucal. Atenção Especializada em Saúde Bucal. Centro de Especialidades Odontológicas.

*CARLOS FERNANDES ALVES DE LIMA*

### **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Orientador: Bruno Silva Kauss

Introdução: A Assistência Farmacêutica (AF) é a atividade responsável pela garantia do acesso aos medicamentos, contudo, quando este insumo não consta nas unidades ou nas relações na-

cionais, estaduais ou municipais de medicamentos, o único meio da população obter acesso é através da judicialização. Objetivo: Desenvolver uma revisão sistemática sobre o papel da assistência farmacêutica, a relação que esta área apresenta com a judicialização, evidenciar como o processo judicial ocorre e é avaliado pelo Estado, descobrir a presença de comitês que auxiliam nos processos judiciais e revelar o papel do profissional farmacêutico nos processos de judicialização. Métodos: Revisão sistemática de literatura, nas bases da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e PubMed (n=26). Resultados: O desenho metodológico predominante foi o estudo descritivo quantitativo (42,3%), retrospectivo (53,9%), publicado em 2019 (46,2%). A causa majoritária identificada para o uso de ações judiciais em saúde foram o acesso a medicamentos (73,1%) para o tratamento de diversas doenças, sendo uma delas em maior destaque, a diabetes mellitus. Os 26 estudos revisados revelam o tamanho e a complexidade do fenômeno da assistência farmacêutica e da judicialização em saúde, em específico o acesso a medicamentos no Brasil, a diferença entre casos administrativos e ações judiciais, o aumento da desigualdade social gerada pela dificuldade na difusão dessas informações pelos profissionais de saúde, tanto no setor público quanto privado, na árdua tarefa que gestores municipais e estaduais recebem para o cumprimento das ações, isso acaba trazendo um impacto direto nos recursos disponíveis para o sistema público de saúde, aumentando a insatisfação da população e afetando na qualidade no atendimento. Palavras-Chave: Assistência Farmacêutica. Gestão em Saúde. Direito Sanitário.

*CAROLINA MELECARDI ZANI*

### **TECNOLOGIAS DE GESTÃO VISUAL EM HOSPITAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: Gestão Visual (GV) é um conjunto de práticas que apoiam tomadas de decisão de processos e de melhorias organizacionais. No contexto hospitalar, a GV fornece um conjunto de alternativas que visam reduzir a complexidade desnecessária, aumentar a transparência dos processos, auxiliar na agilidade das decisões e na confiabilidade das informações. Objetivo: Identificar quais são as tecnologias mais utilizadas na GV de hospitais, tanto as práticas quanto as ferramentas. Métodos: Emprego da metodologia de pesquisa PRISMA. Dos 330 artigos encontrados, 40 textos foram examinados sob a perspectiva de: se é uma tecnologia que auxilia na prática da gestão visual; se é uma tecnologia associada a alguma ferramenta da gestão visual; qual o grau de controle da tecnologia quanto a adesão do usuário à prática/ferramenta e quais são os principais usuários e as principais dimensões de desempenho que envolve a tecnologia. Resultados: Práticas de GV estão mais comumente relacionadas com a filosofia lean de gestão e visam o desempenho da eficiência hospitalar. Exemplos são reuniões diárias, pensamento A3, trabalho padrão e mapeamento do fluxo de valor. Dispositivos visuais ajudam a reconhecer os erros, anormalidades e desperdícios, permitindo que medidas corretivas sejam tomadas rapidamente. Exemplos comuns são quadro brancos e posters, além de ferramentas baseadas no computador. Conclusões: Um ambiente hospitalar pode se beneficiar de tecnologias que envolvam práticas apoiadas por dispositivos visuais. Por exemplo, reuniões diárias frequentemente é apoiada por quadros brancos e planilhas computacionais.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Tecnologias de Gestão. Tomada de decisão. Hospital.

*ELSA FRANKE ROSO*

### **APOIO MATRICIAL EM TUBERCULOSE: Uma revisão da produção científica presente na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) (2008 - 2021)**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: O estado do Rio Grande do Sul conta com um hospital público estadual que é referência terciária para casos de tuberculose droga-resistente. Atualmente a instituição está passando por um processo de redirecionamento de suas competências que prevê o encerramento ou terceirização de suas unidades de internação e o fortalecimento da sua atuação como referência ambulatorial e de apoio matricial aos programas municipais de controle da tuberculose e outros serviços de saúde, bem como ensino e pesquisa. Objetivo: Revisar a produção científica na Biblioteca Virtual em Saúde sobre apoio matricial em

serviços de referência para tuberculose no Brasil, no período de 2008 a 2021. Método: Foram utilizados os descritores “Políticas, Planejamento e Administração em Saúde”, “Administração e Planejamento em Saúde”, “Gestão em Saúde”, “Tuberculose”, “Pneumologia Sanitária” e “Brasil”, nos idiomas português, inglês e espanhol. Resultados: Foram revisados 12 estudos, dos quais apenas dois abordam o apoio matricial em serviços de referência para tuberculose no Brasil. O primeiro mostra a prática dos apoiadores matriciais centrada na concepção biomédica, excessivo uso de tecnologias duras e estruturada no modelo gerencial hegemônico. O segundo propõe a atuação do enfermeiro do Serviço de Epidemiologia como apoiador matricial para corrigir fragilidades no fluxo da alta hospitalar e vinculação com serviços da rede de pacientes com tuberculose. A proposta, entretanto, é limitada diante de toda a potencialidade do apoiador matricial na organização da gestão e dos processos de trabalho. Conclusão: Os estudos apontam fragilidades principalmente no processo de descentralização e implementação do Tratamento Diretamente Observado na atenção primária à saúde, para as quais o apoio matricial poderia ser parte da solução, porém trabalhadores, gestores e pesquisadores ainda não recorrem a esta estratégia de gestão do cuidado no enfrentamento à epidemia da tuberculose. Palavras-chave: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Políticas de Saúde. Gestão em Saúde. Tuberculose.

*EMANOELA THEREZINHA BESSA MENDES*

### **A CONTRIBUIÇÃO DO MARKETING PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: A promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos podem ser compreendidas como um problema complexo e multidimensional que necessita de uma intervenção resolutiva a nível sistêmico e coletivo, cuja utilização do Marketing poderá ser muito proveitosa. Objetivo: Sistematizar a produção científica brasileira existente sobre a contribuição do marketing para o funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS). Métodos: Estudo bibliográfico cuja fonte de dados foram oito artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, da Scientific Electronic Library Online e do PubMed; que contemplassem no título, no descritor de assunto ou no resumo, os Palavras-chave: marketing, serviços de saúde, saúde ou marketing de serviços de saúde relacionados entre si e obrigatoriamente com o descritor, atenção primária à saúde. Resultados: Quatro estudos eram pesquisas de campo e outros quatro foram considerações oriundas da vivência profissional de seus autores; e que não houve um predomínio regional da matéria no país. Quanto à abordagem do tema, cinco artigos apresentaram o marketing como sinônimo para propaganda e publicidade; em um texto discutiu-se o conceito de marketing social nas ações de informação, comunicação e educação em saúde e em dois escritos como uma estratégia de inovação da APS. Conclusão: Reconheceu-se o marketing como uma ferramenta que aprimora o funcionamento proativo dos serviços de saúde e do próprio SUS, havendo a possibilidade de melhoria da APS com a sua aplicação. Palavras-chave: Marketing. Atenção Primária a Saúde. Serviços de Saúde. Saúde Coletiva. Gestão em Saúde.

*ÉRIC SANTOS ALMEIDA*

### **NUANCES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: No Brasil, a pandemia assumiu contornos peculiares, com elevado número de casos de COVID-19 e expressivo número de óbitos, neste contexto, a Atenção Primária à Saúde reafirma-se enquanto importante dispositivo para a organização das respostas de enfrentamento à COVID-19. Objetivo: Descrever como os serviços de Atenção Primária à Saúde organizou-se no Brasil para o enfrentamento da pandemia. Métodos: Revisão integrativa com abordagem qualitativa, a partir da estratégia PICO, a pergunta de pesquisa foi: Como a Atenção Primária em Saúde tem se organizado durante a pandemia da COVID-19 no Brasil? Sendo, o (P) – a pandemia da COVID-19 no Brasil, o (I) – a organização e o (CO) – a Atenção Primária em Saúde. Os descritores selecionados foram: “Atenção Primária à Saúde” e “Infecções por Coronavírus”. Resultados: Foram realizadas buscas nos

dias 05 e 18 de julho de 2021, e identificadas 44 produções, sendo 38 destas na BIREME e seis na Scielo. Foram identificadas temáticas que predominaram na produção sobre a organização da Atenção Primária à Saúde neste contexto da pandemia, as quais foram organizadas nas seguintes categorias: “A APS no enfrentamento da pandemia”, “Integração das Ações de Vigilância e Atenção Básica”, “Possibilidades na Integração Ensino-Serviço-Comunidade”, e “Reorientação de Serviços da Atenção Primária”. Conclusão: As experiências de organização da APS no período assinalam para a sua capacidade inventiva, inovadora e resolutive, apontam tendências de transformações no modo como o cuidado é prestado, com incorporação massiva de tecnologias de comunicação para intermediar o acesso, acompanhamento, participação e orientação dos usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Pandemia. COVID-19. Gestão em Saúde.

*ÉRICA DE BRITO MALLMANN*

### **INTERESSES DE ATORES SOCIAIS NA REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA NO BRASIL (2018-2020)**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: A regulamentação da telemedicina no Brasil tem sido objeto de debate público nos últimos anos e a pandemia de COVID-19 provocou acelerações nesse processo. Objetivo: Identificar os interesses de atores sociais no contexto da regulamentação da telemedicina no Brasil, tendo como marcadores a Resolução CFM no 2.227/2018 e posterior revogação e a autorização enquanto durar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional relativa à COVID-19, a partir dos conceitos da Teoria da Produção Social de Matus (1996a, 1996b e 2005), que versam sobre o processo de produção social e possibilitam a análise de políticas públicas com base no que é realizado pelos atores sociais. Segundo o autor, a figura do ator social age movida pela convergência entre interesse e valor e a ação de cada ator se refere às suas capacidades, sendo que o interesse (intenção) pode ser observado a partir das posições de apoio, rejeição e indiferença. Métodos: Levantamento de instrumentos normativos e documentos de acesso público, bem como notícias em portais da imprensa e institucionais dos atores envolvidos a partir de 2018. Resultados: Observou-se que o conceito de telemedicina teve notória complexificação e que, em geral, os sindicatos, conselhos regionais e associações de classe tiveram, inicialmente, posição de rejeição firme e, posteriormente, de apoio duvidoso; o Ministério da Saúde, por sua vez, passou da posição de indiferença tática para indiferença oportunista; a imprensa teve, no primeiro momento, posição de indiferença oportunista e, no segundo, de apoio aparente; a Frente Parlamentar Mista da Telessaúde, por fim, manifestou posição de apoio firme a partir de sua criação. Conclusão: As acumulações sobre a regulamentação da telemedicina desde 2018 modificaram o cenário, sendo que a pandemia de COVID-19 fez com que o interesse e o valor dado à temática tenha crescido exponencialmente entre todos os atores sociais envolvidos.

Palavras-chave: Telemedicina. Regulamentação Governamental. Política em Saúde Pública. Gestão em Saúde.

*FABIANA BERTODO*

### **CÂNCER DE MAMA – MODELO DE REMUNERAÇÃO EMPREGADO POR UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: No Brasil, os planos de saúde já movimentam cerca de R\$ 200 bilhões ao ano, dos quais R\$ 161,5 bilhões diretamente no atendimento assistencial de seus 48.238.177 beneficiários. Devido aos aumentos crescentes de custos do sistema de saúde suplementar e, também, buscando cada vez mais atenção ao paciente, há muito se estuda novos modelos de remuneração como alternativa para substituir o Fee for Service. Objetivo: Descrever o modelo de remuneração empregado por uma operadora de planos de saúde em 2019 a seus prestadores referente à patologia câncer de mama. Apresentar modelo de remuneração alternativo ao utilizado pela operadora para a patologia de câncer de mama. Métodos: Pesquisa documental nas contas pagas aos prestadores de serviços que realizaram procedimento de câncer de mama no período de 01/01/2019

a 30/12/2019. Resultados: Em 2019 foram realizadas 1028 autorizações de pagamento, resultando em gastos na ordem de R\$ 3.451.165,89, distribuídos em eventos ambulatoriais, cirurgia ambulatorial e internação. Desse total, medicamentos correspondeu a 64,5% das despesas. Fee for Service foi o único modelo utilizado por esta operadora para remuneração dos serviços prestados. O modelo Bundle foi destacado para a patologia de câncer de mama, porque se trata de um modelo com maior previsibilidade e aumento da eficiência nos custos e nos cuidados. Esse modelo de remuneração preconiza a avaliação da qualidade dos serviços prestados, sendo necessária a adoção de indicadores e ferramentas que viabilizem as previsões. Conclusão: A implantação do modelo Bundle requer diagnóstico precoce, estímulo de ação e prevenção e busca ativa dos beneficiários para adesão ao modelo de tratamento; garantir que o beneficiário, com suspeita ou diagnóstico de câncer de mama, siga os protocolos para o cuidado, através da rede referenciada, visto que a operadora em questão disponibiliza uma rede de livre escolha a seus beneficiários. Palavras-chave: Gestão em Saúde. Setor de Saúde Suplementar. Câncer de Mama. Planos de Pagamento por Serviço Prestado.

*FERNANDA RAPPA PALLAORO*

### **DISPENSAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS NA FARMÁCIA MUNICIPAL DE CIDREIRA/RS**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: Os psicofármacos compõem a terapêutica medicamentosa no tratamento das demandas em saúde mental, devem ampliar as possibilidades de tratamento, e não ser o único, ou o principal dispositivo, perpassando as diversas ambiências da gestão do cuidado e, se contrapondo às conquistas no âmbito da saúde mental. Objetivo: Descrever a dispensação de psicofármacos da Farmácia Municipal de Cidreira/RS no período 01/10/2020 à 01/10/2021. Métodos: Emprego de dados do sistema de informação Multi24h: sexo, faixa etária, quantitativo total de retiradas de medicamentos e de psicofármacos. Resultados: 50,5% dos pacientes em saúde mental têm entre 51 e 70 anos, e 67,4% são do sexo feminino. Foi identificado, no período de um ano, o quantitativo de 1.956.935 doses unitárias retiradas por 5.434 pacientes. Deste total, em saúde mental, 803.505 fármacos foram retirados por 1.853 pacientes, o que representa 41,1% de dispensações em psicofármacos. Conclusão: Conforme dados do IBGE, a população estimada do município de Cidreira/RS em 2021 é de 16.897 habitantes, dos quais 11% retiram medicações em saúde mental, na Farmácia Municipal.

Palavras-chave: Saúde Mental. Psicofármacos. Gestão em Saúde. Gestão da Assistência Farmacêutica.

*GABRIELA FERNANDA CÉ LUFT*

### **ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE GESTÃO EM SAÚDE OU GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES (BDTD) NO PERÍODO DE 2017 A 2021**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: O uso de abordagens métricas como estratégia para a mensuração de índices de pesquisa e produtividade tem se disseminado ao longo dos últimos anos. Objetivo: Quantificar a produção de teses e dissertações brasileiras sobre gestão em saúde ou gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Métodos: Bibliometria, com coleta de dados realizada na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) no período de 2017 a 2021. Resultados: Foram recuperados 662 documentos. As onze instituições que mais produziram teses e dissertações são todas públicas, os seis assuntos mais indexados foram SUS, atenção primária à saúde, enfermagem, gestão em saúde, saúde pública e política de saúde. Houve predominância do sexo feminino quanto à autoria e à orientação dos trabalhos realizados. Conclusão: Como forma de validação da produção intelectual gerada, repositórios institucionais de dados atuam como importantes mecanismos para a disseminação de novos conhecimentos à comunidade científica e as abordagens métricas como estratégias fundamentais para a mensuração de índices de pesquisa e produtividade.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Indicadores de Produção Científica. Bibliometria.

GABRIELE REIS SCHERER

### **DESAFIOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA À PROTEÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Orientador: Bruno Silva Kauss

Introdução: A violência sexual infantil é uma questão que também afeta a saúde pública, que precisa ser debatida pelos gestores de saúde. Objetivo: Identificar os desafios impostos pela pandemia da Covid-19 à proteção social de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Métodos: Revisão integrativa sobre o tema, com busca em base como BVS, SciELO, PubMed e Biblioteca Digital no Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, além de uma busca livre em órgãos oficiais e agências internacionais. Resultados: Foi identificado que os serviços de proteção social às crianças e adolescentes possuem um papel fundamental, especialmente em tempos de pandemia, quando crianças e adolescentes passaram mais tempo com seus núcleos familiares, sem acesso presencial à escola ou com acesso reduzido a serviços essenciais, o que pode ter dificultado a identificação de novos casos de violência e a subnotificação de denúncias. Existem fatores de vulnerabilidade social que incidem diretamente sobre o problema da violência sexual infantil e da vulnerabilidade de crianças e adolescentes, o que ficou mais evidente durante a pandemia da Covid-19. Conclusão: É necessário sensibilizar os gestores de saúde e capacitar as equipes para que a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situações de violência seja contínua e permanente. Os gestores e profissionais de saúde têm o desafio de dar a devida atenção aos impactos da violência sexual contra crianças e adolescentes, pois os efeitos e consequências podem perpetuar até a vida adulta.

Palavras-chave: Violência Sexual Infantil. Serviços de Proteção às Crianças. Gestão em Saúde. Vulnerabilidade Social. Covid-19.

IVAN MANUEL NICOLAU FRANÇA CHIVAMBO

### **INTERVENÇÕES OCUPACIONAIS PARA CERVICALGIA NO AMBIENTE DE TRABALHO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Orientador: Paulo Antônio Barros Oliveira

Objetivo: Identificar as intervenções preventivas e/ou curativas na literatura, aplicadas na gestão da cervicalgia pelo trabalho no ambiente de escritório e/ou semelhante. Método: Estudo descritivo, analítico de revisão integrativa realizada em bases de dados nacionais e internacionais nos últimos dez anos, de 2011 a 2021 incluiu-se treze estudos, que abordaram à intervenção para gestão da cervicalgia/dor no pescoço ocupacional pelo trabalho no ambiente de escritório e/ou semelhante. Resultados: Oito publicações originadas da Ásia (61,5%); cerca de três na Tailândia (23%); obteve-se três da Europa (23%); duas publicações do continente Americano (15%) e apenas uma do Brasil. Para gestão da cervicalgia ocupacional, se observou que as intervenções ocorreram, em dez publicações com funcionários de escritório (76,9%), em duas com professores (15,3%) e uma com enfermeiros (7,6%). As intervenções mais comuns foram: treinamento físico em seis publicações (46,15%); modificação ergonômica em duas (15%); combinação de treinamento físico e modificação ergonômica em três (23%); combinação de modificação ergonômica e promoção de saúde em três (23%) e combinação de mudança postural, caminhada e pausas em cinco (38,4%) das publicações. Conclusões: A intervenção ergonômica da estação de trabalho, por si só é boa na redução da intensidade da dor no pescoço, entretanto, é mais eficaz quando combinada ao treinamento físico e promoção da saúde no ambiente de escritório e/ou semelhante. Podendo até melhorar a eficiência financeira e a produtividade das empresas.

Palavras-chave: Cervicalgia. Gestão em Saúde. Saúde do Trabalhador. Risco Ocupacional.

JANE MARIA IZAGUIRRE

### **GESTÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA NACIONAL**

Orientadora: Rita de Cassia Nagem

Introdução: A Atenção Primária em Saúde (APS) é formada pelas Unidades Básicas em Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF). A APS funciona como principal porta de entrada para a Saú-



de no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-se por um conjunto de ações ligadas à saúde da população em que está inserida. Nesse contexto, encontra-se o gestor de UBS, cargo criado recentemente. Objetivo: Realizar uma Revisão bibliográfica integrativa sobre a produção científica nacional no período de 2000 a 2020, quanto aos principais problemas encontrados e enfrentados pelo gestor da Atenção Primária em Saúde (APS). Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca dos problemas enfrentados pelo gestor de APS no âmbito do SUS, no período de 2000 a 2020. Para a seleção dos artigos, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde: (BVS-BIREME), nas bases de dados: National Library of Medicine, National Institute of Health - USA (PUBMED), Scientific Eletronic Library online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Resultados: A pesquisa demonstrou que existem problemas em todas as UBSs, percebidos de maneira diferente pelos agentes responsáveis pela gestão e que não há um perfil ideal de gestor. Conclusão: Apesar dos problemas percebidos de forma diferente pelos gestores e não haver um consenso sobre o perfil ideal de gerente, existem propostas que podem preparar o gestor para enfrentar os problemas e desenvolver o perfil necessário a uma boa gestão. Palavras-chave: Gestão em Saúde. Atenção Primária em Saúde. Unidade Básica em Saúde. Gestor em Saúde. Administração Pública.

JESSICA SILVA DA SILVA

### **ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS ESPECIALIZADAS NO SUS: UMA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA SOBRE A REALIDADE TERRITORIAL**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: A ausência de usuários às consultas especializadas impacta tanto na saúde dos usuários quanto na gestão de políticas e serviços de saúde, demandando dos gestores definição de estratégias para lidar com o problema. Objetivos: Identificar os motivos do absenteísmo nos serviços especializados do SUS nas regiões Sul e Sudeste do Brasil e as estratégias para enfrentamento do problema. Método: Revisão bibliográfica integrativa, com artigos dos últimos dez anos publicados nos portais LILACS, SciELO e CAPES, selecionado pelos descritores em ciências da saúde "absenteísmo; SUS" no título ou resumo (n=8). Resultados: O estudo identificou motivos ligados aos usuários e serviços, sendo como principal motivo do absenteísmo, relatados pelos usuários, o esquecimento. Entretanto, as falhas na comunicação e registros apresentaram grande impacto para o absenteísmo, assim como tempo de espera. A técnica *overbooking* mostrou-se uma técnica importante para minimizar os impactos do absenteísmo, enquanto lembrar a consulta pelo aplicativo WhatsApp mostrou-se a estratégia mais efetiva na redução do absenteísmo, quando multidirecional. Lembretes por mensagem unidirecionais ou aumento de oferta não se mostraram efetivos. Conclusão: Diversos fatores interferem no absenteísmo, sendo as causas principais o esquecimento dos usuários e problemas na comunicação e registros organizacionais. Palavras-chave: Absenteísmo. Sistema Único de Saúde. Atenção secundária à saúde. Gestão em saúde.

JIANE SOARES BRAGA

### **ACOLHIMENTO EM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: Durante a pandemia da Covid-19 o primeiro acesso do usuário nas Unidades Básicas de Saúde ficou prejudicado, os serviços de educação em saúde, as visitas domiciliares e as consultas eletivas foram tendo seu espaço tomado pelo atendimento de sintomáticos respiratórios, que gradualmente aumentou com o passar dos meses. Objetivo: Revisar a produção científica existente nas bases de referências da Biblioteca Virtual de em Saúde (BVS) quanto ao tema "acolhimento em serviços de atenção primária à saúde durante a pandemia do Covid19". Métodos: Revisão bibliográfica empregando os Palavras-chave acolhimento, atenção primária em saúde, atenção básica, humanização da assistência e pandemia, período 2016-2021 com destaque para as publicações no período referente a pandemia, para comparação com as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Resultados: Os 16 artigos selecionados, publicados antes da pandemia, já abordavam uma postura analítica quanto ao acesso na APS. Os 15 artigos selecionados e publicados

após, mostraram que o acolhimento foi um processo de trabalho que apresentou alterações de acesso no período da pandemia. Conclusão: As diretrizes da PNH mostraram uma nova conformação no acolhimento, na gestão participativa e cogestão, na ambiência, clínica compartilhada e ampliada, na valorização do trabalhador e na defesa do direito dos usuários.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Acolhimento, Atenção Primária em Saúde, Políticas de Saúde.

*JOANA PAULA SABI MATTIA*

### **ESTRATÉGIAS DE QUALIFICAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA UTILIZADAS NO SUL DO BRASIL**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: O medicamento apresenta um papel importante na atenção à saúde sendo considerado um instrumento na garantia do direito à saúde. A Assistência Farmacêutica compreende um amplo conjunto de ações multiprofissionais e intersetoriais. Inserido na Assistência Farmacêutica o Componente Especializado é considerado uma importante estratégia de ampliação do acesso aos medicamentos. Objetivo: Identificar quais são as estratégias adotadas para a qualificação do acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica nos estados da Região Sul do Brasil. Procedimentos da pesquisa: Foi realizada uma pesquisa descritivo-exploratória, com busca das estratégias nos websites oficiais das Secretarias Estaduais de Saúde dos três estados da Região Sul (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina), somado a relatos de experiência e artigos científicos publicados e associados a estas estratégias. Resultados: As estratégias encontradas estão relacionadas à utilização de novas tecnologias como a inteligência artificial para o encaminhamento de processos administrativos de forma virtual/online; informações de fácil acesso de forma pública; projetos de dispensação e entrega de medicamentos na residência de pacientes já cadastrados no serviço; descentralização da dispensação dos medicamentos, assim como também o acesso ao cuidado farmacêutico através de atendimento individualizado e especializado. Conclusão: É essencial avançar em instrumentos de aprimoramento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que garantam a qualidade do acesso ao cuidado, visto a complexidade envolvida com a gestão financeira, bem como o manejo terapêutico das patologias previstas pelas linhas de cuidado nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Acesso aos Medicamentos. Estratégias de Saúde, Assistência Farmacêutica.

*KARINE LORENZEN MOLINA*

### **INTERVENÇÕES QUE REDUZEM TEMPO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: Na área da gestão, são de extrema importância estudos que tratam de intervenções administrativas e assistenciais que reduzem o tempo de internação em ambiente hospitalar. Tempos de internação prolongados e altas hospitalares não seguras comprometem a qualidade do atendimento. Objetivo: Realizar uma revisão integrativa quanto às intervenções que reduzem o tempo de permanência de pacientes clínicos em unidades de internação clínica adulto no período de 2016 a 2021. Resultados: Foram encontrados 27 artigos nas bases de referências Pubmed empregando os Palavras-chave de busca. Após a leitura, foram excluídos 19 por não respeitarem os critérios de inclusão, permanecendo oito artigos. Todos os estudos são do tipo intervenção, um é do tipo revisão sistemática e um é estudo randomizado. As Intervenções assistenciais que impactaram no tempo de permanência mais prevalentes foram relacionadas unidade dedicada (redução de 21 dias) seguido de monitoramento e educação de pacientes com Diabetes Mellitus (redução de 5,1 dias). Mobilização precoce, intervenção nutricional e avaliação de antibióticos também reduziram o tempo de permanência em 0,4, 2 e 04 dias respectivamente. Conclusão: Intervenções assistenciais com unidades dedicadas têm o maior poder de reduzir o tempo de permanência em hospitais. Palavras-chave: Gestão em Saúde. Administração Hospitalar. Qualidade em Saúde. Tempo de Permanência/Organização e Administração. Epidemiologia de Serviços de Saúde.

*LETÍCIA RODRIGUES PORCIÚNCULA*

### **A SAÚDE SUPLEMENTAR E O CUIDADO COORDENADO: PROGRAMA DE TELEMONITORAMENTO PÓS ALTA HOSPITALAR**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: A alta hospitalar, na saúde suplementar, ocorre de maneira independente da assistência ambulatorial do paciente, não havendo um cuidado integral e longitudinal. Assim, o telemonitoramento foi a estratégia utilizada para o acompanhamento do paciente pós alta, como uma ferramenta para dar continuidade no tratamento do beneficiário. Objetivo: Analisar o programa de telemonitoramento pós-alta hospitalar dos beneficiários de um plano de saúde, com foco na coordenação do cuidado. Métodos: Trata-se de um estudo transversal e descritivo, a partir do levantamento de dados secundários obtidos após o telemonitoramento pós-alta hospitalar dos beneficiários de um plano de saúde de uma clínica de Atenção Primária da rede suplementar de saúde no município de Itajaí em Santa Catarina, no período de janeiro a julho de 2021. Resultados: No período em estudo internaram 430 pacientes, com 368 altas hospitalares e 25 óbitos. Os principais motivos de internação foram clínico, cirúrgico e traumatológico. A principal causa dos óbitos foi por complicações do COVID-19, representando 72% das mortes. Ao avaliar os desfechos do telemonitoramento pós alta, ocorreram 16 consultas presenciais agendadas, 08 consultas de telemedicina para reavaliação, foram realizadas 24 visitas domiciliares, 71 pacientes mantiveram o acompanhamento com o especialista que assistiu no período de internação hospitalar e para 44 beneficiários ficou acordado o retorno (se necessário) com o médico de família de referência. Conclusão: O acompanhamento por telefone é uma tecnologia, que aliada ao cuidado em saúde após internação hospitalar, favorece a manutenção do vínculo, incentiva a adesão ao tratamento e ações de autocuidado apoiado, promovendo segurança e suporte aos pacientes.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Telemonitoramento. Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade. Alta Hospitalar.

*LETÍCIA TERRES RODRIGUES*

### **AValiação dos Atrasos de Diagnóstico e Tratamento de Leucemias nas Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: As leucemias são importantes causas de morbidade e mortalidade e figuram entre os principais tipos de câncer no país e no mundo. Os intervalos de tempo entre uma etapa do cuidado a outro, definidos como atrasos, podem ser importantes indicadores da resposta do Sistema de Saúde no enfrentamento das leucemias. Objetivo: Comparar os atrasos de diagnóstico e tratamento das leucemias nas diferentes Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul (RS) entre os anos de 2015 e 2019. Métodos: Emprego de dados do banco de Registros Hospitalares de Câncer (RHC) do INCA (n=982), avaliando-se dois atrasos: atraso de diagnóstico (tempo decorrido entre a primeira consulta com o serviço responsável pelo seu tratamento até a data do primeiro diagnóstico) e atraso de tratamento (intervalo de tempo entre o primeiro diagnóstico e a data do início do primeiro tratamento específico para o tumor). Resultados: Do total de casos, 553 (56,3%) eram homens, com média de idade de 44,4 anos, 365 (37,2%), com 60 anos ou mais anos (37,2%). A mediana encontrada para ambos os atrasos foi 3 dias, sem diferença no atraso de diagnóstico ( $p=0,199$ ) e de tratamento ( $p=0,314$ ) entre os sexos. Houve diferença significativa tanto no atraso de diagnóstico quanto de tratamento entre as diferentes Regiões de Saúde. O atraso de diagnóstico também foi maior nos casos oriundos do SUS em comparação aos casos não oriundos do SUS e os encaminhados por conta própria. Foram encontrados maiores atrasos de diagnóstico e de tratamento, tanto nos adultos (entre 18 e 59 anos), quanto nos maiores de 60 anos, em comparação com crianças (0 a 11 anos) e adolescentes (12 a 17 anos). E os estabelecimentos pertencentes à Rede de Atenção Onco-Hematológica do Estado foram capazes de diagnosticar e tratar pacientes em intervalos menores que os estabelecimentos não participantes da mesma. Conclusão: Foram encontradas diferenças significativas tanto no atraso de diagnóstico quanto de tratamento de leucemias entre as diferentes Regiões de Saúde do RS no período de 2015 a 2019.

Os achados deste estudo podem contribuir na avaliação da qualidade do serviço prestado e atuar como indicadores para os gestores públicos.

Palavras-chave: Leucemia. Regionalização da Saúde. Diagnóstico Tardio. Gestão em Saúde.

*LUCIMARA LEHMEN GHENO*

### **ESTUDOS DE SATISFAÇÃO NA ÁREA DA FONOAUDIOLOGIA: UMA REVISÃO, 2000-2020**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: A análise da percepção dos serviços fonoaudiológicos é essencial para o planejamento e a coordenação das atividades desenvolvidas, pois contribui para a melhoria no cuidado voltado aos usuários, assim como ao desenvolvimento de uma prática fonoaudiológica mais humanizada e acolhedora. Objetivo: Revisar a produção científica brasileira sobre o tema “estudos de satisfação na área da fonoaudiologia”, publicada entre 2000 e 2020. Método: O estudo revisou a produção científica brasileira contida nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Catálogo de teses e dissertações da Capes/CNPq e Catálogo de teses e dissertações da UFRGS publicadas no período 2000-2020. Resultado: Doze estudos compõem esta revisão e são referentes às áreas de audiologia, linguagem, motricidade orofacial, fonoaudiologia educacional, voz, disfagia, saúde coletiva e fluência, com publicação entre os anos de 2007 e 2020. Os estudos, de modo geral, avaliaram a satisfação dos usuários em relação ao atendimento em clínicas ou unidades de saúde de forma multidisciplinar ou generalista. Conclusão: A avaliação do serviço de fonoaudiologia foi considerada, de modo geral, satisfatória, sendo que nos estudos que utilizaram escalas para avaliação os resultados variaram entre regular e excelente.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Fonoaudiologia. Pesquisas de Satisfação. Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde

*LUÍZA SILVA VERNIER*

### **O DESENVOLVIMENTO DAS HEALTHTECHS EM GESTÃO EM SAÚDE**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: As Healthtechs são startups que tem como objetivo unir a tecnologia com dados e conhecimentos em saúde. Neste contexto, uma das categorias investidas é a de Gestão em Saúde. Objetivo: Revisar a produção científica quanto ao tema “healthtechs de Gestão em Saúde”. Métodos: Emprego da metodologia de pesquisa PRISMA. Dos 9284 artigos encontrados, 268 foram examinados buscando a categoria gestão em saúde sob a perspectiva do que é proposto pelas healthtechs. Destes, 11 artigos foram selecionados para avaliação na íntegra. Resultados: Dos 11 artigos selecionados, 8 foram publicados no ano de 2021 e 3 eram oriundos dos Estados Unidos. Nota-se dominância pela busca de resultados em saúde por aplicativos, com objetivos relacionados à parte de gestão interna, adesão e conhecimento das pessoas para utilização de ferramentas. Conclusões: As healthtechs mostram sua importância no processo evolutivo da gestão em saúde, sendo capaz de integrar diferentes informações. Entretanto ao analisar os produtos, existem questões relativas à equidade e validade interna e externa que ainda são desafiadoras. Sugere-se estudos prospectivos, devido à escassez de publicações sobre o tema.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Healthtechs. Políticas de Saúde. Tecnologia de Comunicação e Informação.

*MARJORYE COSTA SOUZA*

### **O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19: UMA REVISÃO**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: Diante do cenário da pandemia da Covid-19, os profissionais de enfermagem, que historicamente atuam no cuidado com os pacientes, vêm demonstrando sintomas de esgotamento profissional, como cansaço, ansiedade, depressão, perda de entusiasmo no trabalho assim como a perda de motivação para o trabalho. Objetivo: Identificar os impactos provocados pela Covid-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem. Métodos: Revisão de produção científica, presente na Biblioteca Virtual em saúde, Scientific Eletronic Library Online, Literatura Latino-Americana e

do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Banco de Dados em enfermagem (BDENF), publicados no biênio 2020-2021. Foram empregados os Palavras-chave Enfermagem, Covid-19, Esgotamento profissional e Saúde mental, resultando em 11 artigos para leitura na íntegra. Resultados: Dos artigos selecionados, três foram publicados na Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem e dois no Jornal Brasileiro de Psiquiatria; enquanto método empregado, dois se configuraram como estudos reflexivos, um era uma revisão de 18 outros estudos, um era uma análise transversal de entrevistas, sendo os demais estudos transversais, quantitativos. Conclusão: Os profissionais, em sua maioria, apresentaram sintomas de desgaste profissional, como depressão, ansiedade e sintomas da Síndrome de Burnout.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Enfermagem; Saúde mental; Covid-19; Saúde do trabalhador.

*MILENA PIZZOLOTTO DE CONTI MENECHINI*

### **PANORAMA DA GESTÃO DE CLÍNICAS ESTÉTICAS EM SANTO ÂNGELO (RS)**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: O estudo caracteriza os profissionais que planejam e executam os processos de gestão de clínicas estéticas da cidade de Santo Ângelo (RS). Objetivo: Identificar o nível de conhecimento e o interesse de aprendizado de controles gerenciais dos gestores de pequenas e médias clínicas estéticas na cidade de Santo Ângelo (RS). O estudo classifica-se como exploratório em relação aos seus objetivos, já quanto à abordagem, a pesquisa é qualitativa. A pesquisa fundamenta-se no método indutivo. Devido à escassez de materiais científicos relacionados ao tema, utilizou-se de artigos de temas relacionados. Para a obtenção das informações sobre a gestão das clínicas, utilizou-se a ferramenta Google Forms contendo questionário com questões abertas e fechadas com o intuito de caracterizar os profissionais que as gerem, investigar os fatores considerados pelos gestores nos processos de planejamento, organização e controle das clínicas e identificar as principais dificuldades encontradas no que tange a gestão. Das 15 clínicas registradas, foram possíveis 13 envios de questionários e obteve-se o retorno de 12 deles. Identificou-se que a totalidade das clínicas são geridas por mulheres com formação em Biomedicina Estética, Fisioterapia e Estética e Cosmetologia e apenas uma delas possui também graduação em Administração, sendo que todas as demais nunca realizaram qualquer tipo de curso na área de gerenciamento organizacional. Verificou-se que as gestoras desconhecem a amplitude organizacional de suas clínicas. Chamou bastante a atenção o fato de algumas dizerem realizar planejamento mensal, outras semanal e inclusive surgir a resposta 'faço as coisas conforme vão acontecendo', inferindo a total falta de planejamento das clínicas. Uma vez que os profissionais que atuam no setor de estética ao se formarem, trabalharão com gestão em algum momento de sua prática profissional, torna-se requisito o conhecimento de práticas de administração pelos mesmos ou a contratação de consultores especializados.

Palavras Chave: Gestão de Serviços Estéticos. Controles Gerenciais. Gestão em Saúde.

*MÔNICA CRISTINA BOGONI SAVIAN*

### **PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS OCORRIDAS NO RIO GRANDE SUL: UMA COMPARAÇÃO ENTRE O PERÍODO ANTERIOR (2015-2019) E INICIAL DA PANDEMIA POR CORONAVÍRUS (2020)**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: A difícil situação enfrentada nas instituições hospitalares do Brasil, quando se fala em hospitalização por doenças do aparelho respiratório, foi agravada pela pandemia causada pelo novo Coronavírus (SARS-COV2). Objetivo: Comparar o perfil das internações por doenças do aparelho respiratório ocorridas nos anos de 2015 a 2019 (período anterior à pandemia) com ano de 2020 (ano inicial da pandemia por Coronavírus). Métodos: Emprego de dados do Sistema de Informações Hospitalares, incluindo o número total de internações, número de internações por doenças do aparelho respiratório correspondentes ao Capítulo X da CID10, e, referente ao ano de 2020, adicionadas as internações referentes a CID B34.2, que corresponde à Infecção por Coronavírus de localização não especificada, bem como o número de óbitos, o tempo de internação (em dias) e o valor pago pelo

SUS, além das variáveis demográficas de idade, sexo e cor/raça dos usuários internados por esse tipo de doença, no estado do Rio Grande do Sul, de janeiro de 2015 a dezembro de 2020. Resultados: No período de 2015 a 2020, foram registradas no SIH-SUS um total de 4.496.788 internações hospitalares o que correspondeu a um gasto total de R\$ 777.955.682,62. Foram registradas um total de 561.698 internações por doenças do aparelho respiratório e CID B34.2, o que equivale à 12,5% de todas as internações hospitalares do período. O número de óbitos registrados no ano de 2020 representou 21,4% do total, com taxa de letalidade de 16,4%. O tempo médio de internação do ano de 2020, de 7,7 dias foi o maior observado no período analisado. Conclusão: Em 2020 houve uma redução do número de internações total e por doenças do aparelho respiratório, com aumento no valor gasto pelo SUS, tempo médio de permanência e taxa de letalidade. Palavras-chave: Gestão em Saúde. Hospitalização. Doenças do Aparelho Respiratório. COVID-19.

*MÔNICA DE ALMEIDA SOUZA E MELLO*

### **ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: As dificuldades de acesso e os custos elevados nos serviços de emergência estimularam inovações no cuidado à saúde e a inclusão do fisioterapeuta como membro da equipe. Objetivo: revisar as evidências disponíveis sobre a atuação do fisioterapeuta nos serviços de emergência de pacientes adultos, entre os anos de 2010 a 2021. Métodos: revisão da literatura, com a busca realizada em cinco bases de dados (BVS, LILACS, SciELO, PubMed e PEDro) e análise de referências bibliográficas, (n=28). Resultados: 14 trabalhos são estudos descritivos, 10 são estudos observacionais e quatro são estudos controlados. Os trabalhos envolvendo a disponibilidade do serviço e a adequação dos atendimentos parecem argumentar sobre a necessidade do fisioterapeuta nos serviços de emergência. Os artigos sobre a aceitabilidade do fisioterapeuta denotam a complexa interação entre os profissionais na emergência e sugerem mais discussões acerca da interprofissionalidade nos serviços de emergência. Percebem-se dois papéis profissionais do fisioterapeuta na emergência: contato primário (escopos avançado e estendido de prática) e contato secundário, os quais diferem em autonomia e contexto local. Os indicadores relacionados à variável tempo (tempo de espera, tempo de permanência e tempo de tratamento), assim como desfechos, satisfação do paciente e utilização de recursos têm destaque nos estudos sobre a efetividade do atendimento; existem controvérsias em relação aos impactos positivos da atuação primária em tais indicadores. Conclusão: as evidências sobre a atuação do fisioterapeuta nos serviços de emergência demonstram uma ampliação do rol de práticas e aprofundamento de papéis profissionais; estudos metodologicamente mais robustos são necessários para que se investiguem os benefícios da atuação da fisioterapia brasileira em indicadores na emergência.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Fisioterapia. Serviços de Emergência. Centro de Traumatologia.

*NATÁLIA BORGES MARTINS*

### **ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE PORTO ALEGRE**

Orientador: Guilherme Dornelas Câmara

Introdução: A saúde é um direito social e deve ser garantido pelo Governo através do Sistema Único de Saúde. No entanto, sabe-se que os determinantes sociais em saúde acabam estreitando o acesso de grupos em vulnerabilidade social, como a população em situação de rua. Apesar de a Política Nacional para População de Rua de 2009 assegurar o acesso amplo e seguro aos serviços e programas de políticas públicas de saúde, há violação deste direito, além de haver diversos aspectos relacionados a vivência da rua que contribuem para o processo de adoecimento na saúde física e mental. Nesse sentido, é fundamental compreender como se dá o acesso à saúde pela população em situação de rua no Município de Porto Alegre uma vez que habitar as ruas, por si só, configura riscos à saúde, principalmente durante a Pandemia. Métodos: Revisão narrativa com trabalhos buscados na Biblioteca Virtual de Saúde e em sites oficiais da Prefeitura a fim de identificar os serviços ofertados (n=6). Resultados: Os estudos mostraram que os principais motivos para acessar aos serviços são decorrentes da vivência na rua. Além disso, revelaram que a discri-

minação, preconceito, falta de informação, transporte são exemplos dos obstáculos para acesso à saúde. Após investigação nos sites oficiais da prefeitura de Porto Alegre, verifica-se que há diversos serviços ofertados à população, porém não há recursos suficientes para alcançar toda a população. Além disso, a pandemia impactou ainda mais um cenário de insegurança sanitária experienciada por este grupo. Conclusão: Conclui-se que o acesso à saúde desta população é limitado pela sua condição e que são necessários mais estudos para compreender o acesso à saúde da população de rua de Porto Alegre sobre a perspectivas deste público alvo.

Palavras-chave: População em Situação de Rua. Acesso aos Serviços de Saúde. Gestão em Saúde.

*NEILA APARECIDA PETENUSSO MOTA*

### **O PAPEL DO GESTOR NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EXISTENTE NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE, 2010-2021.**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: A atuação do gestor do SUS torna-se indispensável para que comunidade seja assistida da forma adequada. Portanto, se faz necessário pontuar os principais desafios da implementação e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, pois, seu pleno funcionamento torna possível um Sistema de Saúde mais equânime e universal, com continuidade do cuidado integral. Objetivo: Realizar uma revisão no tema “o papel do gestor na Rede de Atenção à Saúde – RAS”, publicados no período 2010 a 2021. Métodos: Trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Health Information from the National Library of Medicine (Medline), e Scientific Eletronic Library On-line (SciELO), período de 2010 a 2021 e descritores “Sistema Único de Saúde”, “Gestão”, “Rede” e, de forma textual, Rede de Atenção em Saúde (n=8). Resultados: Há uma publicação já no mesmo ano que o lançamento das RAS, em 2010, e uma publicação por ano em 2013 e 2016 a 2021. Houve dispersão de autoria, sem nenhum autor presente em mais de um artigo, o mesmo ocorrendo quanto às revistas. Quanto ao método, metade dos artigos empregou revisão de literatura ou pesquisa documental, sendo os demais complementados com entrevistas. Conclusão: Com relação à questão que norteou esta pesquisa percebeu-se que são muitos os desafios a serem enfrentados pelos gestores de saúde na busca da implementação e funcionalidade das Redes de Atenção à Saúde objetivando a construção de um SUS mais equânime e universal.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Rede de Atenção em Saúde.

*PATRICIA RAQUEL BOHN*

### **CONTRIBUIÇÕES DO DESIGN NA GERAÇÃO DE MELHORES EXPERIÊNCIAS DO USUÁRIO NA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: Estabelecer sistemas de saúde com eficiência e resolutividade, considerando as diferentes necessidades dos usuários, requer o pensamento sob a ótica do design. O pensar projetual tradicional e isolado, abre espaço para uma dinâmica interativa predominante, que permite gerar soluções contemplando as diferentes dimensões do cuidado e bem-estar do usuário. Objetivo: Realizar uma revisão sistemática no tema “contribuições do design na geração de melhores experiências do usuário na saúde” Métodos: Revisão sistemática de literatura, em bases de dados nacionais e internacionais, com as palavras ‘design’, ‘innovation’ e ‘health\*’, compreendendo artigos publicados no idioma inglês e português, entre os anos de 2016 a 2021 (n=22). Resultados: Grande parte das pesquisas encontradas referem-se a inovações incrementais, oportunizadas pelo design para melhorar a acessibilidade e desempenho dos sistemas de saúde propostos, a partir dos aspectos cognitivos e sensoriais do usuário, bem como os relacionados ao seu contexto.

Conclusão: Há escassez de pesquisas referente a aplicações do design para inovar considerando toda a experiência do usuário, ou seja, a compreensão da experiência sob o ponto de vista da temporalidade e de ciclos de experiência recorrentes, bem como os aspectos emocionais envolvidos.

Palavras-chave: Design de Experiência. Inovação na Saúde. Revisão Sistemática da Literatura. Gestão em Saúde.

*PÉRICLES STEHMANN NUNES*

### **O PAPEL DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE NA PREVENÇÃO A VIOLÊNCIAS AOS POVOS INDÍGENAS SOB A PERSPECTIVA DESCOLONIAL**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara.

Introdução: A questão dos direitos indígenas em qualquer país é, em geral, marcada pelas relações coloniais de poder. A saúde é um direito humano e fundamental, garantido pela Constituição Brasileira de 1988 que, em relação a povos indígenas, pretende se efetivar por meio de um subsistema específico de atenção à saúde. Todavia, dados demonstram que esse subsistema não gera uma efetiva transformação na saúde indígena, especialmente pela manutenção da postura colonial do Estado brasileiro em relação aos indígenas. Objetivo: Analisar o papel da gestão estadual de saúde na redução das iniquidades em saúde, com foco na prevenção às violências aos povos indígenas no Rio Grande do Sul é o objetivo do presente trabalho. Método: revisão integrativa da literatura. Discussão: O reconhecimento de que a violência exerce um forte impacto, tanto social quanto econômico no SUS e que as ações e as intervenções com foco na promoção da saúde precisam ser qualificadas. Conclusão: partindo dos pressupostos da ineficácia do subsistema de saúde indígena e postura colonialista do Estado Brasileiro, este trabalho apresenta que a gestão pública de saúde tem papel fundamental no enfrentamento e prevenção de violências sofridas pelos povos indígenas.

Palavras-chave: Direitos indígenas. Direito Sanitário. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde.

*PRISCILA BROLLO TONETTO*

### **PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS QUE REALIZARAM RECLAMAÇÕES NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO PERÍODO DE 2016 A 2020**

Orientador: Dr. Ronaldo Bordin

Objetivo: descrever o perfil dos beneficiários que realizaram reclamações na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no período de 2016 a 2020. Métodos: Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado a partir dos registros das reclamações de beneficiários de planos de saúde do Brasil que constam no Sistema Integrado de Fiscalização (SIF) (n=609.494). Resultados: Os planos coletivos empresariais apresentaram o maior número de beneficiários (67,6%) e das reclamações (49%) registradas no período, com aumento ao longo dos anos, predomínio na faixa de 20-59 anos (60,9%), contratados após a Lei 9.656/98 (65,5%). Por modalidade, as empresas de medicina de grupo apresentaram o maior percentual de reclamações (45,34%), seguida das cooperativas médicas (36,56). O principal motivo de reclamação se vinculava ao produto ou plano (98,1%), especialmente cobertura (71%), dos quais o gerenciamento das ações de saúde por parte da operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros somou 30,9%. Conclusão: A relevância desta discussão para a política de saúde do país está relacionada ao contexto de poder contribuir na implementação de ações estratégicas para a melhoria dos serviços prestados pelos planos de saúde privados, possibilitando agregar longevidade com qualidade de vida aos beneficiários e saúde financeira às organizações.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Saúde Suplementar. Planos de Saúde. Políticas de Saúde.

*RAQUEL PRADO THOMAZ*

### **IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL DA REDE EBSERH**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: Cuidados Paliativos consistem em uma abordagem multidisciplinar a qual busca melhorar a qualidade de vida de pacientes, e seus familiares, que lidam com doenças ameaçadoras da vida. Considerando o envelhecimento populacional e o aumento da sobrecarga com multimorbidades tem sido crescente a demanda por essa modalidade de cuidado. Objetivos: Descrever os fatores envolvidos na implementação de uma equipe matricial de palição em um hospital universitário pertencente à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Métodos: Estudo de caso sobre a implantação de uma equipe matricial de Cuidados Paliativos em um Hospital Universitário Federal da rede EBSERH. Resultados: Estratégias relevantes utilizadas para a criação e crescimento da equi-



pe neste contexto foram: existência de demanda para tal, presença de uma equipe multidisciplinar, realização de portarias, confecção de protocolos e capacitações presenciais. Como consequência houve aumento dos atendimentos aos pacientes possibilitando também a educação continuada junto às equipes assistenciais. Conclusão: São necessárias diferentes estratégias para a implementação e crescimento de novas equipes em hospitais universitários, mas ressalta-se a necessária interface com a gestão e com a educação continuada como fatores relevantes neste processo.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Hospitais Federais. Hospitais Universitários. Gestão em Saúde.

*RAQUEL REGO RODRIGUES DE DEUS*

### **APLICAÇÃO DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE EM INSTITUTOS E HOSPITAIS PEDIÁTRICOS**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: O uso de tecnologia dura (equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais) trazendo um aumento de sobrevida em crianças com agravos de saúde de alta complexidade, aliada às tecnologias leves que prestam serviços com cuidados especiais, que possibilitam maior ligação entre profissionais da saúde e usuários, promovendo bem-estar a vida do paciente dependente de tecnologia. Objetivo: Descrever a aplicação das tecnologias em saúde em locais de atendimento pediátrico. Métodos: Revisão integrativa partir das palavras-chave: uso da tecnologia na pediatria; assistência pediátrica; atenção à saúde; serviços de saúde; saúde da criança; gestão da clínica; tipos de tecnologias e humanização na assistência. Utilizou-se as bases de dados: LILACS, PubMed, Medline e SciELO, além do Google Acadêmico. Os materiais foram filtrados a partir do ano de 2002 e a pesquisa iniciada no mês de setembro de 2020. Resultados: Após as buscas, foram encontrados 22.301 trabalhos, destes filtraram-se 6.280 para chegar às 17 referências descritas neste estudo. É notório que as abordagens dos trabalhos estão alinhadas a ações educativas, aos quais unem o lado profissional a criança que possuem uma ligação de dependência da tecnologia, trazendo o cuidado contínuo, de qualidade, de maneira humanizada, que alcance para além da instituição Conclusão: Percebe-se a dificuldade em alguns trabalhos na relação acompanhamento em grandes centros e unidade de terapia intensiva, por exemplo.

Palavras-chave: Pediatria. Gestão em Saúde. Atenção Integral à Saúde da Criança. Humanização na Assistência

*RAUL FRANKLIN SARABANDO DE MOURA*

### **O PAPEL DO GERENTE DE ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO DA LITERATURA DE 2010 A 2021**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 insere o gerente de atenção básica como ator relevante para a consolidação deste nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivo - Sistematizar a produção científica brasileira quanto ao tema “papel do gerente de atenção básica”, no período de 2010 a 2021. Método: Revisão bibliográfica integrativa através de buscas por artigos, teses e dissertações nos portais BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), BDTD (Biblioteca Digital de Teses e Dissertações) e portal de teses e dissertações da Capes. Foram selecionados 18 trabalhos a partir dos critérios de inclusão dentre os 1495 resultados iniciais. Resultados: O perfil de gerentes é composto na maior parte pelo sexo feminino, com formação em Enfermagem, com variada permeabilidade de cursos de pós-graduação. O trabalho do gerente se dá, principalmente, nas áreas da gestão de processos de trabalho, gestão de pessoas e interlocução política com a gestão. São frequentes as interrupções e atravessamentos por novas demandas no cotidiano deste profissional e a gestão de pessoas representa uma área de maior dificuldade. Mesmo entre os gerentes que entendem haver preparação para a liderança em suas formações, os referenciais apresentados a eles não sustentam a complexidade do cotidiano e das relações no trabalho. Conclusão: O trabalho deste profissional é complexo, resultando da composição de diferentes técnicas e saberes, e que necessita de formações específicas dirigidas a esta multiplicidade com destaque para a gestão de pessoas.

Palavras-chave: Gerente de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde.

*RENATA LOBATO CAPPONI*

### **IMPLANTAÇÃO DA VACINA BCG NAS MATERNIDADES DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE – RS, 2019-2020**

Orientador: Ronaldo Bordin

**Introdução:** No município de Porto Alegre, em 2019, foi definido pelo Plano Municipal de Enfrentamento da Tuberculose a meta de implantação da administração da vacina BCG nas maternidades do município. Essa estratégia buscava aumentar a cobertura vacinal que apresentava queda no biênio 2018-2019 e facilitar o acesso ao imunobiológico que possuía sua administração realizada em unidades de referência. **Objetivo:** Descrever os impactos gerados pela implantação da administração da vacina BCG nas maternidades que atendem no município de Porto Alegre (RS), 2019 - 2020. **Métodos:** Foram utilizados somente dados secundários disponibilizados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações e no Sistema de Insumos Estratégicos. Essas informações foram separadas e tabuladas em uma planilha, utilizando-se o software Microsoft Excel® 2010. **Resultados:** A mudança no fluxo dos serviços vacinadores oportunizou aumento na cobertura vacinal do município, atingindo uma porcentagem de 100% após a alteração. Com o novo fluxo, a maioria dos recém-nascidos encontra-se imunizada até o 2o dia de vida, mais próximo a meta preconizada pelo Ministério da Saúde, diferentemente do que estava acontecendo com a centralização dos serviços de administração nas unidades de saúde de referência. **Conclusão:** As mudanças realizadas trouxeram um maior acesso ao imunobiológico da BCG.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Vacinação. Tuberculose. Cobertura vacinal.

*RENATA PAIXÃO SPERRY*

### **A EAD COMO ESTRATÉGIA PARA POTENCIALIZAR A DISSEMINAÇÃO DE CONHECIMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO DURANTE A PANDEMIA**

Orientadora: Rita de Cassia Nagem

**Introdução:** A Educação a Distância (EAD) é uma alternativa à educação presencial, democratizando o acesso, independente de espaço físico e temporal. **Objetivo:** Comparar os indicadores de atividades educativas antes e após o início da pandemia pela COVID-19, realizadas em um Hospital Público de Porto Alegre, entre os anos de 2014 a 2021. **Método:** O estudo foi desenvolvido da coleta de dados documentais de um hospital público universitário, da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), disponíveis no Portal EAD da Instituição e nos relatórios de acompanhamento dos cursos. **Resultados:** A pandemia interferiu significativamente nos processos educacionais do hospital universitário público, que é referência para atendimento a pacientes infectados, na medida em que aumentaram as demandas de desenvolvimento de cursos à distância na plataforma de aprendizagem virtual do hospital. **Conclusão:** A utilização de objetos de aprendizagem à distância tornou possível aproximar as pessoas e dar andamento aos processos de ensino e qualificação, contribuindo significativamente e positivamente para a realização de ações educativas com segurança durante a pandemia.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Educação em Saúde. Educação a distância. COVID-19. Pandemia.

*RITA CASSIANA MICHELON*

### **IMPACTO DA PANDEMIA NA MORTALIDADE POR INFLUENZA NA POPULAÇÃO IDOSA NO SUL DO BRASIL**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara.

**Introdução:** O vírus influenza é um dos principais causadores de mortes em idosos no sul brasileiro. **Objetivo:** Comparar as taxas de mortalidade por Influenza na população idosa no Sul do Brasil antes e durante a pandemia de Covid-19, afim de pensar estratégias para mitigar a prevalência da doença nesta população. **Métodos:** Estudo epidemiológico com análise dos dados de mortalidade e vacinação em idosos no sul do Brasil, extraídos a partir do DATA/SUS e SI/PNI, referentes aos anos de 2019 e 2020. **Resultados:** A influenza foi responsável por 6,35% e 4,60% dos óbitos em idosos no Sul brasileiro em 2019 e 2020 respectivamente. A taxa de mortalidade foi de 201

(2019) e 150 (2020) em cada 100.000 idosos. Conclusão: Medidas comportamentais e de vigilância utilizadas na pandemia da COVID-19 devem ser utilizadas para manter menores taxas de mortalidade em idosos no Sul do Brasil.

Palavras-chave: Influenza. Mortalidade. Idosos. COVID-19. Gestão em Saúde.

*RUDIRENE BUENO FLORES*

### **CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA SOBRE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PARA O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: Em tempos de pandemia, onde muitos protocolos de segurança ao paciente e ao profissional de saúde devem ser mantidos, o processo de humanização deve estar alinhado com todos os setores da instituição, a fim de conter a contaminação, mantendo o suporte necessário aos pacientes e seus familiares. Objetivo: Descrever como está se dando o manejo da atenção humanizada em hospitais durante a pandemia de COVID-19, trazendo um estudo de caso sobre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), RS. Métodos: Revisão integrativa, realizada através das plataformas SCIELO e Biblioteca Virtual de Saúde (108 artigos encontrados, sete revisados) e um estudo de caso sobre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS. Resultados: Os artigos, assim como no HCPA relatam um atendimento com objetivo de prestar um acolhimento tal qual preconizado na Política Nacional de Humanização, com escuta e classificação de risco, assim como a preocupação com a qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento tão importante para uma atenção humanizada. Conclusão: O conhecimento da Política Nacional de Humanização assim como sua inserção no processo de trabalho ajudou a instituição a criar ações para contornar as barreiras impostas pela pandemia.

Palavras-chave: Humanização. Ambiente Hospitalar. Atenção à Saúde. COVID19. Gestão em Saúde

*SAMANTA COSTA MACHADO SILVA*

### **USO DE TECNOLOGIA LEVE NA ROTINA DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO ATUANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: Na rotina do farmacêutico, atuante na atenção primária em saúde (APS), o uso de tecnologias leves determina a importância da presença e intervenção do profissional em atividades de educação em saúde e aconselhamento direcionado a terapia medicamentosa. Objetivo: Descrever a utilização da tecnologia leve na rotina do farmacêutico atuante em APS. Métodos: Revisão integrativa de artigos que abordavam sobre os serviços farmacêuticos na atenção primária, o papel do farmacêutico na assistência farmacêutica, a intervenção farmacêutica no processo do cuidado e o cuidado farmacêutico na atenção básica (n=11). Resultados: Os artigos selecionados reportam a incorporação de tecnologias leves na assistência farmacêutica a partir três eixos principais: a relação entre o farmacêutico e demais profissionais de saúde, a relação entre o farmacêutico e o paciente e o cuidado farmacêutico e educação em saúde. Conclusão: o uso de tecnologias em saúde, com destaque para a tecnologia leve, representa uma estratégia de grande importância na rotina do farmacêutico atuante na APS. Além disso, quando os três eixos são executados de forma harmônica, é possível proporcionar ao paciente assistido benefícios na promoção da saúde, atendimento humanizado e uso racional de medicamentos.

Palavras-chave: Tecnologia em saúde. Atenção primária em saúde. Assistência farmacêutica. Prática farmacêutica. Gestão em saúde.

*SIDNY DE ALMEIDA MOLINA PEREIRA*

### **A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE TECNOLOGIA DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

Orientadora: Rita de Cassia Nagem

Introdução: A síndrome de burnout é apontada como um problema de saúde pública em diversos países, devido ao aumento considerável de sua incidência. Desde o início de fevereiro de 2019,

muitas empresas adotaram o regime de trabalho em casa por causa da necessidade de se adaptar, devido a pandemia do SARS-CoV-2. Objetivo: Identificar a percepção dos profissionais de tecnologia sobre os sintomas da Síndrome de Burnout durante a pandemia no COVID- 19, no ano de 2021. Método: Pesquisa descritiva, a qual, visou especialmente a identificação de fatores que determinem ou contribuam para que determinados fenômenos ocorram. Foi aplicado um questionário on-line de tipo snowball (bola de neve), na qual, o questionário configurou-se como um formulário virtual enviado aos profissionais que trabalham na área de tecnologia. Resultados: Fica claro que muitos desses profissionais trabalharam mais do que o normal exigido pela empresa de onde trabalham. Isso pode levar esses profissionais à exaustão emocional e profissional. Além disso, explica os sintomas presentes nos profissionais que preencheram o formulário online. Situações que envolvam esforço excessivo, trabalho excessivo, curtos intervalos e desejo de ser e fazer o melhor entre seus colegas de trabalho também auxiliam para o aparecimento de sintomas. Conclusão: Existe a probabilidade de alguns sintomas da Síndrome de Burnout estar presentes nos profissionais de tecnologia durante a pandemia do covid-19 e, talvez alguns não saibam que a possam ter desenvolvido devido ao desconhecimento quanto à mesma. Palavras-chave: Gestão em Saúde. Síndrome de Burnout. Profissionais de Tecnologia. Covid-19.

*SIMARA MOMBELLI*

### **A SAÚDE SUPLEMENTAR NO RIO GRANDE DO SUL: CARACTERÍSTICAS DO MERCADO**

Orientador: Roger dos Santos Rosa

Introdução: A Saúde Suplementar está presente no Brasil desde a década de 1930 com empresas de autogestão, criadas pela iniciativa privada como um benefício aos trabalhadores brasileiros com a finalidade de conservação da sua mão de obra. São escassos os artigos e trabalhos acadêmicos com temática específica na saúde suplementar brasileira com enfoque no mercado do Rio Grande do Sul (RS). Objetivo: Contextualizar o mercado da saúde suplementar do RS para fins de uma caracterização atual (2021) do setor. Métodos: Pesquisa e revisão bibliográfica em publicações não convencionais, dados de pesquisas e relatórios governamentais. Resultados: Os dados obtidos no presente estudo evidenciam a forte participação da saúde privada no estado, que conta com 64 operadoras de saúde com registro ativo e 2.539.741 beneficiários abrangendo todos os 497 municípios. Conclusão: Há uma concentração importante na faixa etária que compõe a população economicamente ativa e também nos principais polos econômicos do estado reforçando a conexão histórica entre saúde suplementar e trabalhadores formais. Palavras-chave: Saúde Suplementar. Gestão em Saúde. Assistência à Saúde.

*SIMONE PÔNCIO DA SILVA*

### **PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: A obesidade é definida como uma doença crônica de causa multifatorial e que atinge proporções epidêmicas mundialmente e sua prevalência tem apresentado rápido crescimento em todas as faixas etárias. Objetivo: Revisar a produção científica presente na Biblioteca Virtual de Saúde e no PubMed quanto ao tema “perfil dos pacientes adultos submetidos a cirurgia bariátrica”, período 2011-2021. Métodos: Busca por artigos científicos nas bases de dados PubMed e BVS ao tema “perfil dos pacientes adultos submetidos a cirurgia bariátrica”, período 2011-2021, através dos Palavras-chave obesidade, cirurgia bariátrica e estado nutricional (n=25). Resultados: Maior prevalência do sexo feminino nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica e com IMC > 40kg/m<sup>2</sup>. A perda de peso significativa já é observada poucos meses após a cirurgia e o ganho de peso costuma acontecer a longo prazo. As deficiências de micronutrientes são comuns, com destaque para a deficiência de ferro, e se justificam pela não adesão a suplementação de polivitamínicos. Conclusão: A cirurgia bariátrica é mais prevalente entre as mulheres, quer seja por fatores estéticos ou por essa patologia ser fator de risco para doenças que afetam mais o sexo feminino. A opção pela cirurgia é uma ótima alternativa para redução e manutenção do peso corporal, porém se faz

necessário o acompanhamento a longo prazo equipe multidisciplinar para evitar reganho de peso, assim como acompanhar as taxas de micronutrientes e corrigir alterações tão logo quanto possível. Palavras-chave: Gestão em Saúde. Cirurgia Bariátrica. Perfil Nutricional. Obesidade.

*TALITA ABI RIOS TIMMERMANN*

### **NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB): ANÁLISE DA POLÍTICA NO PERÍODO DE 2019-2020**

Orientador: Ronaldo Bordin

Introdução: Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB) foram criados em 2008, com fomento financeiro do Ministério da Saúde (MS), no intuito de fortalecer as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) por intermédio da atuação de equipes multiprofissionais e sob a lógica do Apoio Matricial e da Clínica Ampliada. Em todo seu processo histórico, variadas modificações legais foram direcionando a forma de trabalho e gestão das equipes. Objetivo: Sistematizar os marcos legais no período de 2019-2020 e o número de equipes registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em todo território nacional. Métodos: Pesquisa documental, através da ferramenta de busca no site do MS, e dados de equipes cadastradas no CNES para identificação do quantitativo de equipes no Brasil entre 2019 e 2020. Resultados: Os principais documentos para gestão do NASF-AB no período em estudo não são disponibilizados no site do MS, como a Nota Técnica que explica a retirada do financiamento das equipes da gestão federal e passa a responsabilidade de custeio para os municípios, e as Portarias que dispõe sobre os indicadores por desempenho e de redefinição de cadastro das equipes no CNES. Além disso, há uma redução abrupta do número de equipes cadastradas a partir do mês de maio de 2020, em todo território brasileiro, com uma redução de 68,4%. Conclusão: As decisões da gestão federal acerca do NASF-AB tiveram influência significativa sob o número de equipes cadastradas em todo território nacional, com uma redução significativa, assim como uma ausência de informações precisas sobre o novo modelo de atuação do NASF-AB na APS, indisponíveis na busca no site do MS, caracterizando uma ausência de incentivo e interesse em fomentar esse modelo de trabalho em equipe.

Palavras-chave: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Gestão em Saúde.

*YASMIN SABA DE ALMEIDA*

### **VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA: CUSTO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS REGIÕES SUL E SUDESTE DO BRASIL (2016-2020)**

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Introdução: A violência autoinfligida é um termo que abrange não somente a automutilação, mas, também, a ideação suicida, as tentativas de suicídio e o suicídio. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 800 mil pessoas morrem, todos os anos, por suicídio ao redor do mundo, e estima-se que para cada caso de suicídio há ainda mais pessoas atentando contra a própria vida. Objetivo: Analisar os custos das internações por violência autoinfligida no Sistema Único de Saúde nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil no período de 2016 a 2020. Método: Foram empregados dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), relativos ao período estudado. Resultados: Neste período, as Regiões Sul e Sudeste do Brasil somaram mais de 311 mil notificações de violência autoprovocada, as quais levaram a 32.512 internações hospitalares, gerando um custo total de R\$ 30.886.203,48. Esse montante representa um investimento médio de R\$ 949,99 por internação, com custo por leito dia de R\$ 237,50. A média de permanência hospitalar foi de 4,0 dias e a taxa de mortalidade do período foi de 3,61%. Conclusão: Os resultados apresentam-se como um importante contributo à tomada de decisão dos gestores de saúde, ao propiciar uma estimativa da magnitude da violência autoinfligida nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil e seu panorama dentre as Unidades Federativas, possibilitando-os planejar e implementar estratégias eficazes para redução e prevenção dos casos de violência autoprovocada.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Suicídio. Violência. Mortalidade por Causas Externas.



## CURRÍCULO DOS AUTORES

**Aline Dal Lago** – Graduada em Farmácia e especialista em Gestão em Saúde. Farmacêutica Assistente no Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre. E-mail: alinelago2@yahoo.com.br

**Ana Carolina Hornos Carneiro** – Graduada em Psicologia, especialista em Direito da Criança e Adolescente, especialista em Gestão em Saúde. Servidora pública municipal e assessora técnica na Coordenação de Atenção à Saúde Mental, na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. E-mail: anahornoscarneiro@gmail.com

**Anderson Odilon dos Santos** – Graduado em Enfermagem, especialista em Gestão em Saúde. Enfermeiro do setor de Vigilância em Saúde do Hemocentro do Estado de Santa Catarina - HEMOSC. E-mail: andersonodilon14@gmail.com

**Anna Laura Köchert** – Graduada em Análise de Políticas e Sistemas de Saúde, especialista em Gestão em Saúde. Assistente Administrativa no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). cursando Bacharelado em Biomedicina E-mail: annakochert@gmail.com

**Bruno Silva Kauss** – Graduado em Direito, mestre em Políticas Públicas, doutorando em Educação. Assistente de Informações Estratégicas no Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) no Brasil. E-mail: kauss.bruno@gmail.com

**Erica de Brito Mallmann** – Graduada em Comunicação Social – Relações Públicas. Especialista em Gestão em Saúde. Consultora técnica na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde em Brasília/DF. E-mail: ericamallmann@gmail.com

**Gabriela Fernanda Cé Luft** – Graduada em Letras, mestre e doutora em Letras (área de Estudos Literários). Professora de Língua Portuguesa e Literatura no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) - Campus Porto Alegre. E-mail: gabiluft@gmail.com

**Natalia Borges Martins** – Graduada em Nutrição, especialista em Saúde Pública; especialista em Gestão em Saúde. Assistente em administração da Clínica de atendimento psicológico da UFRGS. E-mail: natalia.borges@ufrgs.br

**Neila Aparecida Petenusso Mota** – Graduada em Enfermagem, especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Estratégia de Saúde da Família, especialista em Gestão em Saúde. E-mail: neilapetenusso@hotmail.com

**Rita de Cássia Nugem** – Bacharel em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, especialista em Educação e Tecnologias, mestre em Saúde Coletiva, doutora em Epidemiologia e Saúde Pública e doutora em Administração. E-mail: rcnugem@gmail.com

**Roger dos Santos Rosa** – Graduado em Medicina e em Administração, mestre em Administração, doutor em Epidemiologia. Professor Associado do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, UFRGS. Vinculado aos PGG de Saúde Coletiva e de Epidemiologia/UFRGS. Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública. E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

**Samanta Costa Machado Silva** – Graduada em Farmácia, especialista em Gestão em Saúde, mestre em Engenharia de Biomateriais. E-mail: samantacosta\_17@hotmail.com

**Simara Cristina Mombelli** – Graduada em Administração (linha de formação em marketing), especialista em Gestão Empresarial: Administração de Empresas, especialista em Gestão em Saúde. Representante de vendas sênior na The Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson E-mail: simombelli@gamil.com

**Talita Abi Rios Timmermann** – Acupunturista (ENAC), graduada em Fisioterapia, especialista em Gestão em Saúde e mestre em Saúde Coletiva (UFRGS). Profissional do NASF (2017-2020). Coordenadora do Fórum Fazer-SUS. E-mail: talitagaucha@gmail.com

**Yasmin Saba de Almeida** – Bacharel e Licenciada em Enfermagem, especialista em Gestão em Saúde. Aluna do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (UFF). Editora Júnior da Online Brazilian Journal of Nursing. E-mail: yasminsabauff@gmail.com