



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA

**BEATRIZ SALARI BORTOLOT**

AVALIAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA ATENÇÃO  
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM NUTRIÇÃO EM UMA ÁREA  
PROGRAMÁTICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2020

BEATRIZ SALARI BORTOLOT

AVALIAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA ATENÇÃO  
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM NUTRIÇÃO EM UMA ÁREA  
PROGRAMÁTICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Amanda de Moura Souza

Coorientadora: Ma. Rebecca Cabral de Figueirêdo Gomes Pereira

Rio de Janeiro

2020

BEATRIZ SALARI BORTOLOTT

AVALIAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA PARA ATENÇÃO  
AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM NUTRIÇÃO EM UMA ÁREA  
PROGRAMÁTICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 04 de agosto de 2020.

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Amanda de Moura Souza (Orientadora)  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ

---

Ma. Rebecca Cabral de Figueirêdo Gomes Pereira (Coorientadora)  
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Ma. Tatiana Clarkson Mattos  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, motivo da minha existência, amigo, refúgio e paz!

Aos meus pais, pela vida que me deram, pelo amor incondicional concedido a mim, e por toda dedicação, paciência e ensinamentos. Amo vocês!

A minha querida irmã, Carolina, grande amiga e companheira. Te amo para todo sempre!

A toda minha família, sem exceção, por toda dedicação, apoio e por acreditarem sempre em mim. Sou uma pessoa muito melhor por tê-los em minha vida.

Aos meus colegas de residência IESC/UFRJ, Rita, Olívia, Eduardo, Eliete, Letícia, Gabriela, Thaysa e, em especial, a Carol, pela parceria e cuidado neste tempo. Soubemos superar as diferenças, decidindo o melhor para cada um e para o grupo. Sou muito grata pela amizade que construímos nesses dois anos. Vocês estão guardados em meu coração!

A todos os campos de práticas que passei nesta Residência e a todos os meus preceptores, pelo cuidado e ensinamentos. Eu aprendi e cresci muito com todos vocês! Obrigada pelos ensinamentos profissionais e pessoais! Eles sempre andam juntos! Vocês também estão guardados em meu coração!

A minha orientadora Professora Amanda Moura, pelo suporte neste tempo, pelas suas orientações. Meus sinceros agradecimentos.

A minha querida co-orientadora e primeira preceptora de campo Rebecca Cabral. Agradeço pelas trocas e aprendizados, pelas partilhas e pelas “andanças” nos territórios do Rio de Janeiro, rumo à construção de um trabalho sério e sensível. Você é uma grande profissional e pessoa! Guardo você em meu coração!

Ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ), seu corpo docente, em especial, a Coordenação e aos professores da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, meu agradecimento por terem me proporcionado um crescimento pessoal e acadêmico.

A todas as pessoas que eu tive a oportunidade de cruzar os caminhos e conhecer durante estes dois anos de Residência, quero deixar um agradecimento eterno.

Certamente me tornei um ser humano melhor nestes dois anos! Guardo este processo e caminho no coração, sabendo que “faz-se caminho ao caminhar”.

*Fazei tudo por Amor. – Assim não há coisas pequenas: tudo é grande. – A perseverança, nas pequenas coisas, por Amor, é heroísmo.*

**S. Josemaría Escrivá**

## RESUMO

BORTOLOTT, Beatriz Salari. **Avaliação dos encaminhamentos da Atenção Primária a Saúde para Atenção Ambulatorial Especializada em Nutrição em uma Área Programática do Município do Rio de Janeiro**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando como coordenadora do cuidado, possibilitando o acesso dos usuários aos demais níveis de atenção. No Sistema Único de Saúde (SUS), a regulação assistencial permite uma oferta aos serviços de saúde mais equânime e adequada às necessidades dos usuários. Dentre os procedimentos regulados no SUS, destacam-se os de alimentação e nutrição que apresentam um importante impacto na saúde de pessoas, famílias e comunidades. Este trabalho tem como objetivo avaliar os encaminhamentos da APS à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em nutrição, na AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo transversal de encaminhamentos que utilizou as bases de dados do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) do município do Rio de Janeiro, tendo como objetos de estudo as solicitações de “consulta em nutrição”, “consulta em nutrição e pediatria”, “consulta em nutrologia” e “consulta em nutrologia infantil”. Os dados coletados referem-se ao período de 1º de janeiro de 2018 a 31 de julho de 2018. Foram analisados somente os dados referentes às Unidades Básicas de Saúde (UBS) Solicitantes da AP 3.1. Um total de 1352 encaminhamentos foram encontrados no período de 1º de janeiro de 2018 a 31 de julho de 2018, sendo que 699 encaminhamentos tiveram suas justificativas avaliadas, referentes ao período de maio a julho de 2018. A maioria dos encaminhamentos se referia a pacientes do sexo feminino, adultos e possuíam classificação de risco para encaminhamento azul. Com relação ao CID informado, cerca de 44 % dos pacientes eram obesos, 19% eram diabéticos e 7% eram hipertensos, e a maioria apresentava comorbidades associadas. No que tange as justificativas contidas nos encaminhamentos avaliados, a maior parte dos encaminhamentos (87,7%) apresentavam alguma justificativa em sua descrição, e 39,8% dos encaminhamentos continham, pelo menos, dois critérios sugestivos como necessários para uma justificativa adequada. Com relação à influência de suportes apoiadores da RAS, como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 72,8% dos encaminhamentos solicitados eram provenientes de unidades básicas que não possuíam apoio do NASF. Destes encaminhamentos que possuíam apoio do NASF, 62,0% eram referentes a unidades básicas solicitantes que não possuíam o profissional nutricionista na equipe NASF. A resolutividade do cuidado depende da interação dos diferentes pontos de atenção da rede, como a Atenção Primária e a Atenção Secundária, de forma que a prática regulatória pode promover a continuidade e integralidade do cuidado. Verificou-se a potencialidade do apoio da equipe NASF à APS e a importância da inserção do profissional nutricionista na contribuição do processo de atenção à saúde da população, observando maior percentual de encaminhamentos onde não tinham apoio do NASF.

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde. Atenção secundária à saúde. Encaminhamento e consulta. Regulação. Alimentação e nutrição.

## ABSTRACT

BORTOLOT, Beatriz Salari. **Evaluation of referrals from Primary Health Care to Outpatient Care Specialized in Nutrition in a Programmatic Area of the Municipality of Rio de Janeiro.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Primary Health Care (PHC) is the preferred gateway to the Health Care Network (RAS), acting as a care coordinator, enabling users to access other levels of care. In the Unified Health System (SUS), assistance control allows the provision of health services that are more equal and adequate to the needs of users. Among the procedures regulated in SUS, highlighted as food and nutrition that have an important impact on the health of people, families and communities. This work aims to evaluate the PHC referrals for Specialized Outpatient Care (SEA) in nutrition, in AP 3.1 of the Municipality of Rio de Janeiro. This is a cross-sectional study of referrals that use as databases of the National Regulation System (SISREG) of the municipality of Rio de Janeiro, having as objects of study requests for "consultation in nutrition", "consultation in nutrition and pediatrics", Consultation in Nutrology "and" Consultation in Child Nutrology ". The data collected refer to the period from January 1, 2018 to July 31, 2018. Only data related to Basic Health Units (UBS) Requesting AP 3.1 were analyzed. A total of 1352 referrals were found from January 1, 2018 to July 31, 2018, with 699 referrals having their justifications evaluated, related to the period from May to July 2018. Most referrals refer to patients from females, adults and had risk classification for blue referral. Regarding the informed ICD, about 44% of the patients were obese, 19% were diabetic and 7% were hypertensive, and the majority had associated comorbidities. No justification changes contained in the applicable referrals, most referrals (87.7%) have some justification in their description, and 39.8% of the referrals contained at least two criteria suggested as an adequate justification. Regarding the influence of RAS support supports, such as the Family Health Support Center (NASF), 72.8% of the referrals requested were recovered from basic units that did not have NASF support. In referrals that supported NASF, 62.0% were related to basic units requested that did not have the professional nutritionist from the NASF team. The resolution of care depends on the interaction of different points of care in the network, such as Primary Care and Secondary Care, so that regulatory practice can promote the integrity and integrity of care. The potential of the NASF team's support to PHC and the importance of the nutritional professional insertion in the contribution of the population's health care process was verified, observing the highest percentage of referrals where there was no NASF support.

Keywords: Primary health care. Secondary care. Referral and consultation. Regulation. Food and nutrition.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Distribuição da Cidade do Rio de Janeiro por Áreas Programáticas (AP)   | 28 |
| Figura 2 - Fluxograma da seleção dos encaminhamentos da Atenção Básica para Atenção Ambulatorial Especializada em nutrição. Área Programática 3.1, Rio de Janeiro, 2018..... | 30 |



## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Perfil demográfico e de morbidade dos usuários encaminhados, de maio a julho de 2018. Rio de Janeiro, 2020 .....  | 34 |
| Tabela 2 - Caracterização do conteúdo dos encaminhamentos solicitados e classificação segundo escore, de maio a julho de 2018. Rio de Janeiro, 2020.....   | 35 |
| Tabela 3 - Total de agendamentos segundo Área Programática (AP), no período de janeiro a julho de 2018. Rio de Janeiro, 2020 .....   | 35 |
| Tabela 4 - Total de agendamentos solicitados, segundo as Regiões Administrativas (RA) da AP 3.1, de acordo com o percentual de cobertura NASF e o percentual de cobertura NASF com nutricionista, no período de janeiro a julho de 2018. Rio de Janeiro, 2020..... | 36 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| AAE     | Atenção Ambulatorial Especializada   |
| AB      | Atenção Básica   |
| AE      | Atenção Especializada  |
| ACS     | Agentes Comunitários de Saúde  |
| APS     | Atenção Primária à Saúde   |
| AP      | Área Programática  |
| CIH     | Central de Internação Hospitalar   |
| CMC     | Central de Marcação de Consultas   |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS/MS  |
| DHAA    | Direito Humano à Alimentação Adequada  |
| DCNT    | Doenças Crônicas Não Transmissíveis  |
| eSF     | Equipes de Saúde da Família  |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família  |
| LC      | Linha do Cuidado   |
| MS      | Ministério da Saúde  |
| NASF    | Núcleo de Apoio a Saúde da Família   |
| NIR     | Núcleo Interno de Regulação  |
| OMS     | Organização Mundial da Saúde   |
| PNAN    | Política Nacional de Alimentação e Nutrição  |
| PNAB    | Política Nacional de Atenção Básica  |
| PSF     | Programa de Saúde da Família   |
| RAS     | Rede de Atenção à Saúde  |
| RA      | Regiões Administrativas  |
| SAN     | Segurança Alimentar e Nutricional  |
| SISREG  | Sistema Nacional de Regulação  |
| SUS     | Sistema Único de Saúde   |
| UBS     | Unidades Básicas de Saúde  |
| VAN     | Vigilância Alimentar e Nutricional   |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>2 REFERÊNCIAL TEÓRICO</b> .....   | <b>13</b> |
| 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....  | 13        |
| 2.2 AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA APS .....   | 16        |
| 2.3 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) INTEGRANTE DA REDE<br>DE ATENÇÃO A SAÚDE (RAS)..... | 19        |
| 2.4 REGULAÇÃO E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE<br>JANEIRO.....                    | 21        |
| 2.5 SISREG .....   | 24        |
| <b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>4 OBJETIVOS</b> .....   | <b>27</b> |
| 4.1 OBJETIVO GERAL.....  | 27        |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 27        |
| <b>5 METODOLOGIA</b> .....   | <b>28</b> |
| 5.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....  | 28        |
| 5.2 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....   | 30        |
| 5.3 ANÁLISE DE DADOS.....  | 31        |
| 5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....   | 32        |
| <b>6 RESULTADOS</b> .....  | <b>33</b> |
| <b>7 DISCUSSÃO</b> .....   | <b>37</b> |
| <b>8 CONCLUSÃO</b> .....   | <b>46</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>47</b> |
| <b>ANEXO</b> .....   | <b>53</b> |
| ANEXO A - AGENDAMENTOS SOLICITADOS.....  | 54        |

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como o primeiro contato, atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela referência aos serviços especializados de acordo com as necessidades dos usuários e com a sua capacidade resolutiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Estudos apontam que a APS é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população, e através da regulação assistencial é possível compartilhar o cuidado com os demais pontos de atenção secundários e terciários (STARFIELD, 2002).

No que se refere à APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta o intuito de desenvolver ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade. Destacam-se, dentro do campo da Alimentação e Nutrição, as ações voltadas prioritariamente aos agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e das deficiências nutricionais, relacionados a uma alimentação e modos de vida não saudáveis. Neste sentido, as ações de alimentação e nutrição estratégicas desenvolvidas pelas equipes da ESF com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem ser voltadas para a promoção de práticas alimentares saudáveis, desenvolvimento de estratégias frente aos agravos e deficiências nutricionais, desenvolvimento de projetos terapêuticos, realização de diagnóstico alimentar e nutricional da população e promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (BRASIL, 2008a).

A busca pela universalização da saúde e o reconhecimento dos limites das ações da APS demonstram a importância da atuação ser inserida no contexto da RAS, possibilitando ofertar a continuidade do cuidado e a garantia de outras competências para o cuidado de agravos que demandem mais completude (MENDES, 2010). Para tanto, a regulação assistencial permite direcionar a solicitação de atendimentos dos usuários às consultas especializadas e ou exames até seu atendimento e retorno à unidade solicitante.

De acordo com a Nota Técnica nº 2 de 2017 (RIO DE JANEIRO, 2017) que estabelece as orientações sobre a atuação do Nutricionista nos NASF do município do Rio de Janeiro, deve ser encaminhado para Atenção Secundária casos que necessitem de investigação e confirmação diagnóstica, casos complexos que estejam em risco nutricional, gestantes de risco, transtorno alimentar associado ou

não a outros transtornos/sofrimentos mentais, casos em que o consumo alimentar esteja inferior a um terço das necessidades nutricionais, acesso inviabilizado ao trato gastrointestinal, perda de peso refratária ao cuidado longitudinal com equipe multidisciplinar, preservando Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 40kg/m<sup>2</sup> ou o diagnóstico de obesidade associado a comorbidades que limitem a qualidade de vida do usuário e quando o usuário estiver em tratamento medicamentoso ou radioterápico.

A Área Programática 3.1 (AP 3.1) do Município do Rio de Janeiro, cenário deste estudo, localiza-se na zona norte do município do Rio de Janeiro e compreende seis regiões administrativas (RA), como Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré. No que se refere à oferta de serviços e de ações de saúde, a AP 3.1 apresentava, na Atenção Básica, até o primeiro semestre de 2018 (período escolhido para elaboração do estudo) 211 Equipes de Saúde da Família (ESF), cobrindo 81,7% do território, com 80 equipes de saúde bucal e 11 equipes NASF (com nove profissionais nutricionistas inseridos nas equipes). Além disso, a área apresentava três Centros de Especialidades Odontológicas, cinco Centros de Atenção Psicossocial e academias de saúde, onde 19 continham equipamentos e sete delas apenas com educador físico (RIO DE JANEIRO, 2018).

Diante deste contexto, o objetivo principal deste estudo é avaliar os encaminhamentos para Nutrição da Atenção Básica, das Unidades da Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro, para Atenção Ambulatorial Especializada via Sistema de Regulação.

## 2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

Os referenciais teóricos adotados para fundamentar o presente estudo e que estão desenvolvidos a seguir são: o conceito e a história da Atenção Primária à Saúde (APS) as ações de alimentação e nutrição na APS; a atenção ambulatorial especializada como integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS); o conceito de Regulação e a da regulação assistencial no Município do Rio de Janeiro; e funcionamento do Sistema Nacional de Regulação, o Sisreg.

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de forma a ofertar as ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando os determinantes da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O termo APS foi apresentado no princípio pelo Relatório Dawson, publicado pelo governo inglês em 1920, com o intuito de organizar os serviços de saúde para uma população de uma determinada área, propondo pela primeira vez a noção de RAS, apresentando definições importantes, como “território”, “populações adstritas”, “porta de entrada”, “vínculo e acolhimento”, “referência”, APS como coordenadora do cuidado”, influenciando nas demais organizações dos sistemas de saúde pelo mundo. Definiu três principais níveis de serviços de saúde: “centros de saúde primários”, “centros de saúde secundários” e “hospitais-escola”, arcabouço para o que se conhece hoje por regionalização. Segundo este relatório, a APS caracterizaria o núcleo do sistema, com atendimento da população adstrita, com a atuação importante do médico generalista, os *general practitioners* (GP), a fim de prover cuidados de prevenção e recuperação da saúde baseado nas necessidades (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reunida em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, foi outro importante marco histórico da APS (OMS, 1978). A declaração de Alma-Ata definiu cuidados primários em saúde como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 1-2).

Um importante conceito de APS foi elaborado por Starfield (2002) que define a APS como a porta de entrada preferencial do sistema de serviço de saúde, centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, sendo a base para os outros níveis dos sistemas de saúde. Starfield ainda sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, que caracterizam os atributos essenciais utilizados na Política Nacional de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

As concepções da APS foram adotadas de formas distintas, principalmente no que diz respeito à aplicação nos países industrializados. Segundo Starfield (2002) em países com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de Medicina, o conceito de “proximidade com as pessoas” trazido pela APS repercutiu diferentemente. Nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma forte base de atenção primária (STARFIELD, 1994). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) utilizou a nomenclatura Atenção Básica (AB), proposto pela Reforma Sanitária Brasileira, para definir APS, apresentando como estratégia principal a Saúde da Família (SF) (BRASIL, 2011a).

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), configurando-se estratégia importante para a mudança do modelo de assistência à saúde e para o aumento do primeiro contato aos serviços de saúde no SUS, visando principalmente ampliar a cobertura dos serviços de saúde (principalmente nas áreas mais vulneráveis), transformando-se ao longo dos anos em Estratégia de Saúde da Família (ESF). Baseada nos princípios do SUS, a ESF persiste como eixo norteador para organização da atenção básica e ordenadora da RAS, significando avanço de estabilidade à política (SILVA, 2012). Em 28 de março de 2006, através da Portaria

GM/MS nº 648, o MS publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o objetivo de reorganizar a atenção básica e expandir a ESF no Brasil (BRASIL, 2006a). Duas versões foram posteriormente publicadas pelo Governo Federal, uma em 2011 e outra, em setembro de 2017.

A ESF é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescentado à composição da equipe multiprofissional a equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde (BRASIL, 2017a).

Foi criado em 2008 os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), formados por profissionais de saúde de outras categorias profissionais a fim de ampliar a resolutividade das ações e serviços de atenção básica foram implementados (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Cabe aqui mencionar que a atual conjuntura de crise política e econômica do país trouxe mudanças significativas na última versão da PNAB publicada em 2017, propondo alterações importantes na dimensão organizativa e funcional, levando a flexibilização da modalidade de organização - Estratégia Saúde da Família (ESF) e AB tradicional, além de mudanças na composição da equipe, na quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e nas suas atribuições específicas (MELO *et al.*, 2018).

O DCNT, juntamente com o surgimento de novas doenças e o retorno de antigos agravos, levou a mudança no perfil epidemiológico da população, ocasionando reorganização da RAS para assistência ao cuidado, principalmente dos portadores de doenças crônicas, evidenciando a importância da participação do usuário como sujeito da ação, centralizado na autonomia e na formação do vínculo profissional-usuário, definindo o compartilhamento do cuidado (SILVA, 2012).



Considerando a relevância da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, revela seu protagonismo para a comunicação com os demais pontos da Rede, visando à garantia da integralidade do cuidado, buscando, desta forma, a resolução das necessidades de saúde, a partir da construção das relações “usuário e profissional de saúde” (HADAD; JORGE, 2018).

## 2.2 AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA APS

Segundo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN),

A alimentação e nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. (BRASIL, 2013, p. 8).

De acordo com a Lei nº 8.080, de 19/09/1990 (BRASIL, 1990), a alimentação, entre outros, atua como determinantes e condicionantes da saúde, competindo ao SUS formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição, sendo eixo transversal às ações de saúde.

O Brasil sofreu intensas modificações políticas, econômicas, sociais e culturais nos últimos tempos que repercutiram no modo de vida da população. O país passou pela transição demográfica, epidemiológica e nutricional apresentando importantes mudanças nos padrões de saúde e alimentação da população brasileira. Essas transformações levaram à diminuição da fome e desnutrição, com um aumento expressivo do sobrepeso/obesidade na população (BRASIL, 2013). Atualmente, o excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) e a obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) têm sido considerados um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias. Segundo dados do estudo Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), em 2019, a frequência de excesso de peso foi de 55,4%, sendo ligeiramente maior entre homens (57,1%) do que entre mulheres (53,9%). Já para a obesidade, a frequência de adultos obesos foi de 20,3%, sendo semelhante entre homens e mulheres (BRASIL, 2020). Entretanto, tais mudanças são desiguais. Observa-se ainda elevadas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população, como entre as crianças indígenas (26%), quilombolas (16%), residentes na região norte do país (15%) e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda

(15%), de forma que crianças e mulheres que residem em bolsões de pobreza são significativamente mais afetadas (BRASIL, 2013).

As DCNT constituem um dos grandes problemas de saúde pública da atualidade. As doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias são as principais DCNT e possuem quatro fatores de risco modificáveis em comum: tabagismo, atividade física insuficiente, uso nocivo do álcool e alimentação não saudável (WHO, 2013).

No Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes, com ênfase para doenças cardiovasculares (28%), as neoplasias (18%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5%) (WHO, 2018). Como uma das medidas de conter o avanço das DCNT e seus fatores de risco, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com outras instituições, elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, visando promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2011b).

Frente ao cenário epidemiológico atual, a PNAN constitui como uma resposta do SUS para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira, promovendo a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida, devendo a atenção nutricional fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica (AB) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, 2013).

De acordo com a PNAN, o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na RAS inicia-se pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adstrita pelas equipes de atenção básica. A vigilância alimentar e nutricional (VAN) é de responsabilidade sanitária da equipe de atenção básica e ferramenta imprescindível para identificar indivíduos ou grupos que apresentem agravos e riscos para saúde, relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar, além de identificar os possíveis determinantes e condicionantes da situação alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2013).

Deste modo, a AB deverá atender às necessidades e demandas de saúde do território, levando em consideração o contexto epidemiológico do país, como ações relacionadas a prevenção e tratamento da obesidade, da desnutrição, das carências nutricionais e das DCNT, associadas à alimentação e nutrição, além da assistência

aos indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais, como as decorrentes dos erros inatos do metabolismo, transtornos alimentares, entre outros (BRASIL, 2013).

Com o intuito de fomentar a inserção das ações de alimentação e nutrição no âmbito da AB, a PNAN ressalta a importância da atuação de equipes multiprofissionais, como forma de apoio às ações das equipes de referência da AB, através do matriciamento e clínica ampliada (BRASIL, 2013).

Segundo Borelli e colaboradores (2015), o matriciamento é uma proposta no qual as equipes multiprofissionais atuam de forma integrada com as equipes de saúde da família (eSF), de modo a desenvolver apoio assistencial e técnico-pedagógico.

De acordo com Jaime e colaboradores (2011), o atual perfil nutricional da população brasileira, com aumento da obesidade e das doenças carências, justifica a inserção do profissional de Nutrição nas equipes NASF. No que diz respeito à atuação do nutricionista, no âmbito da AB, suas atribuições têm como eixo central a contribuição para o planejamento e a organização das ações de cuidado nutricional local, a fim de melhorar a resolutividade do cuidado, atuando sobre os determinantes dos agravos e problemas alimentares e nutricionais que acometem a população de um determinado território.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde lançou, em 2017, o material “Contribuições dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família para a Atenção Nutricional” com o cunho de apresentar ferramentas e conhecimentos aos trabalhadores e gestores do SUS a fim de promover a reflexão sobre o processo de trabalho dos NASF junto às equipes de referência da AB no que diz respeito aos cuidados em alimentação e nutrição (BRASIL, 2017b).

De acordo com o material publicado e considerando as diretrizes do processo de trabalho do NASF apresentadas no Caderno de Atenção Básica nº 39 volume I (BRASIL, 2014), a contribuição de profissionais de diferentes núcleos de saberes para a Atenção Nutricional na AB (reconhecendo o papel do profissional nutricionista como protagonista) deve incluir ações, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, voltadas para: identificação e análise das características alimentares e nutricionais da população adstrita; Planejamento e execução de ações de educação alimentar e nutricional; Diagnóstico dos principais agravos relacionados à alimentação e nutrição e organização de critérios de classificação de risco; Compartilhamento de saberes

dos núcleos profissionais junto aos demais profissionais integrantes da eSF; Oferta de atendimento clínico nutricional aos indivíduos que apresentem agravos relacionados à alimentação e nutrição; Construção e implementação de estratégias clínico-assistenciais e técnico pedagógicas que ampliem a resolutividade da Atenção Nutricional na AB; Desenvolvimento de articulações intersetoriais nos territórios para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), defesa e exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (BRASIL, 2017b).

Cabe a Atenção Básica ser o foco de ações da Atenção Nutricional, entretanto devendo também articular, de acordo com as necessidades dos usuários, com os demais pontos da RAS, como os serviços de apoio diagnóstico terapêutico, serviços especializados, hospitais e atenção domiciliar. Desta forma, a AB deve garantir a coordenação do cuidado e a manutenção do vínculo pela equipe de referência, uma vez encaminhados os usuários para os serviços de Atenção Especializada (BRASIL, 2013, 2017a).

### 2.3 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) INTEGRANTE DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE (RAS)

No final de 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, definindo as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

De acordo com a Portaria (BRASIL, 2010), a organização em RAS tornou-se importante diante da dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e, além disso, para qualificar a gestão do cuidado. Soma-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro e a necessidade de resposta diante do crescimento das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, ratificando a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede, valorizando, desta forma, sua comunicação com os demais pontos de atenção da RAS de forma a assegurar a integralidade do cuidado.

Para além da caracterização de RAS, destaca-se outro importante conceito, o de linha do cuidado (LC), muito valioso para a atenção relacionada às DCNT (MALTA; MERHY, 2010). A concepção de LC une dois atores imprescindíveis na construção do cuidado: o profissional e o usuário, de forma que o sistema de saúde se torna responsável pelo cuidado trilhado no SUS. A LC estabelecida, ou seja, o itinerário percorrido pelo usuário no SUS através do fluxo assistencial pode perpassar pelos diferentes pontos do sistema de saúde, de acordo com as demandas pessoais e assistenciais, como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MERHY; CECÍLIO, 2003; MALTA *et al.*, 2004; MALTA; MERHY, 2010).

A partir desses conceitos e compreendendo a Atenção Especializada (AE) de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas intersetoriais, ela pode ser conceituada como a área em que é aplicado um conjunto de ações demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que reúnem maior densidade tecnológica, que podem ser caracterizadas por serem especializadas. No que concerne a AE, pode-se distingui-la pela modalidade ou nível assistencial, em atenção secundária (serviços médicos ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico), atenção terciária (de diagnose e terapia e atenção hospitalar) e urgência/emergência (que se insere e articula com todos os níveis de atenção) (SOLLA; CHIORO, 2010).

Diferentemente da APS, que apresenta uma distribuição territorial mais descentralizada, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, a AE caracteriza-se pela oferta hierarquizada e regionalizada, levando em consideração aspectos econômicos, como a economia de escala, mensurando eficiência e custo/benefício na saúde (SOLLA; CHIORO, 2010).

Para que a RAS funcione, é primordial a integração entre os diferentes pontos de atenção da rede do sistema de saúde, lembrando que a AB deve ser a principal porta de entrada do sistema, ordenando a necessidade de fluxo e contra fluxo, referências e contra referências. O conceito de linha do cuidado supera o processo “protocolar” de referência e contra referência, pois parte do princípio da fluidez de pactuação de fluxos e reorganização do processo de trabalho a fim de facilitar a integralidade do cuidado, sem romper com a referência e contra referência embutida na formalidade do processo (SOLLA; CHIORO, 2010).

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) configura-se por ofertar serviços que além de consultas especializadas, também ofertam os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Alguns estudiosos consideram a AAE um gargalo no SUS, no qual, dentre outros fatores, ocorre uma fragmentação do cuidado. Os serviços especializados recebem os usuários do SUS através de encaminhamento ou referência, de modo que na maioria dos casos os profissionais não conhecem os pacientes encaminhados. Por vezes, os especialistas criam um “vínculo solitário”, sem compartilhamento do cuidado com a AB, além da retenção dos pacientes ao serviço e longas filas de espera, principalmente em especialidades como otorrinolaringologia (SARMENTO JUNIOR; TOMITA; KOS, 2005; SANTOS; ALMEIDA, 2018).

#### 2.4 REGULAÇÃO E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A saúde, segundo o Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) é um direito de todos e dever do Estado. Para o seu provimento cabe ao Estado, dentre outras ações, garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades da população, uma vez que se entende a importância do Estado em assegurar a equidade e eficiência no setor Saúde, função inábil para o Mercado (BRASIL, 2011c).

Uma importante forma de atuação do Estado para garantir uma oferta mais equânime e eficiente dos bens e serviços de saúde é através da Regulação. No SUS, desde a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), em 2001, depois com o Pacto pela Saúde, em 2006, e mais recente, com a publicação da Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, a discussão de estruturar as ações de regulação tem se intensificado (BRASIL, 2011c).

Oliveira e Elias (2012) ao discutir sobre conceitos de regulação em Saúde no Brasil trazem que, segundo o Relatório mundial de Saúde 2000 (OMS, 2000), a regulação é uma função de governo dos sistemas de saúde, intimamente relacionada à função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuições de recursos, bens e serviços de saúde. Ao identificarem uma diversidade de conceitos de regulação, os autores afirmam haver uma polissemia do termo, por vezes com significados tão distintos e controversos.

Um importante conceito que cabe mencionar neste trabalho é o trazido por Eugênio Vilaça, estudioso de sistemas de saúde do Brasil e no mundo:

A regulação estatal se dá quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população. (MENDES, 2002, p. 176).

Ao falar da Regulação em Saúde, cabe mencionar o processo de descentralização do SUS. Com a instituição do Pacto pela Saúde em 2006, reunido pelo Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, a descentralização foi proposta como uma das diretrizes do Pacto pela Gestão, com o intuito de promover a descentralização progressiva dos recursos para estados e municípios, que passaram a assumir a gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

Em consonância com o processo de descentralização da gestão do SUS, foi instituída, através da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, a Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008b), com o intuito de ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas três esferas de governo.

Esta Política organiza as ações em três dimensões, que devem funcionar de maneira integrada: a Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência.

A Regulação de Sistemas de Saúde apresenta como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas (BRASIL, 2008b).

Já a Regulação da Atenção à Saúde é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, e apresenta como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, tendo como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e

como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2008b).

Por último, a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008b).

Atendo-se mais especificamente a Regulação da Assistência, relacionada ao objeto de estudo deste trabalho, esta contempla as seguintes ações: a) regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar as urgências; b) controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; c) padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais e d) estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008b).

Vale ressaltar que cabe ao município viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização. No âmbito do município tem o Complexo Regulador Municipal, que é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, de gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, com a atribuição de regular o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantir o acesso da população referenciada, conforme o que foi pactuado (BRASIL, 2008b).

No município do Rio de Janeiro, a introdução do Complexo Regulador ocorreu de forma longa. Até a década de 90 não estava implantada nenhuma regulação assistencial das vagas na cidade do Rio de Janeiro. A marcação de consulta e procedimentos era feita presencialmente em uma Central de marcação, através do pedido em receituário médico. O paciente recebia então a autorização mediante um



carimbo, ficando assim a cargo dele conseguir a vaga pretendida. Era ainda o início de uma “regulação”, sob a gestão Estadual (ROCHA, 2015).

Em 1999, o município do Rio de Janeiro foi qualificado a realizar gestão plena do sistema municipal tornando-se responsável, além de outros aspectos, pela normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal. Inicialmente, os encaminhamentos eram realizados a partir do registro manual em cadernos. O paciente, ao ser encaminhado, tinha que ir pessoalmente ao setor da administração municipal intitulado Central de Autorização de Internação e Procedimentos Especiais (CAIPE) a fim de receber autorização, formando filas que se iniciavam durante a madrugada (ROCHA, 2015).

Com o passar dos anos, o modo de marcação foi se modificando. Não era mais necessário o atendimento direto ao usuário nos estabelecimentos especializados pela marcação. As unidades prestadoras passaram a enviar planilhas diretamente ao serviço de regulação, evitando assim a concentração dos usuários nos serviços de marcação. A partir de 2004, foi implantada a primeira versão do SISREG, desenvolvido no DATASUS, na cidade do Rio de Janeiro, ainda restrito aos prestadores privados. No ano de 2006, o sistema mudou-se para SISREG II, o qual funcionava via WEB e abrangia vagas de todos os prestadores privados e alguns prestadores públicos (ROCHA, 2015).

Atualmente opera a terceira versão do SISREG, SISREG III, sendo um sistema público, que tem o cunho de agrupar todas as vagas e solicitações de consultas e procedimentos especializados para o município do Rio de Janeiro e cidades do interior para as cidades onde o município do Rio de Janeiro é referência (ROCHA, 2015).

## 2.5 SISREG

O Sistema Nacional de Regulação, o Sisreg, trata-se de um sistema de informações disponibilizado online, desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS, que permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional (ROCHA, 2015).

O programa funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet e é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC), que permite o gerenciamento da assistência ambulatorial (consultas e exames especializados), e a Central de Internação Hospitalar (CIH), que está relacionado à assistência hospitalar. Ele foi criado em 2001, ocorrendo de lá para cá novas atualizações e versões do sistema, de modo que hoje ele opera em sua terceira versão (SISREG III) (BRASIL, 2011c; MAIA, 2012).

Os encaminhamentos lançados no SISREG ambulatorial municipal são classificados em um sistema de prioridade, baseado em cores, definindo o tempo máximo desejável de atendimento, onde o “vermelho” representa situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em até 30 dias; o “amarelo” são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, em até 90 dias; o “verde”, pode aguardar até 180 dias e o “azul”, são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, podendo esperar mais que 180 dias (RIO DE JANEIRO, 2014). Esta classificação auxilia na ordenação da fila, que é feita por procedimento solicitado, sendo priorizados os casos de acordo com a classificação de prioridade descrita acima e com data de solicitação mais antiga.

Cabe ao médico regulador da unidade solicitante da atenção primária e/ou do nível central realizar a ordenação da regulação. Antes da consulta ser efetivamente marcada, o regulador do SISREG avalia o procedimento solicitado para marcação, podendo negar a vaga por não concordar com a indicação clínica e até mesmo devolver o pedido para complementação de dados que ele julgar necessário. Caso o regulador concorde com o pedido, se houver uma vaga disponível no momento da marcação, o agendamento é realizado, retornando para a unidade solicitante que informa ao usuário em qual unidade executante o procedimento será realizado. Caso não haja vaga disponível, ou seja, precisa aguardar para autorizar a marcação da consulta, o paciente necessita entrar em uma fila de espera para aguardar o surgimento da vaga ao procedimento solicitado (RIO DE JANEIRO, 2014).

### 3 JUSTIFICATIVA

A resolutividade do cuidado depende da interação dos diferentes pontos de atenção da rede, como a Atenção Primária e a Atenção Especializada, de forma que a prática regulatória pode promover a continuidade e integralidade do cuidado. Informações incompletas dos usuários referenciados, como sua condição clínica, e a ausência de critérios para a referência podem dificultar o processo de análise dos encaminhamentos, assim como podem levar a encaminhamentos inadequados e, impedir a identificação de condições que poderiam ser resolvidas na atenção primária, além de não favorecer a resolutividade da RAS. Desta forma, a qualidade das informações fornecidas nos encaminhamentos justificados pelos profissionais da atenção primária pode caracterizar-se como facilitadores para a ação regulatória, uma vez que é o ponto de comunicação com os profissionais da central de regulação.

Além disso, no que diz respeito à resolução do cuidado, o apoio dos NASF pode favorecer as ações de prevenção e promoção da saúde, intensificando os cuidados na APS e diminuindo o fluxo de encaminhamentos para os pontos de atenção secundário e terciário da rede, não somente pela oferta do cuidado, mas também por atuar na regulação do acesso, uma vez que o NASF pode atuar na gestão das listas de espera na APS, auxiliando na discussão dos casos encaminhados.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os encaminhamentos da Atenção Básica para Atenção Ambulatorial Especializada em nutrição.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil demográfico e de morbidade dos usuários encaminhados;
- Avaliar a adequação do preenchimento das justificativas dos encaminhamentos da Atenção Básica para Atenção Ambulatorial Especializada em nutrição;
- Conhecer o fluxo dos encaminhamentos dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Avaliar a influência de suportes apoiadores da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na qualidade dos encaminhamentos.

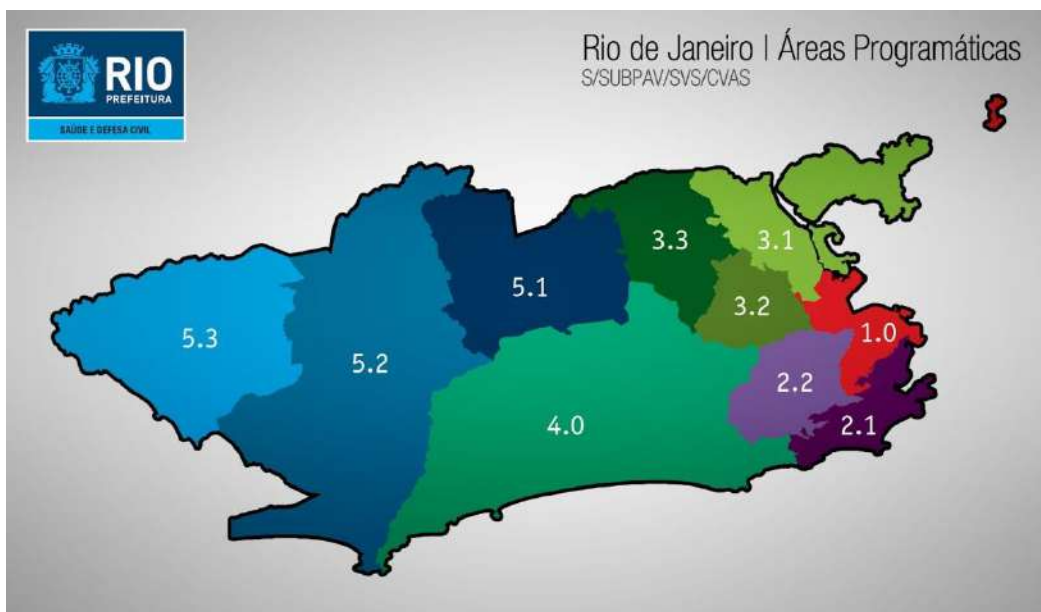
## 5 METODOLOGIA

### 5.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, que utilizou as bases de dados do SISREG do município do Rio de Janeiro, desenvolvido pelo DATASUS, disponível on-line, que permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional. No presente estudo foram avaliados os dados da Área de Planejamento 3.1 do município do Rio de Janeiro.

O município está inserido na Região Metropolitana I de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Para fins de planejamento em Saúde, o plano interno da Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP) (Figura 1).

**Figura 1 - Distribuição da Cidade do Rio de Janeiro por Áreas Programáticas (AP)**



Fonte: <http://sisregiii.saude.gov.br/>.

A AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro, cenário deste estudo, é composta por 28 bairros e uma população total estimada para o ano de 2016 de 900.477 habitantes. Localizada na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, compreende seis regiões administrativas (RA), como Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré, reunindo bairros que

apresentam elevados índices de densidade demográfica e caracterizada por ser uma das Áreas de maior vulnerabilidade social (RIO DE JANEIRO, 2018).

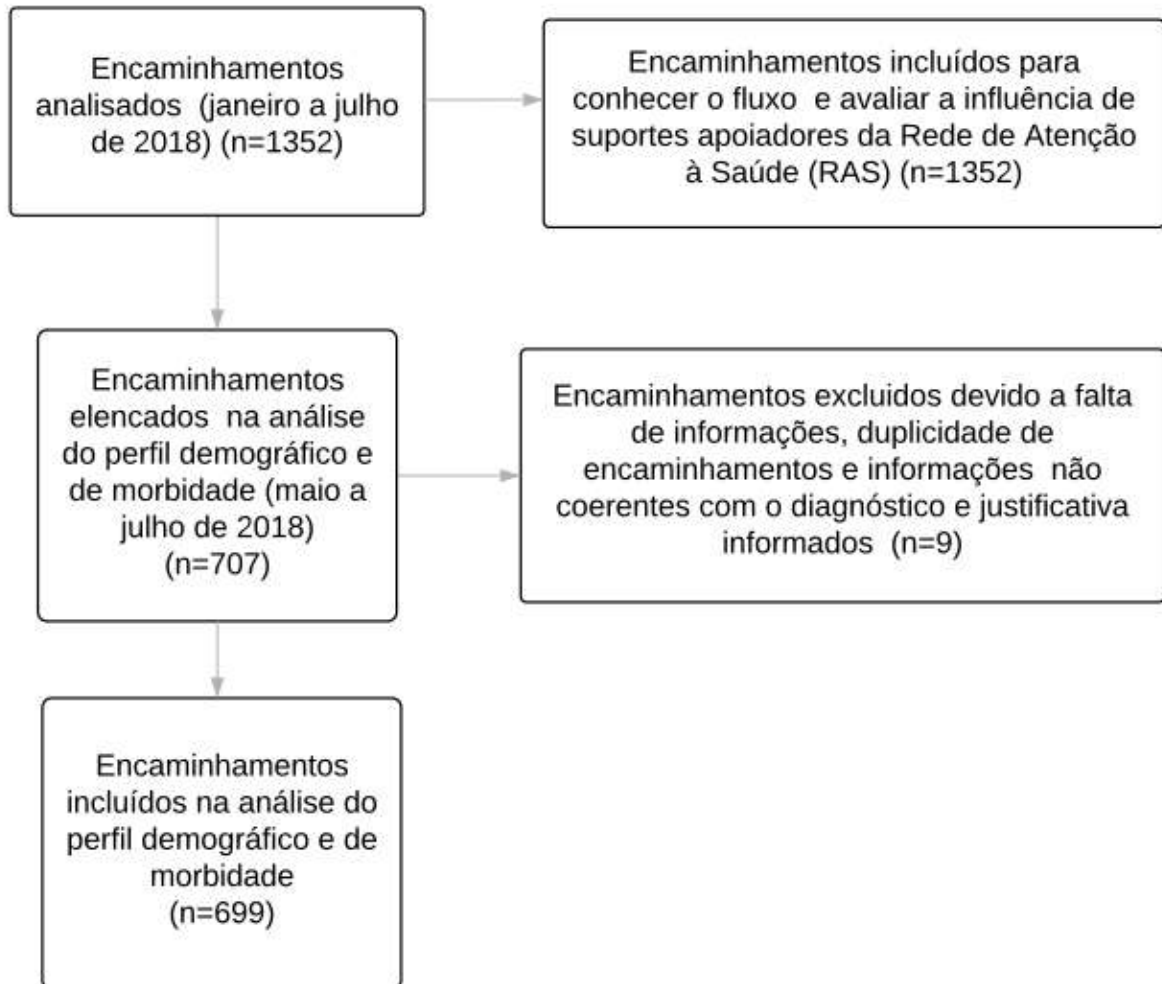
Os dados coletados referem-se ao período de 1º de janeiro de 2018 a 31 de julho de 2018, através do site disponível na internet (<http://sisregiii.saude.gov.br/>). Foram analisados somente os dados referentes às Unidades Básicas de Saúde Solicitantes da AP 3.1.

O acesso aos encaminhamentos foi solicitado ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Coordenação de Área Programática 3.1 (CAP 3.1), composto por profissionais capacitados em Regulação, que atuam na organização da regulação de consultas, exames e internações na AP 3.1.

Para análise do perfil demográfico e de morbidade dos usuários encaminhados e da qualidade das justificativas foram considerados os encaminhamentos para Nutrição do período de maio a julho de 2018. Foi decidido analisar somente os últimos três meses, definindo assim um recorte, devido ao tempo insuficiente para analisar os encaminhamentos em sua totalidade no momento da condução do estudo.

Através do SISREG, no período compreendido entre janeiro e julho de 2018, foram encaminhados 1.352 pacientes. No período de maio a julho de 2018 foram realizados 707 encaminhamentos, sendo nove encaminhamentos excluídos devido a falta de informações, duplicidade de encaminhamentos e informações não coerentes com o diagnóstico e justificativa informados, totalizando 699 encaminhamentos (Figura 2).

**Figura 2 - Fluxograma da seleção dos encaminhamentos da Atenção Básica para Atenção Ambulatorial Especializada em nutrição. Área Programática 3.1, Rio de Janeiro, 2018**



Fonte: <http://sisregiii.saude.gov.br/>.

Para a avaliação do fluxo dos encaminhamentos dentro da RAS e da influência de suportes apoiadores da RAS na quantidade de encaminhamentos solicitados, considerou-se o período compreendido entre janeiro e julho de 2018, totalizando 1.352 solicitações (Figura 2).

## 5.2 VARIÁVEIS ESTUDADAS

As seguintes solicitações de consulta foram analisadas: “consulta em nutrição”, “consulta em nutrição e pediatria”, “consulta em nutrologia” e “consulta em nutrologia infantil”, disponíveis no site <http://sisregiii.saude.gov.br/>.

O perfil demográfico e de morbidade dos pacientes encaminhados foi descrito com base nas seguintes variáveis: sexo, faixa etária (<10 anos; 10 a 19 anos; 20 a 59 anos; 60 anos e mais), classificação de risco (azul, verde, amarelo e vermelho) e agravo classificado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Para avaliar a adequação do preenchimento das justificativas dos encaminhamentos da Atenção Básica para Atenção Ambulatorial Especializada em nutrição, foram considerados como conteúdo mínimo necessário para composição de uma justificativa de encaminhamento para nutrição, os seguintes itens:

- 1) Resumo da história clínica do paciente: Relato da história clínica pregressa e atual, contextualizada à história de vida (centrado no usuário e não na doença).
- 2) Exame físico: Presença de dados antropométricos referentes à pressão arterial, peso, estatura, IMC, circunferência da cintura, dentre outros dados de acordo com a faixa e etária e o quadro de saúde do usuário.
- 3) Exame laboratorial: Hemograma, Resultado de hemoglobina glicada e/ou glicemia em jejum, lipidograma (triglicerídeos, HDL - colesterol, LDL - colesterol).
- 4) Ações desenvolvidas: Ações e condutas que já foram pactuadas com o usuário, por exemplo, prescrição medicamentosa, prescrição de atividade física e prescrição da dieta, orientações gerais.
- 5) Pactuação com dispositivos de suporte da rede, como o NASF: Registro de ações matriciadas, o quadro tenha sido articulado com o NASF ou outro suporte de matriciamento.

A fim de qualificar as justificativas, foi definida uma pontuação por escore, variando de 0 a 5, no qual 0 representa a ausência de critério e 5 representa que a justificativa apresentou todos os critérios definidos necessários para compor uma justificativa de encaminhamento para nutrição.

### 5.3 ANÁLISE DE DADOS

Foram calculadas as frequências absoluta e relativa das seguintes variáveis extraídas dos encaminhamentos: faixa etária (<10 anos; 10 a 19 anos; 20 a 59 anos; 60 anos e mais), sexo, tipo de procedimento (“consulta em nutrição”, “consulta em



nutrição e pediatria”, “consulta em nutrologia” e “consulta em nutrologia infantil”), classificação de risco (azul, verde, amarelo e vermelho), agravo classificado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Além destas variáveis, calculou-se a frequência absoluta e relativa das seguintes variáveis extraídas do conteúdo dos encaminhamentos: resumo do paciente, exame físico, exame laboratorial, ações desenvolvidas e pactuação com o NASF.

Além destas variáveis, considerou-se, neste estudo, a estratificação de encaminhamentos por Área Programática (AP), a fim de avaliar o fluxo dos encaminhamentos dentro da RAS, considerando o período de janeiro a julho de 2018.

Por fim, para avaliar a influência de suporte de apoiadores da RAS na quantidade de encaminhamentos solicitados, considerou-se o percentual de cobertura NASF e o percentual de cobertura NASF com nutricionista, com relação a população de cada RA, das unidades básicas solicitantes nas Regiões Administrativas da AP 3.1, além do percentual de encaminhamentos de cada RA.

A análise dos dados foi realizada com apoio do Programa Estatístico R versão 3.5.3.

#### 5.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) (CAAE: 17110619.3.0000.5286) em 08 de julho de 2019, e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) (CAAE: 17110619.3.3001.5279) em 31 de julho de 2019.

## 6 RESULTADOS

A maioria dos encaminhamentos se referiam a pacientes do sexo feminino, adultos e possuíam classificação de risco para encaminhamento azul (Tabela 1) . Com relação ao CID informado, cerca de 44 % dos pacientes eram obesos, 19% eram diabéticos e 7% eram hipertensos (Tabela 1). Vale ressaltar, que a maioria dos usuários encaminhados tinham comorbidades associadas descritas nas justificativas, como hipertensão e/ou diabetes mellitus e/ou obesidade e/ou insuficiência renal crônica (IRC) e/ou dislipidemia, dentre outras.

No que diz respeito ao tipo de procedimento ambulatorial solicitado, aproximadamente 90,0% dos encaminhamentos eram referentes à consulta em nutrição, 8,0% eram referentes à consulta em nutrição pediátrica, 1,3% era referente à consulta em nutrologia e 0,4% era referente à consulta em nutrologia infantil.

No que se refere à justificativa dos encaminhamentos descritos, a maioria dos encaminhamentos (87,7%) apresentavam alguma justificativa em sua descrição, sendo que 71,5% expunham, pelo menos, um breve relato do resumo do paciente, 40,5% demonstraram apresentar, pelo menos, alguma mensuração referente ao exame físico, como peso, estatura e IMC e, 7,3% continham, pelo menos, algum registro de exame laboratorial, como glicemia, hemoglobina glicada e exames do perfil lipídico. 2,4% relataram algum tipo de atividade e conduta já ter sido realizado anteriormente e nenhuma apresentou pactuação com o NASF (Tabela 2).

Com relação à pontuação por score estabelecida, observou-se que apenas 39,8% dos encaminhamentos continham, pelo menos, dois critérios sugestivos como necessários para uma possível justificativa adequada. Observou-se que 25,6% não apresentou nenhum critério proposto, isso porque, apesar de alguns encaminhamentos apresentarem justificativas, muitos relatavam pontualmente apenas o nome das doenças e comorbidades apresentadas, sem contextualização com um mínimo relato do resumo do usuário encaminhando e descrição dos outros itens (Tabela 2).

No tocante ao fluxo dos encaminhamentos, observou-se que 75,1% eram agendamentos destinados às Unidades da Área Programática 3.1 (AP 3.1), cenário deste estudo, seguida pela AP 3.2 que recebeu 17,4% de solicitações de agendamentos. No total, 24,9% encaminhamentos foram direcionados a outras Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro (AP 3.2, 2.2, 1.0, 2.1, 3.3, 5.1) (Tabela

3). Vale ressaltar, que para caracterização do fluxo dos encaminhamentos, levou-se em consideração todos os 1352 encaminhamentos, referentes ao período de janeiro a julho de 2018

Em relação ao percentual de cobertura NASF e o percentual de cobertura NASF com nutricionista, observou-se que somente a RA de Manguinhos apresentou 100% de cobertura NASF e 100% de cobertura NASF com nutricionista, sendo a RA que menos solicitou encaminhamentos (0,4%), quando comparada as outras RA. AS RA do Alemão e de Ramos não apresentavam cobertura NASF no momento do estudo, e solicitaram 27% e 10, 9 % dos encaminhamentos, respectivamente (Tabela 4).

Aproximadamente 73% dos encaminhamentos foram relativos às Unidades que não possuíam apoio de equipe NASF. Destes que tinham apoio do NASF, 62,0% não apresentavam profissional nutricionista na composição das equipes (Tabela 4).

**Tabela 1 - Perfil demográfico e de morbidade dos usuários encaminhados, de maio a julho de 2018. Rio de Janeiro, 2020**

| Variáveis                     | Frequência |      |
|-------------------------------|------------|------|
|                               | N          | %    |
| <b>Sexo</b>                   |            |      |
| Feminino                      | 499        | 71,4 |
| Masculino                     | 200        | 28,6 |
| <b>Faixa etária (anos)</b>    |            |      |
| <10                           | 36         | 5,2  |
| 10 a 19                       | 61         | 8,7  |
| 20 a 59                       | 419        | 59,9 |
| 60 e mais                     | 183        | 26,2 |
| <b>CID</b>                    |            |      |
| Obesidade                     | 309        | 44,2 |
| Diabetes Mellitus             | 134        | 19,2 |
| Hipertensão Arterial          | 47         | 6,7  |
| Dislipidemia                  | 34         | 4,9  |
| Exame Geral                   | 32         | 4,5  |
| Insuficiência Renal           | 14         | 2,0  |
| Deficiência nutricional       | 13         | 1,9  |
| Desnutrição                   | 6          | 0,9  |
| Outras                        | 110        | 15,7 |
| <b>Classificação de Risco</b> |            |      |
| Azul                          | 541        | 77,4 |
| Verde                         | 87         | 12,5 |
| Amarelo                       | 61         | 8,7  |
| Vermelho                      | 10         | 1,4  |

Fonte: Elaborado pela autora.

**Tabela 2 - Caracterização do conteúdo dos encaminhamentos solicitados e classificação segundo escore, de maio a julho de 2018. Rio de Janeiro, 2020**

| Variáveis                   | Frequência |      |
|-----------------------------|------------|------|
|                             | N          | %    |
| <b>Resumo do paciente</b>   |            |      |
| Sim                         | 438        | 71,5 |
| Não                         | 175        | 28,5 |
| <b>Exame físico</b>         |            |      |
| Sim                         | 248        | 40,5 |
| Não                         | 365        | 59,5 |
| <b>Exame laboratorial</b>   |            |      |
| Sim                         | 45         | 7,3  |
| Não                         | 568        | 92,7 |
| <b>Ações desenvolvidas</b>  |            |      |
| Sim                         | 15         | 2,4  |
| Não                         | 598        | 97,6 |
| <b>Pactuação com o NASF</b> |            |      |
| Sim                         | 0          | 0,0  |
| Não                         | 613        | 100  |
| <b>Pontuação por score</b>  |            |      |
| 0                           | 157        | 25,6 |
| 1                           | 190        | 31,0 |
| 2                           | 244        | 39,8 |
| 3                           | 20         | 3,3  |
| 4                           | 2          | 0,3  |
| 5                           | 0          | 0    |

Fonte: Elaborado pela autora.

**Tabela 3 - Total de agendamentos segundo Área Programática (AP), no período de janeiro a julho de 2018. Rio de Janeiro, 2020**

| Área Programática (AP) | Total de agendamentos por AP |            |
|------------------------|------------------------------|------------|
|                        | n                            | %          |
| 3.1                    | 1015                         | 75,1       |
| 3.2                    | 235                          | 17,4       |
| 2.2                    | 52                           | 3,8        |
| 1.0                    | 36                           | 2,7        |
| 2.1                    | 6                            | 0,4        |
| 3.3                    | 5                            | 0,4        |
| 5.1                    | 3                            | 0,2        |
| <b>Total</b>           | <b>1352</b>                  | <b>100</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

**Tabela 4 - Total de agendamentos solicitados, segundo as Regiões Administrativas (RA) da AP 3.1, de acordo com o percentual de cobertura NASF e o percentual de cobertura NASF com nutricionista, no período de janeiro a julho de 2018. Rio de Janeiro, 2020**

| RA                    | POP<br>IBGE | Percentual<br>Cobertura<br>Nasf | Percentual<br>Cobertura Nasf<br>com<br>nutricionista | Total de<br>encaminhamentos |      |
|-----------------------|-------------|---------------------------------|--|-----------------------------|------|
|                       |             | %                               | %  | N                           | %    |
| Alemão                | 88.697      | 0,0                             | 0,0  | 365                         | 27,0 |
| Ramos                 | 45.448      | 0,0                             | 0,0  | 147                         | 10,9 |
| Ilha do<br>Governador | 214.944     | 40,9                            | 40,9   | 159                         | 11,8 |
| Penha                 | 234.140     | 54,9                            | 54,9   | 328                         | 24,3 |
| Vigário Geral         | 125.608     | 84,6                            | 43,7   | 152                         | 11,2 |
| Complexo da<br>Maré   | 136.248     | 100,0                           | 66,2   | 195                         | 14,4 |
| Manguinhos            | 46.366      | 100,0                           | 100,0  | 6                           | 0,4  |

Fonte: Elaborado pela autora.

## 7 DISCUSSÃO

No presente estudo, as RA que apresentaram maior cobertura NASF tiveram um menor percentual de encaminhamentos. Além disso, dentre os que tinham apoio do NASF, apenas 38,0% contavam com o apoio do nutricionista nas equipes NASF. A maioria dos encaminhamentos apresentavam alguma justificativa em sua descrição, embora muitos continham informações incompletas o que é prejudicial para a ação regulatória.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei nº 8.080, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. O processo de utilização dos serviços de saúde está associada às necessidades de saúde, às características demográficas e de morbidade, geográficas, socioeconômicas e culturais, aos recursos financeiros e profissionais de saúde, à organização e à política, resultante da relação do usuário que busca cuidados e do profissional de saúde que ajuda na produção do cuidado, sendo responsável pela linha de cuidado pactuada e consumo dos recursos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

As principais características demográficas encontradas nos usuários encaminhados no estudo foram mulheres adultas, corroborando com outros estudos que mostram que, no Brasil, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens (DILÉLIO *et al.*, 2014; FERRER *et al.*, 2015; GUIBU *et al.*, 2017). Observou-se no estudo, além da faixa etária adulta, os idosos como o segundo grupo de usuários mais encaminhados, justificado por estudos que demonstram que idosos utilizam mais os serviços de saúde, por apresentarem comorbidades e doenças relacionadas às transformações fisiológicas e biológicas (SILVA *et al.*, 2011; DILÉLIO *et al.*, 2014; FERRER *et al.*, 2015) .

Os dados deste estudo demonstraram que os indivíduos encaminhados apresentam número importante de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) Estes dados refletem a mudança do perfil de saúde epidemiológico no país, com a predominância das DCNT, verificados nos estudos e inquéritos epidemiológicos (DILÉLIO *et al.*, 2014; GUIBU *et al.*, 2017; DIETRICH; COLET; WINKELMANN, 2019).

Neste estudo observou-se elevada prevalência de obesidade, que além de pertencer ao grupo das DCNT é também importante fator de risco para doenças

como diabetes mellitus, hipertensão e doenças cardiovasculares. A obesidade tem crescido cada vez mais nas camadas mais jovens da população, assim como tem aumentado a prevalência da obesidade mórbida na população adulta brasileira nos últimos anos. Cabe ressaltar aqui, que por ser encaminhamentos direcionados para atendimento em nutrição, espera-se o perfil de pacientes com DCNT. No estudo, observou que, entre os adultos, 68 (9,7%) apresentavam obesidade grau III. Malta *et al.* (2019) ao avaliar a tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta das capitais brasileiras entre os anos 2006 e 2017, verificou que as mulheres apresentaram as maiores prevalências (1,3%, em 2006, e 1,9%, em 2017) em comparação aos homens (0,9% e 1,4%). A faixa etária de 25 a 44 anos apresentou tendência de crescimento de 0,9% para 2,1% ( $p < 0,001$ ), com aumento da obesidade mórbida em todos os níveis de escolaridade e regiões do Brasil (MALTA *et al.*, 2019).

Ainda que o usuário seja encaminhado para Atenção Especializada, é importante uma organização de linha de cuidado, de forma que as equipes de AB mantenham o vínculo, desempenhando o seu papel de coordenadora do cuidado da RAS (BRASIL, 2014).

É importante mencionar, dentro do contexto das DCNT, que o Brasil apresenta uma tripla carga de doenças (uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma marcante presença das condições crônicas), de forma que 2,8% dos encaminhamentos foram justificados como desnutrição e deficiência nutricional, demonstrando a sobreposição de padrões nutricionais distintos (MENDES, 2012).

Já, no que diz respeito à classificação de risco, o SISREG permite no momento da solicitação de exame/consulta especializada a priorização por cores, no qual a maioria dos encaminhamentos foi identificado como “azul”, ou seja, situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, podendo esperar mais que 180 dias (RIO DE JANEIRO, 2014). Pinto *et al.*, (2017) ao avaliar os resultados dos encaminhamentos de consultas e exames ambulatoriais da APS do município do Rio de Janeiro, demonstrou que, no período de 2011 a maio de 2016, a maioria dos encaminhamentos também foram classificados como “azul”, informando dificuldade de atendimento das classificações consideradas “vermelhas” no tempo oportuno, variando de 30 a 50% no período de 2011 a maio de 2016. As prioridades classificadas como “amarelas” conseguiram ser atendidas entre 60 e 80% das

vezes. Para algumas consultas especializadas, como cardiologia, endocrinologia e ortopedia, o Sisreg, através do Protocolo para o Regulador, definiu as condições gerais, como as situações e seus respectivos critérios de prioridade, a fim de realizar as indicações dos encaminhamentos. Porém, para a consulta em nutrição/nutrologia não há até o momento orientações que subsidiem a tomada de decisão do Regulador.

Como não há comunicação direta entre os profissionais envolvidos no processo de regulação, a troca de informação através do preenchimento da ficha de encaminhamento é condição essencial para integração entre os diferentes pontos da rede. Ainda que a maioria dos encaminhamentos apresentasse justificativa, 12,3% não continham justificativa, informando apenas o CID-10 e dados de identificação. Somado a isso, ao detalhar o conteúdo dos encaminhamentos solicitados, observou-se que apenas 39,8% dos encaminhamentos continham, pelo menos, dois critérios sugestivos como necessários para uma possível justificativa adequada.

Ferreira *et al.* (2010) ao avaliar os aspectos do resultado da implantação do Complexo Regulador (CR) na organização do sistema público de saúde de Ribeirão Preto-SP apontaram que informações do dado clínico incompletas foi o problema mais prejudicial para a ação regulatória. Segundo os autores, quando o encaminhamento era bem descrito, facilitava a ação do complexo regulador e permitiria a identificação de casos que poderiam ser atendidos na APS, e não necessariamente necessitariam ser encaminhados.

Entre as competências do profissional médico que atua na Estratégia de Saúde da Família (ESF) diz respeito à realização de encaminhamentos a outros pontos de atenção da RAS. Silveira *et al.*, (2018) ao conhecer o processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, relataram que, entre os motivos de devolução dos encaminhamentos pela Central de Regulação (CR) para adequações, segundo opinião do médico da ESF, seria necessidade de melhoria na descrição dos resultados dos exames básicos obrigatórios nos protocolos de acesso (57,1%), seguido de melhor descrição do quadro clínico (31,4%), resultados que reforçam a necessidade da descrição adequada dos encaminhamentos (SILVEIRA *et al.*, 2018).

Cabe mencionar aqui um aspecto importante trazido pelos autores, Silveira *et al.*, (2018), que problematizam a formação médica para atuação na atenção primária e a contribuição da regulação para a coordenação do cuidado. Segundo o estudo



há fragilidades quanto à regulação do acesso pelo médico da ESF, que ainda não tem sua utilização reconhecida como uma ferramenta de gestão da clínica. É necessário desenvolver no médico qualificação capaz de promover maior resolutividade e melhoria na coordenação do cuidado.

Até o presente momento não há no Manual do Protocolo para o Regulador desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro algum protocolo específico de encaminhamento da atenção básica para atenção especializada que norteie a prática regulatória para os procedimentos “consulta em nutrição”/“consulta em nutrologia”. Como uma tentativa de avaliar a adequação do preenchimento das justificativas dos encaminhamentos da Atenção Básica para Atenção Ambulatorial Especializada em nutrição, foi sugerido, pelos autores do presente estudo, que um conteúdo mínimo necessário para composição de uma justificativa de encaminhamento para nutrição necessitaria da presença do resumo da história clínica, exame físico, exame laboratorial, além de especificar as ações pactuadas entre o profissional e usuário e registro de ações matriciadas, com o NASF ou outros matriciadores.

Neste sentido, alguns autores reforçam a importância do uso de protocolos de encaminhamento como estratégia de gestão da clínica para melhorar os fluxos (FERREIRA *et al.*, 2010; FERRER *et al.*, 2015; SILVEIRA *et al.*, 2018). Ferreira *et al.*, (2010) ressalta a importância dos protocolos regulatórios e clínicos para a prática a fim de promoverem a continuidade e integralidade do cuidado, colaborando, como é mencionado no estudo, na definição da rede de atenção. Os autores trazem uma reflexão relevante, no sentido de serem instrumentos capazes de promoverem a condução do cuidado e não condutas rígidas que não considerem a individualidade dos sujeitos. Ferrer *et al.* (2015), ao caracterizarem um serviço de fisioterapia Municipal, reforçam que a simples identificação correta do perfil do paciente na APS é fundamental para a compreensão da demanda, o que pode se entender do conceito de microrregulação.

Este presente estudo optou por verificar nos encaminhamentos se houve algum registro de ações matriciadas, como as apoiadas pelo NASF, por entender sua importância na resolutividade do cuidado, através do referencial teórico-metodológico apoio matricial, que amplia e auxilia no manejo do cuidado na APS (BRASIL, 2014). Não houve relato nos encaminhamentos de ações realizadas conjuntamente com o NASF. Sabe-se que existem diversos fatores que dificultam o

processo de trabalho do NASF, dentre eles a resistência por parte das eSF em aceitar o modelo de apoio matricial e o maior foco em atividades assistenciais em prejuízo das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019).

Outra importante ação do NASF, que não foi avaliada no presente estudo, mas merece ser considerada aqui, trata-se da colaboração às eSF na Gestão das Listas do Sisreg, com o objetivo de qualificar os encaminhamentos a outros pontos de atenção (microrregulação), garantindo a coordenação do cuidado e a integralidade da atenção, ao estabelecer estratégias e critérios para melhoria do fluxo de atendimento e resolutividade em diferentes pontos de atenção da RAS, reduzindo, por exemplo, o número de encaminhamentos desnecessários.

Ao descrever o fluxo dos encaminhamentos, observou que 24,9% encaminhamentos foram direcionados a outras Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro (AP 3.2, 2.2, 1.0, 2.1, 3.3, 5.1), principalmente a AP 3.2 que recebeu 17,4% de solicitações de agendamentos.

Conhecer o fluxo dos encaminhamentos se faz necessário para ajudar a entender o percurso do usuário na Rede. O Município do Rio de Janeiro é bastante heterogêneo e apresenta diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdades na distribuição e utilização de recursos disponíveis, inclusive nos serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2017).

Entender e conhecer a realidade do território é uma dimensão fundamental no conceito de rede, já que as dinâmicas territoriais específicas exprimem determinados modos e ritmos de vida das pessoas, que podem influenciar decisões a serem tomadas quanto à localização dos serviços de saúde, suas áreas de cobertura, formas e horários de funcionamento (MATTOS, 2007).

Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu geograficamente a cidade em 10 áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde (PMS-RJ, 2013). Porém, a distribuição da população nos bairros que compõem as AP não se dá de forma homogênea, com vários núcleos de adensamento populacional (Pinto *et al.*, 2017). É importante mencionar aqui que o Sisreg pode permitir alta transparência das disponibilidades de vagas, mas não viabiliza a regionalização da oferta de procedimentos regulados, de forma que é de responsabilidade do regulador a seleção do local onde o paciente será atendido. Somado a isso reconhece que a oferta de serviços no SUS é bastante desigual,

precisando romper os limites do território de cada AP para o encaminhamento dos pacientes dentro da RAS, impactando na movimentação dos usuários de um ponto a outro dos limites da cidade (PINTO *et al.*, 2017).

Há diversos modos de pensar em como se organiza a atenção ambulatorial especializada, que tanto pode ser ofertada em hospitais como em unidades ambulatoriais autônomas. Segundo informação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) da CAP 3.1 havia uma oferta adequada para consulta em nutrição, sem demanda reprimida significativa, sendo necessário esclarecer melhor o percentual de 24,9% direcionados a outras Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro, como a 5.1, localizada na zona oeste, outro extremo da cidade. Porém, cabe mencionar aqui, no que tange mais especificamente a consulta em nutrição e pediatria e consulta em nutrologia infantil, encaminhamentos para Instituições como Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), localizado na AP 3.2, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), localizado na AP 3.1, e Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), localizado na AP 2.1. Estes locais caracterizam-se por serem Centros de Referência capazes de prestarem assistência mais especializada, como no casos, por exemplo, do acompanhamento de crianças com doenças raras. Desta forma, há a necessidade de romper os limites do território.

Dentro do contexto da RAS, Isso se justifica e parte do pressuposto, ao entender, por exemplo, que dentro da RAS existe o conceito de economia de escala, ligada à otimização dos recursos disponíveis no território. Desta forma, a concentração geográfica e ampliação da cobertura populacional dos serviços mais complexos são formas de garantir o acesso e sua utilização adequada por todos que deles necessitam. Porém, é importante ser considerado que, na organização das redes de atenção à saúde, existem as distâncias e dificuldades de acesso da população, que não necessariamente estão contempladas nas análises de cunho puramente econômico (KUSCHNIR *et al.*, 2011). Isso reforça a importância de, nestes casos, o Estado dispor de soluções logísticas por meio de veículos para deslocamento das pessoas ou, por exemplo, garantia de vale-transporte ou auxílio-transporte.

Ainda no entendimento de Rede, partindo da perspectiva dos determinantes sociais em saúde, é necessária a criação de vínculo entre o profissional e o usuário, exercendo interação capaz de garantir não só a oferta do serviço de saúde ao usuário, mas apto de garantir que ele seja capaz de efetivamente utilizá-lo.

Desta forma, regular uma consulta em nutrição para a AP 5.1 e não para a AP do estudo pode inviabilizar o acesso à assistência, já que é necessário o deslocamento dentro da RAS.

Quando se analisa o total de agendamentos solicitados, segundo as RA da AP 3.1, na perspectiva do percentual de cobertura NASF e percentual de cobertura NASF com nutricionista, pode-se perceber a contribuição do NASF para a resolutividade do cuidado na APS, uma vez que a resolutividade pode se estender aos demais pontos da rede, ao encaminhamento dos casos que necessitam de atendimentos mais especializados dentro do sistema de saúde, estando vinculada em todos os níveis de complexidade.

A RA Penha apresentou 54,9% de cobertura NASF e cobertura NASF com nutricionista, com 83,5% dos encaminhamentos solicitados referentes às unidades que não possuíam apoio do NASF. A RA Complexo da Maré apresentou 100% de cobertura NASF e 66,2% de cobertura NASF com nutricionista, com 82,6% dos encaminhamentos referentes às unidades possuíam apoio do NASF, porém não apresentavam profissional nutricionista na composição das equipes. A RA Ilha do Governador apresentou 40,9% de cobertura NASF e cobertura NASF com nutricionista, com 95,6% solicitados referentes às unidades que não possuíam apoio do NASF. Já a RA Vigário Geral apresentou 84,6% de cobertura NASF e 43,7% de cobertura NASF com nutricionista, com 30,3% referentes às unidades que não possuíam apoio do NASF e 44,0% referentes às unidades que possuíam apoio do NASF, porém não apresentavam profissional nutricionista na composição das equipes.

Ainda que este estudo não tenha realizado uma análise das ações produtoras de cuidado realizadas pelas eSF e NASF e o seu papel enquanto equipe multiprofissional, com o efetivo impacto na resolubilidade do cuidado, cabe mencionar aqui a importância do trabalho em equipe, como a contribuição do apoio que o NASF pode exercer às eSF, constituindo a rede básica de atenção à saúde, funcionando, NASF e eSF, como uma das portas de entrada do conjunto de serviços que compõem o SUS.

Silva *et al.*, (2012) ao realizarem oficinas para elaborar uma proposta de NASF por profissionais da atenção primária à saúde, na região oeste do Município de São Paulo, puderam identificar, pelos participantes da oficina, o reconhecimento do NASF como um dispositivo fundamental para potencializar a integralidade do cuidado, a

resolutividade da atenção primária à saúde e também do SUS, contribuindo na redução de encaminhamentos indiscriminados ao nível secundário, além de fomentar a discussão da formação dos profissionais de saúde.

Algo a ser observado no estudo é que, mesmo nas equipes NASF que não continham o profissional nutricionista em sua composição, os encaminhamentos das unidades matriciadas solicitantes foram menores. Isso porque, partindo do conceito de “núcleos” e de “campos” de atuação, proposto por Campos e seus colaboradores (1997), a ação interprofissional (“campo) pode auxiliar em responder demandas do cotidiano profissional. Desta forma, ações gerais de promoção da saúde, que podem gerar impacto na morbidade, podem ser realizada por todas as categorias profissionais. Isso não exclui a importância dos núcleos de atuação específicos, que se traduz na “identidade de uma área de saber e de prática profissional”. Fato que, por exemplo, na A RA Complexo da Maré, que apresentou 100% de cobertura NASF e 66,2% de cobertura NASF com nutricionista, a maioria dos encaminhamentos eram referentes às unidades possuíam apoio do NASF, porém não apresentavam profissional nutricionista na composição das equipes.

Outro ponto importante a ser mencionado e reforçado aqui é a especificidade de cada território, que produz necessidades de saúde diferentes em cada Região. O município do Rio de Janeiro apresenta grande contingente de moradores em favelas. Em 2010, a população residente em favelas representava 23% do total da população carioca, ou 1.443 mil habitantes (IBGE, 2010). A AP 3.1 é território dos tradicionais subúrbios surgidos ao longo das estradas de Ferro Central do Brasil e Leopoldina, é de longe onde se localiza o maior contingente de moradores em favelas. Das dez maiores favelas da cidade em número de habitantes quatro estão na AP 3.1: Complexos da Maré (64.094), do Alemão (60.583), da Penha (36.862) e Vigário Geral/Parada de Lucas (20.570). Além desses, que se encontram entre os dez maiores, os conjuntos de Manguinhos (20.039) em Ramos, do Morro do Dendê (17.210) na Ilha do Governador, do Bairro Proletário do Dique (15.550), em Vigário Geral, todos com mais de 15 mil habitantes, também se destacam. Estes dados, por si só demonstram a importância que os grandes conjuntos favelados assumem na paisagem urbana da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (CAVALIERI; VIAL, 2012).

Este cenário demarcado por territórios de extrema vulnerabilidade social demonstra o desafio de promover saúde nestes ambientes, marcados por

determinantes sociais que provocam o aumento da ocorrência de doenças características de populações submetidas à condições precárias de vida (CESAR, 2016). Inserido neste contexto, cabe ressaltar o aumento da obesidade, no Brasil, em mulheres inseridas nos menores percentis de renda, sendo um tema importante para o campo da Saúde Pública hoje (FERREIRA; MAGALHÃES, 2011).

Ainda no contexto das favelas, Santini (2011), ao analisar indicadores de saúde das favelas comparados aos de outras áreas da cidade, verificou que, em 2008, 12,55% dos moradores de favela possuíam plano de saúde, enquanto que nas demais áreas da cidade esta proporção era de 50,43%. Por apresentarem uma renda muito baixa, não espera-se que um número significativo destes moradores utilizem com frequência da assistência privada mesmo sem ter plano de saúde, por meio de pagamento direto dos serviços, de forma que aproximadamente 87% dos moradores de favela dependem exclusivamente do SUS para obter assistência à saúde.

Por fim, cabe referir aqui, o impacto da violência urbana na vida das pessoas, limitando o acesso aos serviços de saúde e gerando novas demandas de cuidado. Além disso, há o impacto na vida do profissional de saúde que trabalham nestes territórios, onde, por vezes, o comportamento ameaçador dos traficantes impede as equipes de saúde de conduzirem seus trabalhos (SAWAYA; ALBUQUERQUE; DOMENE, 2018). A realidade deste contexto faz emergir os desafios do manejo em saúde e a garantia da integralidade e continuidade do cuidado, limitando o acesso e impactando também no aumento das necessidades em saúde.

Cabe aqui mencionar algumas limitações do estudo. Neste estudo não foi avaliado o percentual de encaminhamentos que não necessitariam da complexidade de um atendimento nutricional secundário. Além disso, neste estudo foram avaliados somente os encaminhamentos agendados, não sendo avaliados os encaminhamentos negados e os devolvidos. Esta análise mais ampla poderia auxiliar na compreensão no que poderia impedir uma melhor resolubilidade do cuidado: melhora da descrição do conteúdo ou, por exemplo, encaminhamento sem condição clínica.

## 8 CONCLUSÃO

Apesar do estudo não ter avaliado diretamente as atividades realizadas entre as eSF e o NASF e impacto na redução dos encaminhamentos para a Atenção Secundária, foi possível observar que, em geral, nos territórios que contavam com cobertura NASF, o número de encaminhamentos foi menor. Desta forma, verificou-se a potencialidade do apoio da equipe NASF à APS e a importância do profissional Nutricionista enquanto matriciador para contribuição da continuidade e integralidade do cuidado. Sendo assim, o estudo reconhece a importância do NASF na RAS em contribuir para ampliar as ações da ESF no cuidado e na resolubilidade dos problemas, emergindo a necessidade de ampliação da cobertura NASF e a importância de reconhecer este modelo apoiador da RAS como relevante para enfrentar os cuidados em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, mar. 2006a. [Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.htm). Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, fev. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 197 p. Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_3.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf). Acesso em 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 160p. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em 30 mar. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília: CONASS, 2011c. 126 p. Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_10.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf). Acesso em 30 mar. 2020.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf). Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de apoio a saúde da família – volume 1: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 118 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b, 39p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes\\_saude\\_familia\\_atencao\\_nutricional.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes_saude_familia_atencao_nutricional.pdf) Acesso em 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e Promoção da saúde. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério de Saúde, 2020. 276 p.

BORELLI, M. *et al.* A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p.2765-2778, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.13902014>.

CAMPOS, G. W. S., CHAKOU, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CAVALLIERI, F.; VIAL, A. **Favelas na cidade do Rio de Janeiro**: o quadro populacional com base no Censo 2010. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2010. Disponível em: [http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download%5C3190\\_FavelasnacidadedoRiodeJaneiro\\_Censo\\_2010.PDF](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download%5C3190_FavelasnacidadedoRiodeJaneiro_Censo_2010.PDF). Acesso em: 24 jul. 2020.

CESAR, C. C. M. **Estratégia de Saúde da Família em território conflagrado pela violência armada**: o desafio das ações de promoção da saúde no Complexo da Maré. 2016. 95 f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2016.

DIETRICH, A.; COLET, C. F.; WINKELMANN, E. R. Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 5, p. 1266-1271, 2019. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7494/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7494/pdf_1). Acesso em: 30 mar. 2020.

DILÉLIO, A. S. *et al.* Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 12, dez. 2014.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, v. 14, n. 33, p. 345-58, abr./jun. 2010.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2279-2287, 2011.

FERRER, M. L. P. *et al.* Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22 n. 3, p. 223-230, jul./set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.590/1809-2950/13038422032015>.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-546.

GUIBU, I. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 2, n. 17, p.1-13, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>

HADAD, A. C. A. C.; JORGE, A. O. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 4, p. 198-210, 2018.

JAIME, P. C. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002>

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, R. *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. [S. l.]: Fiocruz, 2011. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_484701327.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf). Acesso em: 30 mar. 2020.

LIMA, H. *et al.* **Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2017. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a>. Acesso em: 24 jul. 2020.

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>.
- MALTA, D. C. *et al.* Tendência temporal da prevalência de obesidade mórbida na população adulta brasileira entre os anos de 2006 e 2017. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 9, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223518>.
- MAIA, M. R. V. **Caminhos da Integralidade**: Dispositivos para monitorar e assegurar a acessibilidade no SUS em Pirai. 2012. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 369-383.
- MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003. (mimeo)
- NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: Análise do Processo de Trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-20. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>.
- OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2012, v. 46, n. 3, p. 571-576. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2000**: melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Genebra: OMS, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 21 mar. 2020.

PINTO, L. F. *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia de Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). **SISREG**: Protocolo para o Regulador. Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica nº 2, de 2017 SMSRIO/SUBPAV/SAP/CPNASF**. Orientações sobre a atuação do Nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

ROCHA, A. P. **Regulação Assistencial Ambulatorial no município do Rio de Janeiro - RJ**: efeitos da inserção da APS na Regulação. 2015. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

SANTOS, A. M.; ALMEIDA, P. F. Atención especializada en regiones de salud: desafíos para garantizar el cuidado integral en Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 20, n. 3, p. 301-307, 2018.

SANTINO, J. I. C. **Atenção Primária à Saúde nas favelas cariocas**: uma análise da elaboração, formulação e implementação da Política Municipal de Saúde nas favelas do Rio de Janeiro, nos anos de 2009 - 2010. 2011. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

SARMENTO JUNIOR, K. M.; TOMITA S.; KOS S.T. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 3, jun. 2005.

SAWAYA, A. L.; ALBUQUERQUE, M. P.; DOMENE, S. M. A. Violência em favelas e saúde. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 93, p. 243-250, 2018.

SILVA, A. T. C. *et al.* Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076- 2084, nov. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007>.

SILVA, J. P. **A Inserção do nutricionista no núcleo de apoio a saúde da família no município do Rio de Janeiro**. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, Z. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000016>.

SILVEIRA, M. da. S. D. *et al.* Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 63-72, jan./mar. 2018.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. GIOVANELLA L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, . p. 1-37. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO\\_AMBULATORIAL\\_ESPECIALIZADA\\_Solla\\_e\\_Chioro.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_AMBULATORIAL_ESPECIALIZADA_Solla_e_Chioro.pdf). Acesso em: 30 mar. 2020.

STARFIELD, B. Primary Care: It is essential? **The Lancet**, n. 344, p. 1129-33, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/). Acesso em: 24 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**. Geneva: WHO, 2018.

**ANEXO**

## ANEXO A - AGENDAMENTOS SOLICITADOS

**Quadro 1 - Total de agendamentos solicitados, segundo as Regiões Administrativas (RA) da AP 3.1, referindo às Unidades solicitantes, segundo a presença de equipe NASF e a presença de equipe NASF com nutricionista, no período de janeiro a julho de 2018. Rio de Janeiro, 2020**

| Região Administrativa (RA) | Unidade Solicitante | Presença de Equipe NASF | Presença de Equipe NASF com Nutricionista | Total de agendamentos solicitados | TOTAL       |
|----------------------------|---------------------|-------------------------|---|-----------------------------------|-------------|
| Alemão                     | 1                   | Não                     | Não                                       | 14                                | 365         |
|                            | 2                   | Não                     | Não                                       | 72                                |             |
|                            | 3                   | Não                     | Não                                       | 116                               |             |
|                            | 4                   | Não                     | Não                                       | 235                               |             |
| Manguinhos                 | 5                   | Sim                     | Sim                                       | 3                                 | 6           |
|                            | 6                   | Sim                     | Sim                                       | 3                                 |             |
| Ramos                      | 7                   | Não                     | Não                                       | 147                               | 147         |
| Ilha do Governador         | 8                   | Sim                     | Sim                                       | 1                                 | 159         |
|                            | 9                   | Sim                     | Sim                                       | 6                                 |             |
|                            | 10                  | Não                     | Não                                       | 2                                 |             |
|                            | 11                  | Não                     | Não                                       | 68                                |             |
|                            | 12                  | Não                     | Não                                       | 9                                 |             |
|                            | 13                  | Não                     | Não                                       | 73                                |             |
| Complexo da Maré           | 14                  | Sim                     | Não                                       | 62                                | 195         |
|                            | 15                  | Sim                     | Sim                                       | 13                                |             |
|                            | 16                  | Sim                     | Sim                                       | 12                                |             |
|                            | 17                  | Sim                     | Não                                       | 99                                |             |
|                            | 18                  | Sim                     | Sim                                       | 9                                 |             |
| Penha                      | 19                  | Sim                     | Sim                                       | 9                                 | 328         |
|                            | 20                  | Sim                     | Sim                                       | 16                                |             |
|                            | 21                  | Sim                     | Sim                                       | 5                                 |             |
|                            | 22                  | Sim                     | Sim                                       | 20                                |             |
|                            | 23                  | Não                     | Não                                       | 76                                |             |
|                            | 24                  | Não                     | Não                                       | 126                               |             |
| Vigário Geral              | 25                  | Sim                     | Sim                                       | 2                                 | 152         |
|                            | 26                  | Sim                     | Sim                                       | 36                                |             |
|                            | 27                  | Sim                     | Sim                                       | 4                                 |             |
|                            | 28                  | Não                     | Não                                       | 46                                |             |
|                            | 29                  | Sim                     | Sim                                       | 1                                 |             |
|                            | 30                  | Sim                     | Não                                       | 67                                |             |
| <b>TOTAL</b>               |                     |                         |   |                                   | <b>1352</b> |