



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS)

Monitoramento ambiental de informação em saúde:

uma proposta metodológica

por

Helen Massote Carvalho

2020

HELEN MASSOTE CARVALHO

MONITORAMENTO AMBIENTAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:
uma proposta metodológica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Cícera Henrique da Silva.

Rio de Janeiro

2020

MASSOTE CARVALHO, HELEN.

Monitoramento ambiental de informação em saúde: uma proposta metodológica / HELEN MASSOTE CARVALHO. - Rio de janeiro, 2020.
127 f.; il.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2020.

Orientadora: CÍCERA HENRIQUE DA SILVA.

Bibliografia: f. 105-112

1. Monitoramento ambiental de informação. 2. Informação em saúde. 3. Governo eletrônico. 4. E-gov. 5. Esportricose. I. Título.

HELEN MASSOTE CARVALHO

**MONITORAMENTO AMBIENTAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:
uma proposta metodológica**

Aprovada em: ____ de _____ de _____

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Cristina Soares Guimarães
Membro titular interno
Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde - PPGICS
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - IciCT
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Profa. Dra. Marília Santini de Oliveira
Membro titular externo
Programa de Pós-graduação em Pesquisa Clínica nas Doenças Infecciosas
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas- INI
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Profa. Dra. Rosany Bochner
Membro suplente interno
Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde - PPGICS
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - IciCT
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Prof. Dr. Marcel de Moraes Pedroso
Membro suplente externo
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- ENSP
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

À Rede Nacional de Pesquisa em Informação e Saúde (Renapis).

À Naiara Prato Cardoso, Sonia Pinho e Gilney Costa.

RESUMO

Consideramos essencial a disponibilidade de informação, apoiada em dados válidos e confiáveis, para a análise objetiva da situação de saúde, a programação de ações e o subsídio a decisões pertinentes ao quadro sanitário da população. Para contextualizar o campo de pesquisa no âmbito do *e-gov*, apresentamos o histórico do Programa de Governo Eletrônico Brasileiro, exemplos de sua implementação e aplicações no campo específico da Saúde. Inicialmente, circunscrevemos o *corpus* de pesquisa às demandas relativas à busca por orientação e tratamento sobre Esporotricose, recebidas no serviço de atendimento Fale Conosco do Portal Fiocruz, no período de 2021 a 2018. O objetivo geral foi propor uma metodologia de análise de monitoramento ambiental da informação em saúde. No que se refere aos procedimentos metodológicos utilizados, tal monitoramento foi realizado por meio da composição de uma “cesta de informações”, composta pela revisão de literatura em bases de dados científicas nacionais e internacionais; coleta de artigos científicos em redes de pesquisa *on line*; depoimentos de profissionais de saúde da rede pública de saúde municipal; participação em curso de atualização do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-Fiocruz), pesquisa de dados estatísticos oficiais das secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; análise de dados administrativos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ); consulta ao banco de dados da Lei de Acesso à Informação (LAI) do Governo Federal, referente às demandas atendidas pelo Ministério da Saúde (MS); e o acompanhamento *on line* da tramitação de proposições legislativas na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj) e da audiência pública realizada na Câmara dos Deputados, em Brasília. O marco teórico que fundamentou a pesquisa foi o conceito de “monitoramento ambiental” (*environmental scanning*), no âmbito da informação em saúde. Os estudos realizados no âmbito dessa pesquisa indicam a validade desse monitoramento, como alternativa viável para concatenar fontes diferenciadas no âmbito de uma mesma temática, trazendo novos insumos para o seu acompanhamento. Em se tratando de uma enfermidade subnotificada, como é o caso da Esporotricose, tal abordagem pode ser especialmente útil para contribuir na cobertura dos *gaps* de informação em saúde. Ressaltamos que não se trata de uma estratégia isolada, sendo parte e subsídio para outras iniciativas, assim como para estudos mais aprofundados e/ou prospectivos.

Palavras-chave: Monitoramento ambiental de informação. Informação em saúde. Governo eletrônico. *E-gov*. Fale Conosco. Esportricose.

ABSTRACT

We consider the availability of information, supported by valid and reliable data essential for the objective analysis of the health situation, the programming of actions and the support for decisions relevant to the population's health situation. To contextualize the research field within the scope of e-gov, we present the history of the Brazilian Electronic Government Program, examples of its implementation and applications in the specific field of Health. Initially, we circumscribed the research corpus to the demands related to the search for guidance and treatment on Sporotrichosis, received at the Contact Us service of the Fiocruz Portal, from 2021 to 2018. The general objective was to propose an analysis methodology for environmental monitoring of health information. With regard to the methodological procedures used, such monitoring was carried out through the composition of a “basket of information”, composed of a literature review in national and international scientific databases; collecting scientific articles in online research networks; testimonies from health professionals from the public municipal health network; participation in the updating course of the National Institute of Infectology Evandro Chagas (INI-Fiocruz), research of official statistical data from the State and Municipal Health Secretariats of Rio de Janeiro; analysis of administrative data provided by the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro (SMS-RJ); consultation of the Federal Government's Access to Information Law (LAI) database, referring to the demands met by the Ministry of Health (MS); and the online monitoring of the processing of legislative proposals at the Legislative Assembly of the State of Rio de Janeiro (Alerj) and the public hearing held at the Chamber of Deputies, in Brasília. The theoretical framework that supported the research was the concept of "environmental monitoring" (environmental scanning), in the scope of health information. The studies carried out in the scope of this research indicate the validity of this monitoring, as a viable alternative to link different sources within the same theme, bringing new inputs for its monitoring. In the case of an underreported illness, as is the case of Sporotrichosis, such an approach can be especially useful to contribute to the coverage of health information gaps. We emphasize that this is not an isolated strategy, being part and subsidy for other initiatives, as well as for more in-depth and / or prospective studies.

Keywords: Environmental monitoring of information. Health information. Electronic government. E-gov. Contact us. Sporotrichosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Excerto do relatório “The digital Revolution	p. 26
Figura 1 - Excerto da “Cartilha de Usabilidade para Sítios e Portais do Governo Federal”	p. 46
Gráfico 2: Número de demandas de informação e tratamento distribuídos por enfermidade	p. 49
Gráfico 3: Distribuição mensal das demandas de informação e tratamento de Esporotricose	p. 50
Figura 2 – Excerto do <i>Facebook</i>	p. 78
Gráfico 4 - Notificação de Esporotricose no CCZ (2006 a 2014)	p. 88
Gráfico 5 – Incidência anual de esporotricose animal no município do Rio de Janeiro (2017 a 2019)	p. 88

LISTA DE SIGLAS

ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
APHA	American Public Health Association
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses Paulo Dacorso Filho
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEGE	Comitê Executivo de Governo Eletrônico
CGI.br	Comitê Gestor da Internet no Brasil
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CMADS	Comissão de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável
CSSF	Comissão de Seguridade Social e Família
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIER	Doença Infecciosa Emergente ou Reemergente
ECT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Filho
E-DIGITAL	Estratégia Brasileira para a Transformação Digital
FUNDAJ	Fundação Joaquim Nabuco
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GESAC	Governo Eletrônico - Serviço de Atendimento ao Cidadão
GTTI	Grupo de Trabalho em Tecnologia da Informação

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
LAI	Lei de Acesso à Informação
LISA	Library & Information Science Abstracts
LNC	Lista de Notificação Compulsória
MCTIC	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações
MS	Ministério da Saúde
NSA	National Security Agency
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCDaS	Plataforma de Ciência de Dados Aplicada à Saúde
PNIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PPGICS	Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde
RENAPIS	Rede Nacional de Pesquisa em Informação e Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIHSUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SinDIGITAL	Sistema Nacional para a Transformação Digital
SLTI	Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação

SMS	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde
SUBVISA	Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de informação e Comunicação
WoS	Web of Science

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	p. 16
2	E-GOV NO BRASIL	p. 25
2.1	CONCEITO E GÊNESE DA IMPLEMENTAÇÃO	p. 25
2.2	CONTEXTO ATUAL E PERFIL DO USUÁRIO DE <i>E-GOV</i>	p. 25
2.3	INICIATIVAS DE E-GOV NO BRASIL:ALGUNS EXEMPLOS	p. 31
2.3.1	Municípios brasileiros: quem são e o que precisam para desenvolver ações de <i>e-gov</i>	p. 31
2.3.2	Programa “Nota Fiscal Paulista”	p. 33
2.3.3	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos: fluxo informacional dos canais de atendimento	p. 36
2.3.4	“Plenária virtual permanente”: <i>e-gov</i> e Conselhos de Saúde no Rio de Janeiro	p. 37
2.4	PORTAIS PÚBLICOS E O SERVIÇO DE ATENDIMENTO “FALE CONOSCO”	p. 39
2.4.1	Portal da Câmara dos Deputados	p. 39
2.4.2	Portal da Fundação Joaquim Nabuco: comunicação organizacional e “Fale Conosco”	p. 42
2.4.3	DATASUS: um estudo de caso do serviço “Fale Conosco”	p. 44
2.4.4	Portal da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e “Fale Conosco”	p. 48
2.4.4.1	Monitoramento ambiental de informação no Fale Conosco do Portal Fiocruz	p. 49
3	OBJETIVOS	p. 51
3.1	OBJETIVO GERAL	p. 51
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	p. 51
4	METODOLOGIA	p. 52
4.1	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	p. 52
4.2	PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DAS BUSCAS EXPLORATÓRIAS PELA TEMÁTICA PRINCIPAL DA PESQUISA	p. 53
4.3	REVISÃO DE LITERATURA DO MARCO TEÓRICO DA PESQUISA	p. 56
4.4	FONTES DE MONITORAMENTO AMBIENTAL SOBRE A	

	ESPOROTRICOSE	p. 56
4.5	BUSCA EM REDES DE PESQUISA <i>ON LINE</i>	p. 57
5	MARCO TEÓRICO	p. 58
5.1	MONITORAMENTO AMBIENTAL EM SAÚDE PÚBLICA	p. 60
5.2	MONITORAMENTO AMBIENTAL E “SINAIS FRACOS”	p. 63
5.3	RELATOS DE EXPERIÊNCIAS	p. 63
5.3.1	Monitoramento ambiental em um programa de incentivo ao uso da ressonância magnética no rastreamento precoce de câncer	p. 66
5.3.2	Monitoramento ambiental na criação de um programa de tutoria para médicos da família	p. 68
5.3.3	Monitoramento ambiental em um projeto de vacinação contra o HPV	p. 71
5.4	INFORMAÇÃO EM SAÚDE	p. 71
5.4.1	Norma e risco	p. 76
5.4.2	Datificação	p. 78
5.4.3	Validação	p. 85
6	MONITORAMENTO AMBIENTAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SOBRE ESPOROTRICOSE	p. 85
6.1	CONTEXTO E ETIOLOGIA	p. 85
6.2	DADOS ESTATÍSTICOS NO RIO DE JANEIRO	p. 87
6.3	DISPENSAÇÃO DE ITRACONAZOL NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO	p. 91
6.4	ESPOROTRICOSE NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIHSUS) E NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE	p. 95
6.5	UM PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DE ESPOROTRICOSE NO RIO DE JANEIRO	p. 97
6.6	NA PAUTA LEGISLATIVA	p. 99
6.7	NA PAUTA DO EXECUTIVO FEDERAL	p. 101
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	p. 104
8	REFERÊNCIAS	p. 106
9	ANEXO	p. 114
10	APÊNDICE	p. 126

1 INTRODUÇÃO

Consideramos essencial a disponibilidade de informação, apoiada em dados válidos e confiáveis, para a análise objetiva da situação de saúde, a programação de ações e o subsídio a decisões pertinentes ao quadro sanitário da população (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DA SAÚDE, p.13, 2008). Baseamo-nos nesse pressuposto para propor e desenvolver metodologia para monitoramento ambiental de informação em saúde, a qual apresentou potencial para contribuir no embasamento necessário ao planejamento em políticas públicas de saúde. Esta dissertação é composta desta introdução e dos capítulos que descrevemos a seguir.

No capítulo dois, para contextualizar o campo em que o monitoramento ambiental de informação em saúde foi realizado, apresentamos os seus pressupostos, desde o início da implementação do Governo Eletrônico, no âmbito da experiência brasileira.

No Brasil, a experiência governamental na gestão do chamado *bug* do milênio antecedeu a criação do programa federal de *e-gov*. Segundo Diniz et al (2009) “por se tratar de uma iniciativa de âmbito nacional, as ações para enfrentamento do *bug* foram consideradas um projeto estratégico do governo, geridas diretamente pela Casa Civil e coordenadas operacionalmente pela Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação (SLTI)” (DINIZ et al, 2009, p. 45).

O “Programa de Governo Eletrônico” resultante foi criado no bojo do movimento conhecido por reforma da gestão pública (BRESSER-PEREIRA, 2002) ou *new public management* (FERLIE et al., 1996) tendo como cerne, segundo o discurso oficial, a busca da excelência e a orientação dos serviços ao cidadão.

Após a descrição do histórico desse processo, apresentamos o status atual e o perfil do usuário de serviços de *e-gov* no país, destacando as características de acesso e as demandas de consumo por eles apresentadas, em contraponto ao que é oferecido, em âmbito governamental. Em seguida, a título exemplificativo, procedemos à descrição e análise de experiências implementadas em nível geral, para depois descer ao detalhamento da apresentação de portais públicos, com foco nos serviços de atendimento ao cidadão.

Por último, encerramos esse capítulo com a descrição de exemplos no campo da Saúde, e trazemos o monitoramento preliminar feito no Fale Conosco do Portal Fiocruz, o qual suscitou as questões que deram origem a essa dissertação, a partir da constatação

de um volume crescente e constante de demandas relativas à incidência da Esporotricose na cidade do Rio de Janeiro, no período de 2012 a 2018.

A constatação desse evento motivou o surgimento de várias dúvidas, visando compreender as razões que ocasionaram o fenômeno. Em termos contextuais, qual a etiologia dessa enfermidade? Qual o seu histórico no país? Qual a evolução do respectivo quadro epidemiológico? Quais fatores poderiam influenciar na configuração do quadro atual? Em relação ao conjunto de demandas registradas no Fale, quais as características dessa demanda? Ela corresponde ao quadro epidemiológico da Esporotricose observado no mesmo período, o comportamento das demandas corrobora a sua evolução, ou trata-se de um fenômeno isolado? Caso corresponda, esse evento poderia demonstrar o potencial do Fale no monitoramento ambiental em saúde?

No capítulo três, apresentamos o objetivo geral, a saber, propor uma metodologia de análise que possa ser replicada em estudos posteriores de monitoramento ambiental de informação em saúde, assim como os objetivos específicos da pesquisa.

No capítulo quatro, descrevemos os procedimentos metodológicos utilizados para alcançar os objetivos desenhados, conforme o capítulo anterior. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil em dois de julho de 2019, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV- Fiocruz) em três de setembro de 2019.

O caminho metodológico para o monitoramento ambiental é descrito no capítulo 4 e se faz por meio da composição de uma “cesta de informações”, com vistas ao atendimento dos objetivos da pesquisa em pauta. Foram utilizadas a revisão de literatura em bases de pesquisa nacional e internacional, complementadas por artigos científicos recebidos por meio da participação em redes de pesquisa *on line*; depoimentos de profissionais de saúde da rede pública municipal; a participação no “Curso de Atualização em Manejo Clínico-terapêutico e Aspectos Epidemiológicos da Esporotricose no Estado do Rio de Janeiro”, oferecido pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-Fiocruz); a pesquisa de dados estatísticos oficiais das secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; a análise de dados administrativos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ); a consulta ao banco de dados da Lei de Acesso à Informação (LAI) do Governo Federal, referente às demandas atendidas pelo Ministério da Saúde (MS); o acompanhamento *on line* da tramitação de proposições legislativas na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj) e da audiência pública realizada na Câmara dos Deputados, em Brasília.

No capítulo cinco, apresentamos o marco teórico que fundamentou a pesquisa. A partir da escolha do conceito teórico de “monitoramento ambiental” (*environmental scanning*), no âmbito da informação em saúde, a busca bibliográfica foi realizada tendo por base a produção de autores de referência e a produção de seus seguidores, para atualizar o referencial na temática e exemplificar a sua utilização no campo da saúde.

Para contextualizar o assunto, mesmo não se tratando de pesquisa focada no campo biomédico, levantamos a produção científica recente na área e recorreremos aos depoimentos de profissionais de saúde que trabalharam na gestão pública de saúde do município do Rio de Janeiro, área de circunscrição geográfica da pesquisa.

Tal estratégia se mostrou adequada não só para o arcabouço teórico da pesquisa, mas também para indicar novos caminhos e desdobramentos possíveis para o seu desenvolvimento, uma vez que o estudo de exemplos práticos de monitoramento ambiental de informação em saúde embasou a construção do capítulo seis, dedicado à temática principal, a saber, o monitoramento ambiental da informação em saúde sobre Esporotricose, apresentado na etapa seguinte, nas seções: contexto e etiologia da Esporotricose; dados estatísticos no estado e na cidade do Rio de Janeiro; dispensação do medicamento Itraconazol na Rede Pública Municipal; dados de incidência de Esporotricose no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); um perfil sociodemográfico dos pacientes de Esporotricose no Rio de Janeiro; e a presença da Esporotricose na pauta do Executivo Federal e na pauta legislativa.

No capítulo sete, descrevemos as considerações finais. Os estudos realizados indicam a validade do monitoramento ambiental como alternativa viável para concatenar fontes diferenciadas no âmbito de uma mesma temática, trazendo novos insumos para o seu acompanhamento. Em se tratando de uma enfermidade subnotificada, como é o caso da Esporotricose, tal abordagem pode ser especialmente útil para contribuir na cobertura dos *gaps* de informação em saúde. Vale ressaltar que não se trata de uma estratégia isolada, sendo parte e subsídio para outras iniciativas, assim como para estudos mais aprofundados e/ou prospectivos.

Com relação às implicações para a pesquisa, considerando o foco sobre a Esporotricose na cidade do Rio de Janeiro, gostaríamos de acrescentar algumas reflexões sobre a necessidade de assimilar abordagens territorializadas, uma vez que boa parte do contingente atingido se encontra em áreas favelizadas, as quais, na perspectiva

urbanística, possuem características próprias que impactam direta e indiretamente as condições de saúde locais.

Para responder aos desafios da dimensão assistencial em saúde, territorializada e contextualizada no âmbito dos processos de vulnerabilidade socioeconômica e de políticas públicas de saúde, consideramos as proposições de Teixeira (2014), no que se refere ao estudo de redes aplicado ao SUS, “a partir da compreensão do SUS como uma rede de políticas, talvez a mais ampla e capilar do país, uma verdadeira rede de redes” (TEIXEIRA, 2014, p.180). Para a autora:

(...) a formação de estruturas policêntricas, que configuram uma nova esfera pública plural, advém tanto de um deslocamento desde o nível central de governo para o local quanto da esfera do Estado para a sociedade. Processos como a descentralização e o adensamento da sociedade civil convergem para formas inovadoras de gestão compartilhada das políticas públicas (TEIXEIRA, 2014, p. 161).

Territorialização, contextualização das vulnerabilidades e compreensão do SUS enquanto rede de estruturação do social, no âmbito da assistência em saúde, constituem questões de fundo para aprofundar o estudo da temática de enfrentamento da epidemia de Esporotricose e de outras situações de saúde análogas. Em tais condições, o monitoramento ambiental de informação pode contribuir para o seu desenvolvimento, em conjunto com outras iniciativas que venham a convergir para tal.

A pesquisa foi finalizada com a apresentação de todas as referências utilizadas e dos anexos consultados.

Cabe também informar que essa dissertação foi desenvolvida no âmbito da Linha 1 - Produção, organização e uso da informação em saúde, particularmente no eixo: Sistematização e análise das informações para a formulação de políticas públicas e monitoramento da situação de saúde brasileira e seus determinantes socioambientais, do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

2 E-GOV NO BRASIL

Para contextualizar o campo em que o monitoramento ambiental de informação em saúde foi realizado, apresentamos a seguir os seus pressupostos, desde o início da implementação do Governo Eletrônico, no âmbito da experiência brasileira.

2.1 CONCEITO E GÊNESE DA IMPLEMENTAÇÃO

Segundo Diniz et al (2009), “a ideia de governo eletrônico, embora associada ao uso de tecnologia de informação no setor público, ultrapassa essa dimensão” (DINIZ et al, p. 24, 2009). Por um lado, ela se encontra vinculada à modernização da administração pública e à melhoria da eficiência dos processos operacionais e administrativos dos governos. Por outro, se associa ao uso de internet no setor público para a prestação de serviços públicos eletrônicos. Medeiros e Guimarães (2006) compartilham essa visão, ao destacar que “o governo eletrônico é visto como a prestação de informações e a disponibilização de serviços governamentais por meio da Internet” (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2006, p. 66), sendo esse constructo conformado a partir de processos organizacionais, políticos e institucionais.

No Brasil, a experiência governamental na gestão do chamado *bug* do milênio antecedeu a criação do programa federal de *e-gov*. Segundo Diniz et al (2009) “por se tratar de uma iniciativa de âmbito nacional, as ações para enfrentamento do *bug* foram consideradas um projeto estratégico do governo, geridas diretamente pela Casa Civil e coordenadas operacionalmente pela (Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação) SLTI” (DINIZ et al, 2009, p. 45).

Para os autores, este *background* fortaleceu a presença institucional da SLTI no programa federal de *e-gov*, assim iniciado nos anos 2000:

“os primeiros estudos para a formulação de uma política federal de governo eletrônico foram elaborados pelo Grupo de Trabalho em Tecnologia da Informação (GTI), uma comissão interministerial criada pelo decreto presidencial de 3 de abril de 2000, com a finalidade de examinar e propor políticas, diretrizes e normas relacionadas às novas formas eletrônicas de interação” (DINIZ et al, 2009, p. 36).

O “Programa de Governo Eletrônico” resultante foi criado no bojo do movimento conhecido por reforma da gestão pública (BRESSER-PEREIRA, 2002) ou *new public management* (FERLIE et al., 1996) tendo como cerne, segundo o discurso oficial, a busca

da excelência e a orientação dos serviços ao cidadão. Inicialmente, o GTTI concentrou esforços em três linhas de ação do “Programa Sociedade da Informação (Socinfo)”, conduzido pelo então Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT), atualmente Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), coordenando ações voltadas para o fortalecimento da competitividade da economia e para a ampliação do acesso da população aos benefícios gerados pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs.): universalização de serviços, governo ao alcance de todos e infraestrutura avançada. Estas ações constam do documento elaborado para o debate com a sociedade, publicado em setembro de 2000 e denominado “Livro Verde”, no qual se encontram detalhadas no capítulo 6 - “Governo ao Alcance de Todos - as atribuições do Governo Eletrônico” (BRASIL, Ministério da Economia, 2018).¹

Em outubro de 2000, foi instituído o Comitê Executivo de Governo Eletrônico (Cege), que centralizou as diretrizes para o desenvolvimento dos projetos de *e-gov* no país. Em 2003, foram criados oito comitês técnicos no âmbito do Cege, responsáveis pelo planejamento e implementação de projetos e ações nos diversos órgãos públicos, a saber: inclusão digital; gestão de sítios e serviços *online*; implementação do *software* livre; integração de sistemas; infraestrutura de redes; gestão do conhecimento e informação estratégica; governo para governo; e sistemas legados e licenças de *software*.

A política de tecnologia de informação e comunicação conduzida pelo Cege propugnava a construção de uma arquitetura de relacionamentos entre o governo, os cidadãos, os parceiros de negócios e fornecedores, privilegiando três aspectos: interação com o cidadão; melhoria e modernização da gestão interna e integração dos processos e serviços do governo com a cadeia produtiva de parceiros e fornecedores.

A base tecnológica de implementação das políticas de *e-gov* se assentou no uso estratégico das TICs, como elemento viabilizador desse novo modelo de gestão pública. Dentre os fatores impulsionadores para tal, Diniz et al (2009) mencionam:

“o uso intensivo das TICs pelos cidadãos, empresas privadas e organizações não governamentais; a migração da informação baseada em papel para mídias eletrônicas e serviços *online* e o avanço e universalização da infraestrutura pública de telecomunicações e da internet” (DINIZ et al, 2009, p. 24-25).

¹ Nesta página encontramos o detalhamento das principais ações de *e-gov* implementadas no país até o ano de 2014. Disponível em: <<https://www.governodigital.gov.br/EGD/historico-1/historico>>. Acesso em: 13 set 2019.

Laia et al (2011) assinalam que “os processos de Reforma do Estado combinados com a emergência e uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) deram origem, no Brasil, a políticas e ações de governo eletrônico (LAIA et al, 2001, p. 43)”, herdando características e utilizando a infraestrutura das TICs já existentes na administração pública. Ressalvando que a referida Reforma de Estado foi implementada no país no final da década de 90 e sendo este artigo datado de 2011, os autores apontam, onze anos após a instituição do “Programa de Governo Eletrônico”, ainda a baixa institucionalização das políticas de *e-gov* nacionais, sendo a resolução desse *gap* considerada condição essencial para legitimá-las, visando tornar efetivo o gerenciamento das TICs e consistentes os resultados de *e-gov*, conceito por eles assim formulado:

O termo *e-gov* se refere ao uso das TICs para prover serviços ao cidadão, para aperfeiçoar e integrar processos, para incrementar a eficiência e eficácia da administração pública e para criar mecanismos de relacionamento por meio digital com o cidadão (tradução própria)² (LAIA et al, 2011, p. 44).

Mesmo destacando que o desenvolvimento tecnológico propiciou o crescimento de serviços eletrônicos, a abertura de canais de comunicação com a sociedade e a divulgação de iniciativas da administração pública, Laia et al (2011) salientam que o uso das tecnologias de informação não trouxe os mesmos efeitos em todos os contextos, ressaltando a necessidade de considerar as especificidades dos ambientes institucionais nos quais é concretizada a tomada de decisão.

Referenciando o componente tecnológico propriamente dito, os autores apontam que as iniciativas de *e-gov* demandam a criação de aplicativos para prover serviços ao cidadão, sendo a institucionalização das políticas norteadora de padrões e procedimentos fundamentais para o seu desenvolvimento, assim como para apresentá-los como um resultado que indique, por exemplo, o aprimoramento na oferta de serviços públicos.

Na categoria de resultados atribuídos à adoção do *e-gov*, Laia et al (2011) mencionam a transparência, a participação e a efetividade no gerenciamento de políticas públicas. Como principais entraves encontrados, citam a baixa interatividade, problemas na provisão de serviços que envolvam mais de uma instância governamental e a necessidade de eliminar os gargalos na infraestrutura de informatização de processos e

² “The term *e-gov* refers normally to the use of ICT to provide services to the citizen, to the review and integration of processes, to improve the efficiency and efficacy of public administration, and to the creation of mechanisms of digital relations with the citizen.”

serviços. Em especial, os autores consideram que a provisão de *e-services* é, em muitos casos, incipiente e com pouco desenvolvimento quando se trata da implementação em rede de serviços transversais, provável reflexo da falta de coordenação e integração interdepartamental nas iniciativas de *e-gov*. Na prática das gestões públicas pesquisadas no artigo em questão, verificou-se o foco concentrado na informação adequada ao cidadão, mas não necessariamente no oferecimento *on line* do serviço em si.

A própria origem do *e-gov* no Brasil fornece elementos para compreender essas deficiências. Diniz et al (2009) relacionam a sua criação ao desenvolvimento dos serviços de informática pública, iniciados na década de 1960 por empresas estaduais e municipais, focados na gestão e controle das despesas do governo. Não por acaso, dentre as iniciativas de *e-gov* de sucesso mencionadas, verificamos que muitas se concentram no oferecimento *on line* de serviços como os oferecidos pela Receita Federal e instituições congêneres.

Segundo os autores, “a partir dessa demanda, a informática na gestão pública evoluiu ao longo do tempo para a entrega de serviços ao cidadão em vários canais de acesso” (DINIZ et al, 2009, p. 35). Mas consideram que tais empresas públicas, via de regra, adotaram um modelo de negócios ineficiente e pouco competitivo, em contraponto ao encontrado na iniciativa privada, no qual destacaram como elementos norteadores o controle de custos e monitoramento das margens de lucro, a capacidade de auto investimento e o conhecimento das necessidades de seus clientes. Ressalvamos que tal análise se fundamenta no âmbito da aplicação de pressupostos gerencialistas à administração pública, em voga na época de implementação do *e-gov* no Brasil, mas não necessariamente adotados de forma consensual dentre os estudiosos da temática no atual contexto.

Em 2004, após a transição política das eleições presidenciais de 2002, foi realizada uma ampla pesquisa sobre o uso de governo eletrônico, com o objetivo primordial de fornecer suporte às ações estratégicas na área. Essa pesquisa envolveu mais de 600 pessoas, 150 empresas e 57 instituições públicas em 10 capitais e apontou a falta de alinhamento entre a oferta e a demanda de serviços eletrônicos. Segundo Diniz et al (2009), “as ações estratégicas tomadas com base na pesquisa orientaram o desenvolvimento de novos serviços, que foram incorporados a uma visão baseada em eventos da vida” (DINIZ et al, 2009, p. 43).

Atualmente, o principal documento que registra as estratégias de *e-gov* do governo federal é o Decreto Nº 9.319, de 21 de março de 2018 ³, que institui o “Sistema Nacional para a Transformação Digital (SinDigital)”, composto pela “Estratégia Brasileira para a Transformação Digital (E-Digital)”, os seus eixos temáticos e a sua estrutura de governança.

2.2 CONTEXTO ATUAL E PERFIL DO USUÁRIO DE *E-GOV*

Segundo a 13ª edição da “Pesquisa Sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Domicílios Brasileiros (TIC Domicílios)”, realizada pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br) e divulgada em julho de 2018, há 42 milhões de domicílios com acesso à Internet no país, alcançando um percentual de 61%, contando com 120,7 milhões de usuários, o que corresponde a 67% da população com dez anos ou mais:

Desses, quase a totalidade (96%) usou a Internet pelo telefone celular, sendo que 49% deles utilizaram a rede apenas por meio desse dispositivo. Pela primeira vez, a proporção daqueles que usaram a Internet exclusivamente em telefones celulares chegou ao mesmo patamar daqueles que a usaram tanto pelo computador quanto pelo celular (47%) (CGI.br, 2018, p.113).

Para o CGI.br esse dado reafirma as diferenças socioeconômicas, uma vez que o acesso à Internet em domicílios sem computador, via de regra localizados em áreas com limitação de infraestrutura de TICs, e nas quais os usuários não dispõem de múltiplos dispositivos de acesso à internet se dá, predominantemente, por meio de celulares.

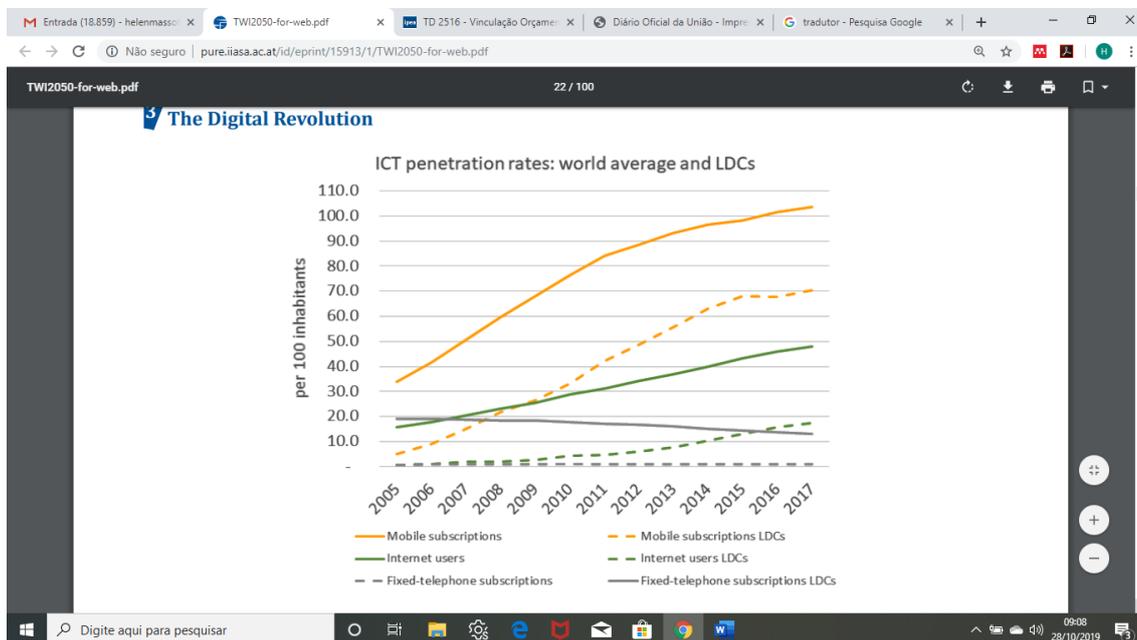
Corroborar essa percepção a seguinte análise:

permanecem as desigualdades socioeconômicas e regionais que caracterizam esse acesso, com proporções maiores de domicílios não conectados nas regiões Norte e Nordeste, na área rural e entre os domicílios de classes e rendas mais baixas. (CGI.br, 2018, p. 111).

Por sua vez, em âmbito global, a tendência predominante é de crescimento na adoção de tecnologias *mobile*, conforme nos mostra o gráfico abaixo:

³ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9319.htm>. Acesso em: 16 set 2019.

Gráfico 1 - Excerto do relatório “The digital Revolution”



Fonte: International Institute for Applied Systems Analysis. The Digital Revolution and Sustainable Development: Opportunities and Challenges, Áustria, 2019.⁴

Sendo assim, consideramos que a hipótese proposta pelos autores se sustenta no que diz respeito à limitação do acesso somente por meio do celular, mas ressaltamos que a escolha pela tecnologia *mobile* em si, aparentemente “veio para ficar”. Procurando disponibilizar a conexão de Internet em áreas em que há menor oferta desse tipo de serviço, foram criadas políticas, como os programas “Internet Para Todos” e “Governo Eletrônico - Serviço de Atendimento ao Cidadão - Gesac”⁵. Mas, segundo a pesquisa (CGI.br, 2018), “apesar dos avanços verificados, até o momento não foram efetivas para redução de desigualdades” (CGI.br, 2018, p.115).

⁴ Disponível em: <<http://pure.iiasa.ac.at/id/eprint/15913/1/TWI2050-for-web.pdf>>. Acesso em: 28 out 2019.

⁵ O Gesac é um programa coordenado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações (MCTIC), para oferecer conexão gratuita à internet em banda larga, direcionado para comunidades em estado de vulnerabilidade social. Atualmente conta com cerca de 5.500 Pontos de Presença em funcionamento. Disponível em: <<http://www.mctic.gov.br/mctic/opencms/comunicacao/SETEL/gesac/gesac.html>>. Acesso em: 16 set 2019.

Segundo o CGI, no que se refere às atividades na internet em âmbito geral, prevalecem aquelas voltadas à comunicação, sendo o uso mais intensivo detectado entre usuários de internet de classes mais altas, fato atribuído ao maior consumo de banda demandado pelos aplicativos, com o respectivo aumento de custos. Nas atividades voltadas para a busca de informação, são mais frequentes a busca por produtos e serviços (57%); saúde ou serviços de saúde (44%) e educação e trabalho, com ênfase em atividades ou pesquisas escolares pela Internet (44%).

Em relação aos serviços de governo eletrônico utilizados, “em 2017, 64% dos usuários de Internet com 16 anos ou mais utilizaram algum serviço de governo eletrônico nos 12 meses anteriores à realização da pesquisa, resultado que representa uma estimativa de 66,7 milhões de brasileiros” (CGI.br, 2018, p.132), mas prevalece a desigualdade de acesso, que continua concentrado na população urbana (69%) economicamente ativa (66%), em contraponto aos não economicamente ativos (52%) e residentes em áreas rurais (44%). Em relação aos canais oferecidos ao cidadão, a pesquisa oferece o seguinte mapeamento:

De acordo com a “TIC Governo Eletrônico 2017”, 93% das prefeituras têm sites, proporção que chega a 100% entre órgãos federais e 89% entre os estaduais. Já um endereço de e-mail é disponibilizado por 98% dos órgãos federais que possuem website, 95% dos estaduais e 93% das prefeituras. Além disso, as redes sociais são disponibilizadas por 93% dos órgãos federais, 75% dos estaduais e 75% das prefeituras (CGI.br, 2018, p. 133).

Os serviços mais procurados foram aqueles relativos aos direitos do trabalhador ou previdência social, educação pública e documentos pessoais, seguidos de perto pelos serviços de saúde pública, sendo que este conjunto também foi o que apresentou a maior variação positiva, em relação a 2016. Espelho das demandas sociais em curso, trabalho (28%), educação (28%) e saúde (21%) compõem a tríade de interesses contínua e crescente na demanda dos cidadãos por serviços de *e-gov* no Brasil. Note-se que, pelos dados apresentados na TIC 2017, a insistência em manter a pauta governamental, e também a midiática, direcionada a serviços de segurança pública não corresponde às prioridades da população, tendo a busca por essa temática de serviços alcançado 10%, ou seja, menos da metade das demais melhores ranqueadas. Lembramos que esta pesquisa foi orientada pela demanda, e não pela oferta de serviços de *e-gov*.

Outro ponto a destacar é que a utilização dos serviços de *e-gov* continua concentrada na busca por informações, “sendo pequena a parcela daqueles que realizaram parte ou todo o serviço na Internet, sem precisar ir até um posto para finalizar o atendimento” (CGI.br, 2018, p.133), o que indica a permanência da dificuldade em oferecer o serviço em si, por meio *on line*, já apontada anteriormente.

Por sua vez, foram os serviços relacionados a impostos e taxas governamentais consideramos os de maior sucesso em termos operacionais (25%), por serem os que menos demandaram aos cidadãos o deslocamento a um posto de atendimento. Mais uma vez uma tendência que permanece, dada a origem primeva do *e-gov* brasileiro, focada na gestão e controle fiscal.

Outra constatação da pesquisa aponta para os entraves na usabilidade digital:

Vale destacar, no entanto, que aproximadamente metade (51%) dos usuários de Internet com 16 anos ou mais alegou que não realizou atividades de governo eletrônico porque considera complicado usar a rede para o contato com o governo e outros 25% mencionaram que acham difícil encontrar os serviços que precisam na Internet (CGI, 2018, p.133).

No que diz respeito às atividades de participação e comunicação com o governo, apenas 10% dos usuários com 16 anos ou mais declarou haver utilizado algum meio, como atuação em votações ou enquetes (7%) e o envio de sugestões ou opiniões em fóruns ou consultas públicas de *sites* de governo (6%), sendo este o maior *gap* detectado na pesquisa. Em 2017, a “TIC Governo Eletrônico” apontou que a forma mais frequente oferecida pelas instituições de governo foram as consultas *on line*. Mesmo assim, estas foram disponibilizadas por apenas 40% dos órgãos federais, 16% dos estaduais e 17% das prefeituras.

Para Cunha et al (2011) “a partir da década de 1990 começou a migração dos serviços usuais do governo para os *sites* dos órgãos da administração pública” (CUNHA; FREGA; LEMOS, 2011, p.3), Segundo pesquisa realizada pelos autores no período de maio de 2007 a início de 2008, a qual envolveu 70 *sites* governamentais, os portais de instituições públicas na *WEB* são o principal canal de demanda e entrega desses serviços e informações, sendo que:

(...) na maioria dos portais do setor estatal predominam os enfoques assistencialistas e universalistas, centrados na provisão de serviços públicos eletrônicos aos cidadãos e, em menor escala, nos aspectos

como entrega de informação pública orientada à transparência das contas e à geração de canais fechados de comunicação entre cidadãos e governo (CUNHA; FREGA; LEMOS, 2011, p. 3-4).

Para comentarmos os resultados obtidos, referentes ao perfil do usuário de serviços de *e-gov*, consideramos necessário delimitar primeiramente as características da amostra de pesquisa, composta por 4.402 respondentes, de todos os estados brasileiros:

A amostra obtida tem um ligeiro traço masculino e é de meia-idade, instruída, com curso superior ou pós-graduação, casada, habita a capital de um estado ou uma região metropolitana e trabalha no setor público. (...) Pode-se dizer que a amostra é de instrução superior, já que 67,15% cursaram o ensino superior ou pós-graduação (CUNHA; FREGA; LEMOS, 2011, p.9).

Neste contexto, os pesquisadores detectaram que o perfil das pessoas que procuram por serviços eletrônicos governamentais é diferente daquele das pessoas atraídas pela internet em geral, assim como dentre os integrantes do setor público e do setor privado: “cerca de 42% dos integrantes do setor público utilizam a Internet para trabalho remunerado, enquanto cerca de 52% dos integrantes do setor não-público o fazem. No setor público o uso para educação gira em torno de 60%” (CUNHA; FREGA; LEMOS, 2011, p. 10). Com relação ao local de acesso a *sites* públicos, nota-se equilíbrio entre o do trabalho (59,43%) e o de casa (57,52%). À época da pesquisa, ainda não havia a prevalência atual do uso de acesso *mobile*. Mas, considerando que a amostra pertence ao extrato social mais elevado, podemos supor que se trata de usuários com múltiplas formas de acesso à *web*.

Com relação à demanda de serviços de *e-gov*, 92,11% dos respondentes declararam acessar a Internet para tal, havendo semelhança em todas as regiões brasileiras. Com algumas variações, essa pesquisa, realizada uma década antes da última versão da “TIC Domicílios” já comentada, confirma basicamente as mesmas prioridades dos usuários: Receita Federal (consulta ao serviço de CPF (79,21%) e declaração do imposto de renda (71,88%)); trabalho (concursos (62,84%) e emprego (44,56%)); educação (61,98%) e saúde (50,30%) ranqueiam as principais demandas. Lembramos que, no período de coleta de dados (2007 e 2008), a oferta de concursos públicos se encontrava em alta, o que talvez justifique o alto percentual alcançado nesse item, o qual se encontra associado à demanda por trabalho, primeiro lugar na “TIC 2017”. Mais uma

vez, a demanda correlacionada à segurança (preenchimento de boletim de ocorrência (22,82%)) é, dentre aquelas ranqueadas, a que alcançou o menor valor percentual.

Dentre os fatores elencados para a não utilização dos serviços eletrônicos se destacam: tempestividade (falta de uma resposta imediata - 11,68%), indisponibilidade (os serviços de que necessitam não são oferecidos *on line* - 11,52%) e proteção e segurança dos dados (10,29%). Para os autores “é interessante esta resposta, pois este fator não foi impeditivo para usar a Internet (em outro lugar do questionário), mas é um fator relevante ao não uso dos serviços eletrônicos dos governos” (CUNHA; FREGA; LEMOS, 2011, p.11).

Utilizando a análise fatorial para agrupar as variáveis de demanda, os autores identificaram quatro eixos principais, descritos a seguir:

- . Informações: buscar informações sobre direitos do trabalhador (previdência, salário maternidade etc); buscar informações sobre emprego (seguro desemprego, postos de trabalho etc.); fazer inscrições em concursos públicos (Polícia Militar etc.); buscar informações sobre serviços públicos de educação; buscar informações sobre serviços públicos de saúde; buscar informações sobre programas assistenciais (bolsa família, renda mínima etc.);
- . Transações: obter certidões negativas; fazer boletim de ocorrência; buscar informações sobre como emitir documentos (carteira de identidade, carteira de trabalho, CPF etc.); obter licenças e permissões;
- . Pagamentos: fazer pagamento de IPVA, multas ou licenciamento de veículos; fazer pagamento de IPTU e outros impostos municipais; fazer pagamento de taxas de serviços públicos (água, luz, gás, iluminação, lixo etc.).
- . Serviços da Receita Federal: fazer declaração de imposto de renda e consultar o CPF - Cadastro de Pessoa Física.

Note-se que, nesta modalidade de análise, a pesquisa repete a tríade trabalho, educação e saúde no eixo “Informações” já encontrada na “TIC 2017”, sendo os outros três eixos (transações, pagamentos e serviços da Receita Federal) pertencentes à área fiscal e tributária, historicamente privilegiada na adoção de *e-gov* no país. Talvez pudéssemos dizer que levamos para o mundo virtual a mesma moldura de relacionamento do Estado com o cidadão que encontramos em nosso cotidiano.

2.3 INICIATIVAS DE *E-GOV* NO BRASIL: ALGUNS EXEMPLOS

Para exemplificar a implementação do *e-gov* no país, descrevemos a seguir pesquisas de perfil dos municípios brasileiros e relatos de experiências pesquisadas na literatura sobre a temática.

2.3.1 Municípios brasileiros: quem são e o que precisam para desenvolver ações de *e-gov*

Przeybilovicz, Cunha e Meirelles (2018) desenvolveram um estudo quantitativo das características de infraestrutura e uso das TICs no Brasil, calcado na Pesquisa de Informações Básicas dos Municípios - Munic 2014, publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2016. Com foco no desenvolvimento de governo eletrônico e *smart cities*, a amostra utilizada abrangeu 4.835 municípios, agrupados em quatro *clusters*, apresentados a seguir: o “sem-tecnologia”, composto por 1.309 municípios sendo que, embora o maior número encontrado esteja na região Nordeste (514), eles existem em todas as regiões brasileiras; o “atento ao cidadão”, com 883 municípios e maior concentração na região Sudeste (297); o “atento à legislação”, com 1.249 municípios, sendo 408 também na região Sudeste; e o “provido de TIC”, composto por 1.394 municípios, nos quais encontramos as capitais e cidades importantes no contexto nacional, como São Paulo e Rio de Janeiro. Esse grupo é formado em grande parte por municípios do Sul (471) e do Sudeste (415).

As variáveis de tecnologia analisadas foram agrupadas em quatro dimensões: infraestrutura de conexão da prefeitura, inclusão digital, e-serviços e comunicação com o público, e e-transparência. Na dimensão de “e-serviços e comunicação com o cidadão”, cujas variáveis contemplam as formas de atendimento a distância/eletrônico e os serviços públicos *on line* oferecidos à população, encontramos: disponibilização de formas de atendimento a distância; comunicação pela internet; ouvidoria e serviço de atendimento ao cidadão, sendo esses últimos apresentados conjuntamente. Segundo a análise descritiva realizada, predominam nos *sites* das prefeituras características informativas (91,6%), sendo precária a oferta efetiva de e-serviços. Mesmo no que se refere à Lei de Acesso à Informação (LAI), 78,5% dos municípios ainda não possuem legislação específica para o seu atendimento.

O nível de desenvolvimento das iniciativas de *e-gov* locais é proporcional aos indicadores socioeconômicos, fato confirmado pela composição do grupo de municípios excluído da amostra, detentor dos piores índices. Ao mesmo tempo, 85,3% desse grupo declarou que a página *on line* do governo municipal não estava em funcionamento e subiu para 95% o índice de municípios que ainda não possuía legislação específica para atendimento à LAI.

Para os autores, ao mesmo tempo que, dentre as instituições do Estado, os governos locais são o nível mais próximo do cidadão, há barreiras para o progresso do *e-gov* municipal, tais como a falta de capacidade financeira, técnica e de pessoal, além de questões legais. Esse conjunto de fatores se agrava quando tratamos de países em desenvolvimento. Além disso, os pesquisadores salientam a necessidade de (...) “levar em consideração o contexto legal e socioeconômico, as demandas pragmáticas locais, incluir os participantes no processo de gestão local e reforçar as capacidades institucionais” (PRZEYBILOVICZ; CUNHA; MEIRELLES, 2018, p.633). Outro importante fator elencado é o investimento em educação e formação comportamental dos cidadãos, visando fortalecer o processo de aprendizagem social.

Segundo os pesquisadores, as particularidades inerentes ao uso das TICs nos grupos de municípios apresentados ensejam a discussão de diferentes problemáticas e possibilidades de ação. Ao mesmo tempo em que a obrigatoriedade de interação eletrônica exigida pelo governo federal em alguns programas pode ter contribuído para universalizar o computador e internet, o uso dos recursos é distinto.

No caso específico dos “sem-tecnologia”, (...) “municípios pobres e pequenos dependem fortemente de recursos de outros níveis de governo e, por conta própria, dificilmente conseguem desenhar políticas públicas que se beneficiem de tecnologia” (PRZEYBILOVICZ; CUNHA; MEIRELLES, 2018, p.643). Os autores verificaram a necessidade de uma dinâmica de implementação das TICs diferenciada, voltada para a ampliação do uso de tecnologia e desenvolvimento de capacidades institucionais em ciclos curtos e com resultados percebidos pela gestão e/ou população, uma vez que (...) “a autoaprendizagem tem um ciclo longo demais para esse município, os riscos de investimento são altos, e é preciso considerar a falta de mobilização local nesta direção” (PRZEYBILOVICZ; CUNHA; MEIRELLES, 2018, p.644).

No que se refere aos municípios incluídos no grupo “atento ao cidadão”, os autores consideram que “fazem a lição de casa”, sendo que, na concorrência entre escassez de recursos e demandas municipais, aplicam os recursos de TIC em direção ao cidadão, mas

precisam avançar no quesito “e-transparência”, por se tratar de uma dimensão importante no controle social sobre as ações do governo local.

Já no grupo “atento à legislação”, foi constatado que a partir do estabelecimento da LAI em caráter mandatório, em todo o território nacional, ocorrido a partir de 2014, esse grupo, assim como o anterior, avançou em e-transparência, mas não priorizou o uso das TICs no atendimento ao cidadão.

Os municípios do *cluster* “provido de TIC” dispõem de infraestrutura para desenvolver uma arquitetura para uma plataforma tecnológica robusta, padrão, aberta e interoperável. Segundo os pesquisadores:

Uma vez que a cidade tenha uma infraestrutura de tecnologia e prestação de serviços ao cidadão, poderá interconectar cidadãos, serviços urbanos e os outros atores da cidade, como empresas, terceiro setor, universidades, coletivos. Capturam-se sinergias entre os serviços públicos já prestados e também a melhoria e/ou desenvolvimento de novos serviços para o cidadão e para as empresas. Do cruzamento e análise dos diferentes dados da cidade, serviços e cidadãos, facilita-se a tomada de decisão e aperfeiçoa-se a gestão da cidade (PRZEYBILOVICZ; CUNHA; MEIRELLES, 2018, p. 645).

2.3.2 “Programa Nota Fiscal Paulista (PNF)”

Considerando que a oferta de serviços de *e-gov* no país tem por origem as áreas fiscal e tributária, tomemos como exemplo um estudo de caso do “Programa Nota Fiscal Paulista (PNF)”. Essa pesquisa foi realizada em 2015, baseada em uma amostra de 3.500 usuários do Programa, dos quais 715 tiveram os questionários validados pelos pesquisadores, sendo estes oriundos de 11 cidades de São Paulo com o percentual mais elevado de participação no Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) do Estado, nos seis anos anteriores. Sob o ponto de vista do usuário de *e-gov*, os principais fatores de influência observados foram: percepção de benefício, usabilidade, influência social, confiança no governo e hábito, sendo este último compreendido como o grau em que as pessoas automatizam o aprendizado, tendendo a aumentar a intenção de uso do Programa.

Segundo os autores, a adoção da perspectiva do usuário se justifica porque “a adoção de *e-services* se diferencia do processo de compra no chamado *e-commerce*, em termos de complexidade e relacionamento a longo prazo entre o consumidor e o provedor

de serviços”⁶ (tradução própria) (MORAES; MEIRELLES, 2017, p.2). Além disso, ambos sublinham, em termos comportamentais, a percepção de risco como fator inibidor das transações, em contraponto à percepção de segurança, considerada fator de influência positivo.

No que se refere ao *e-gov* brasileiro, as principais iniciativas identificadas foram:

a) IRS - serviços de cobrança de imposto de renda; situação fiscal do contribuinte; registro de seguridade social e registro nacional de pessoas jurídicas; afirmações; entre outros. b) Polícia Federal - serviços como solicitação de passaporte; declarações de antecedentes criminais; apoio a adoções internacionais; entre outros. c) Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) - interesses vinculados ao tesouro nacional, como disponibilidade de gastos públicos. e) Poupa Tempo (programa do estado de São Paulo) - acesso a informações de serviço público, como solicitação de documentos e abertura e fechamento de negócios. f) Projeto OntoJuris - fornece informações sobre legislação em propriedade intelectual, direitos do consumidor e direitos eletrônicos. g) Sistema Público de Escrituração Digital (SPED) - informações tributárias, racionalização e padronização de obrigações dos contribuintes. h) Compras Net - site de compras do governo federal, com equivalentes na maioria dos estados e em muitos municípios (tradução própria)⁷ (MORAES; MEIRELLES, 2017, p.3).

O PNF foi implantado em outubro de 2007, como parte do “Programa de Estímulo à Cidadania Fiscal do estado de São Paulo”. Seus objetivos principais foram: incentivar o consumidor a exigir a nota fiscal; reduzir o comércio informal e ilegal de produtos e combater a evasão fiscal. Como recompensa, devolvia ao consumidor 30% do Imposto Sobre Serviços (ISS), por transação realizada, até o início do mês subsequente. A sua implementação foi progressiva, mas tornou-se mandatória ao longo dos anos de 2007 a 2009, por meio de um plano estadual, de acordo com o código CNAE (Classificação Nacional de Atividades Econômicas).

⁶ “The adoption of e-service differs from what occurs with basic shopping in e-commerce in terms of complexity and long-term relationship between the consumer and the service providers.”

⁷ “a) IRS - income tax collection services; taxpayer’s fiscal status; social security and national register of legal entities registration; statements; among others. b) Federal Police - services such as passport application; statements of criminal records; support for international adoptions; among others. c) Integrated System of Financial Administration of the Federal Government (SIAFI, in Portuguese) - interests linked to the national treasury, as availability of public spending. e) Poupa Tempo (a state of São Paulo program) - access to public service information, such as documents request and opening and closing a business. f) OntoJuris Project - providing legislation information in intellectual property, consumer rights and electronic rights. g) Public Digital Bookkeeping System (SPED, in Portuguese) - tax information, rationalization and standardization of ancillary obligations to taxpayers. h) Compras Net - shopping website of the federal government, with equivalent websites in most states and in many municipalities.”

Segundo os resultados da pesquisa, o principal fator de intenção de uso detectado foi o hábito. Para os autores, no contexto do *e-gov*, quanto mais os cidadãos se acostumam a usar os programas, maior a intenção de continuidade no uso. Em segundo lugar, vem a percepção de benefícios, sendo estes considerados em termos de retorno financeiro; de acessibilidade e disponibilidade; economia de tempo; conveniência; e a percepção de que o aumento da receita para o estado pode se converter em possíveis melhorias para os cidadãos. A usabilidade é o terceiro fator ranqueado: quanto maior a capacidade de navegação no *site*, maior a intenção de usar o programa.

Os fatores percepção de segurança, influências sociais e confiança no governo também são determinantes no uso do *e-gov*. Para a segurança, entendida como o nível em que o cidadão acredita que os programas estão livres de riscos, é fundamental garantir a confidencialidade dos dados, visando minimizar o medo de realizar transações por meio da internet.

No que diz respeito a influências sociais, entram as figuras de referência relacional para o cidadão. Se quem ele confia e/ou mesmo tem como “modelo” utiliza o Programa, ele se sente mais seguro para aderir ao uso. Por sua vez, à medida em que ele se torna um usuário contumaz, também se torna um potencial multiplicador de adesões ao Programa. Já a confiança no governo trata de considerar corretos os valores da transação, assim como de acreditar que os impostos cobrados não serão desviados para finalidades indevidas.

Um aspecto interessante a observar foi o “casamento” da chamada “cidadania fiscal” com a questão da inclusão digital, abordada de forma associada, no âmbito do “Programa de Acesso São Paulo”, o qual forneceu acesso à internet e seus serviços, em 629 locais públicos, por meio de 3.400 máquinas. De maneira sumária, seu funcionamento, em conjunto com o PNF, propunha o seguinte: o “consumidor/cidadão” se inscrevia no *site* do Programa sendo que, a cada compra, informava à seguridade social ou ao registro nacional das pessoas jurídicas, para a autorização da emissão da fatura, obtendo em troca redução na carga tributária.

Outra opção oferecida era a de que não identificasse o número da previdência social, doando os comprovantes de impostos para entidades de assistência social ou assistência médica. Além disso, uma vez registrado e identificado no Sistema, ele também receberia créditos pelas compras, concorrendo a prêmios patrocinados pelo Departamento de Finanças do Estado. Poderíamos sugerir que se trata de uma nova modalidade de

“cidadania regulada”⁸. No “casamento” consumidor/cidadão, condiciona-se o cidadão portador de direitos ao consumidor que participa ativamente da institucionalização fiscal proposta pelo Estado.

2.3.3 Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos: fluxo informacional dos canais de atendimento

Fernandes e Garcia (2013) realizaram uma análise do fluxo informacional dos canais de atendimento ao cliente (CAC), na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), Diretoria Regional da Paraíba (DR-PB), discutindo como essa fonte de informação poderia trazer insumos e influenciar o processo decisório da organização, tendo como pressupostos que:

(...) as informações produzidas por esses canais, refletem as necessidades demandadas. Tais informações são essenciais para o desenvolvimento da organização, onde o seu sucesso e a sua permanência relacionam-se à competência em atender às expectativas e necessidades dos clientes, as quais devem ser identificadas, compreendidas e traduzidas em ações (FERNANDES; GARCIA, p. 104, 2013, p.104).

Ao mesmo tempo em que as autoras atribuíram a origem de tais iniciativas ao processo de redemocratização do país a partir da década de 80 e ao advento do Código de Defesa do Consumidor na década seguinte, notamos que as referências conceituais entre público e privado utilizadas se misturavam, em termos como “cidadão-cliente”, “consumidor-cidadão” etc. Mas destacamos nesse artigo uma referência rara, mesmo que indireta, ao serviço de “Fale Conosco”:

O que se pode aprender com o que entra pela ouvidoria, pelo *Call Center*, pelo *help desk*, pela caixa de e-mail do fale conosco, enfim, é inestimável. Podem-se obter informações de extrema importância sobre clientes, produtos, processos etc. E conhecimento é crucial hoje. A organização deve se expor, se quiser realmente se aperfeiçoar

⁸ Conceito cunhado por Wanderley Guilherme dos Santos para se referir à a ação regulatória do Estado pós-1930 na separação institucional entre ‘cidadãos’ e ‘não cidadãos’. A Era Vargas inaugura um modelo, durante muito tempo vigente no Brasil, no qual tinham acesso a benefícios e direitos sociais apenas os indivíduos formalmente inseridos no mercado de trabalho, por meio do sistema previdenciário. É um conceito de cidadania cujas raízes se baseavam em um “sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal” e não em valores políticos, o qual considerava como cidadãos apenas os membros da comunidade com ocupações reconhecidas e definidas em lei. (SANTOS, 1998, p. 75).

(FERNANDES; GARCIA, 2013, p.105, apud TEIXEIRA FILHO, 2002, p.84).

Referenciando Choo (2003, p.27), o qual afirma que (...) “a informação é um componente intrínseco de quase tudo que uma organização faz” e Valentim (2008, p.21) que por sua vez acrescenta: “(...) os ambientes e fluxos de informação se constituem em algo extremamente valioso, do ponto de vista estratégico, tático e operacional, para qualquer tipo de organização, em qualquer área de atuação”, as autoras advogam a importância de monitorar a informação advinda dos canais de comunicação com o cidadão, não só para o diagnóstico qualitativo dos serviços oferecidos, mas também para agregar valor à empresa pública e, em última instância, à própria sociedade.

2.3.4. Plenária virtual permanente: *e-gov* e Conselhos de Saúde no Rio de Janeiro

Tendo por marco principal a Lei 8.142, de dezembro de 1990, a qual oficializou as duas instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS) - as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, ao longo do tempo foi consolidada uma rede de cerca de 6 mil conselhos, composta pelo Conselho Nacional de Saúde e o do DF, dos 27 estados e dos 5.561 municípios, dos Conselhos de Saúde Indígena e de Conselhos Regionais. Segundo Silva e Labra (2007), “essa vasta rede, por sua vez, envolve a participação voluntária de mais de 100 mil pessoas, das quais demanda-se o engajamento em discussões relativas a planejamento, programação, orçamento, gestão e avaliação de programas e serviços de saúde” (SILVA; LABRA, 2007, p.107).

Dentre os desafios ao seu bom funcionamento, as autoras destacam a baixa visibilidade e a ausência de comunicação no âmbito dos conselhos, os quais denotam a falta de abrangência das políticas de comunicação, informação e educação em saúde. Tal necessidade se acentua, na medida em que consideramos os conselhos enquanto “arenas de decisão” e de “encontros” entre as autoridades setoriais e os cidadãos comuns, os representantes dos trabalhadores da saúde e, sobretudo, dos usuários” (SILVA; LABRA, 2007, p.109).

Refletindo a situação já descortinada anteriormente em âmbito geral, no microuniverso dos Conselhos de Saúde nos deparamos a falta de familiaridade com o computador; escassos locais públicos de acesso à internet e a própria falta da cobertura universal em telecomunicações nos municípios; fatores aos quais se somam as

dificuldades, tanto dos conselhos quanto dos próprios conselheiros, no acesso aos diversos sistemas de informação nacional em saúde, sendo inexistente existe uma política de informação destinada a conselheiros de saúde, centrada no domínio dos sistemas do SUS, fundamental para subsidiar a análise do quadro sanitário e a consequente tomada de decisões em saúde.

Para as autoras, o uso extensivo das TICs “constitui um poderoso instrumental para vencer as barreiras de isolamento e invisibilidade das instâncias colegiadas do SUS e estimular a participação cidadã” (SILVA; LABRA, 2007, p.108). O “Plenária Virtual Permanente (PVP)”, é um aplicativo *web* multimídia, modelado entre janeiro e fevereiro de 2005, com o objetivo de interconectar os Conselhos de Saúde em âmbito nacional, cujo projeto-piloto interligou o Conselho de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e cinco conselhos municipais de saúde: Itaperuna, Nova Friburgo, Paraíba do Sul, Resende e Rio de Janeiro. Tais municípios foram mapeados por meio do Portal do Cidadão, *site* do governo do Estado e escolhidos por serem os únicos que dispunham de *site* da prefeitura, da secretaria de saúde e do referido conselho, simultaneamente.

Dentre os resultados apontados pelos conselheiros durante o teste do projeto - piloto se destacam: a contribuição da internet para melhorar o acesso da população ao Conselho de Saúde; a agilidade da internet na busca e pesquisa de informações de interesse dos conselheiros e a possibilidade de incluir redes digitais nos planejamentos de comunicação dos Conselhos locais.

Em relação à inclusão digital, as autoras apontam que ações governamentais intersetoriais na área da saúde se encontravam em articulação, conjugando infraestrutura, conectividade e formação técnica dos conselheiros, em prol do melhor desempenho institucional dos conselhos. Segundo Silva e Labra (2007):

Um dos desafios que ainda precisam ser superados no processo de luta pela inclusão digital das instâncias de controle social é o de estabelecer uma pactuação entre os três entes federativos para que o enfrentamento desse problema seja uma meta de todos, referendada nas conferências de saúde. É preciso também que se faça um trabalho conjunto com outros setores, em especial a educação, para reduzir os índices de analfabetismo funcional no país. Muitas vezes, são lideranças locais importantes e que precisam ter voz. O desafio é construir formas de repassar as informações relativas ao Sistema Único de Saúde para essas pessoas (SILVA; LABRA, 2007, p.115).

2.4 Portais públicos e o serviço de atendimento “Fale Conosco”

Com o objetivo de melhor delinear exemplos de portais públicos institucionais no Brasil, com foco na utilização do serviço de atendimento ao cidadão “Fale Conosco”, apresentamos alguns exemplos recuperados na revisão de literatura.

2.4.1 Portal da Câmara dos Deputados

Referenciando uma pesquisa realizada por Braga (2007), Nakamura (2013) descreve o *ranking* de *sites* legislativos pesquisados pelo autor, o qual avaliou 190 variáveis, visando criar um “índice de informatização”. Tais variáveis foram agrupadas de acordo com os seguintes critérios: existência de informações gerais e condições de navegabilidade; informações sobre centros decisórios; dados dos parlamentares; informações e documentos do processo decisório; existência de canais de relação com o público; informações sobre o dia-a-dia administrativo e integração em rede com outros órgãos.

O estudo correlacionou a informatização dos legislativos nacionais e o grau de desenvolvimento socioeconômico das diferentes regiões e unidades administrativas brasileiras, pois os *sites* cuja estrutura e conteúdo mais facilitaram a pesquisa do usuário foram aqueles de parlamentos de Estados mais ricos, em especial, do Sudeste. A variável relativa ao relacionamento com o público foi a que alcançou a menor média geral (84,5%), assim como a menor média dentre todas as variáveis analisadas, em todas as regiões do país.

Dentre as dificuldades elencadas nessa pesquisa, Nakamura (2013) destaca: “linguagem inadequada para o público não-especializado, dados difíceis de localizar, uso dos portais para *marketing* político, *websites* não interativos e estáticos, confirmação das diferenças socioeconômicas pela seletividade do público (dificuldade de grande parte da população para acessar computadores e internet” (NAKAMURA, 2013, p.45). Além disso, a autora aponta o risco de transformação dos *sites* legislativos em “vitrines virtuais”, ou seja, apenas um instrumento de divulgação genérica dos parlamentares.

No que se refere à Câmara dos Deputados propriamente dita, no histórico da Casa a institucionalização de canais de relacionamento com o cidadão é relativamente recente.

Note-se que até o ano de 1951, a biblioteca da Casa era de uso privativo para deputados e funcionários, sendo o atendimento a pedidos de informação franqueados somente à Mesa Diretora, às Comissões Legislativas e aos próprios deputados.

Com relação ao Portal Câmara, registramos que desde 2004 ele é administrado por um “Comitê Gestor” interdisciplinar, cujas atribuições foram institucionalizadas pela Portaria nº 123, de 2004, a saber:

planejar a organização e a arquitetura das informações; desenvolver critérios de apresentação visual, acessibilidade, usabilidade e navegabilidade; zelar pela qualidade e atualização das informações disponibilizadas; definir critérios para inserção dos conteúdos publicados pelas áreas responsáveis de forma descentralizada; promover a acessibilidade das informações e serviços aos portadores de deficiência; estudar e propor ações para promover, no ambiente virtual, a transparência da Câmara dos Deputados junto à sociedade; favorecer mecanismos de interação com o público e usuários internos; efetuar a gestão da Caixa Postal do Comitê, estabelecendo canal direto de interação com os usuários para receber sugestões e apontar soluções para problemas identificados; conhecer as necessidades dos setores da Casa em relação ao Portal a fim de planejar e priorizar o atendimento das demandas a serem implementadas; estimular a capacitação dos provedores de conteúdo sobre conceitos, padrões e ferramentas de trabalho adotadas no Portal (NAKAMURA, 2013, p.74).

Destacamos também o projeto instituído pela Diretoria-Geral da Câmara dos Deputados em 2007, com o objetivo de desenvolver estudos e propor diretrizes para otimizar os canais de interação da Câmara dos Deputados com a sociedade, por meio dos quais foram constatados mais de 400.000 atendimentos/mês. Do diagnóstico então realizado, reproduzimos as principais conclusões, considerando que podem se aplicar à realidade encontrada em diversos portais de órgãos públicos no país:

Sistemas com bases de dados inconsistentes ou incompletas e dificuldade para utilizá-los na recuperação de informações; falta de padronização nos sistemas e nos procedimentos de atendimento adotados por cada órgão; ferramentas de pesquisa limitadas e não padronizadas; a ferramenta Fale Conosco não era de fácil utilização pelo usuário, gerando encaminhamentos errados, e não possuía um sistema que permitisse o acompanhamento das solicitações pelo usuário (NAKAMURA, 2013, p.56-57).

Nesse caminho trilhado entre o idealizado na lei e a prática cotidiana, registramos os resultados, em 2013, do “Projeto de Gestão do Relacionamento”, no qual foi detectada a persistência da falta de sistematização e de padronização no atendimento, ocasionando:

Reencaminhamento excessivo das demandas, gerando demora e inconsistência nas respostas para o cidadão. O setor que recebe a demanda nem sempre é o responsável pela informação solicitada e muitas vezes não consegue descobrir para qual setor encaminhar a demanda. Muitas vezes, ocorre o envio de respostas diferentes e contraditórias para um mesmo usuário, especialmente com relação às demandas sobre processo e atividades legislativas, tendo em vista que os diversos setores tendem a ter apenas uma visão parcial de todo o processo. Necessidade de treinamento constante e experiência no uso dos sistemas e ferramentas de informação para os pesquisadores, sobrecarregando-os e provocando o acúmulo de solicitações de complexidade cada vez maior (NAKAMURA, 2013, p. 57-58).

Detivemo-nos no detalhamento das consequências observadas, tanto por se constituírem em fonte de aprendizado para os estudiosos da temática, como por reafirmarem o pensamento da autora, segundo o qual “a técnica, a informação e os sistemas são necessários; mas também são essenciais a autoavaliação, a adaptação e a sensibilidade” (NAKAMURA, p. 15, 2013).

No Portal da Câmara existem serviços que oferecem maior possibilidade de interação, como o “E-Democracia” e as salas de “Bate-Papo” mas, segundo a autora, “a rigor, não há na Câmara dos Deputados a oferta de serviços que coloquem o cidadão em uma posição de participação direta no processo legislativo ou no processo decisório da Câmara. O que se observa nestas listas de serviços é que os mais acessados são mais voltados à consulta de informações” (NAKAMURA, 2013, p.77), confirmando a tendência observada nos exemplos de *e-gov* já discutidos. Nas estatísticas de acesso ao Portal, somente em 2011 o serviço de Fale Conosco apareceu pela primeira vez, sendo o único dos serviços listados que permitia ir além do acesso imediato à informação, com a possibilidade de interação com a Câmara dos Deputados.

Uma dificuldade em comum apontada por diversos setores da Câmara que lidam, direta ou indiretamente com questões relativas ao atendimento ao cidadão foi a classificação das demandas, sendo a mesma agravada pelo fato de, muitas vezes, ele próprio não ter clareza sobre o que pode solicitar, sobre o que deseja exatamente ou sobre o assunto em si.

Referenciando Choo (2003, p. 29), a autora menciona que “descobrir necessidades de informação é um processo de comunicação complexo e impreciso. A maioria das pessoas acha difícil expressar suas necessidades informacionais” (NAKAMURA, 2013, p.88). Tal assertiva é corroborada considerando que, para colocar uma necessidade de informação no contexto do mundo real, os sistemas de informação são condição necessária, mas não suficiente.

2.4.2 Portal da Fundação Joaquim Nabuco: comunicação organizacional e “Fale Conosco”

A Fundação Joaquim Nabuco (Fundaj) se originou do Instituto Joaquim Nabuco, um instituto de pesquisa social criado no Nordeste brasileiro por Gilberto Freyre em 1949, vinculado inicialmente ao Ministério da Educação e Saúde. Trinta anos após, já na década de 80, foi transformado em fundação, então vinculada ao Ministério da Educação.

O “Fale Conosco” da Fundaj foi criado em 1996 e desde 2003 se encontra sob a gestão da Assessoria de Comunicação, *staff* da Diretoria. Mas somente após 2008 começou a ser realizado o arquivamento das mensagens. Em consequência, nos primeiros doze anos de funcionamento, não há registro das mensagens recebidas. Além do Fale, a Fundaj disponibiliza alguns canais de comunicação “que dão ao cidadão acesso à informação: Ouvidoria, Lei de Acesso à Informação (LAI), Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), que não são vinculados à Assessoria de Comunicação Social.” (RAMOS, 2014, p.68).

O público atendido tem um perfil diversificado, sendo “composto por professores, estudantes, engenheiros, donas de casa e demais profissionais de áreas diversas e de várias regiões do Brasil e do exterior” (RAMOS, 2014, p.60), com uma frequência média de duzentos *e-mails* por mês recebidos no Fale Conosco. Esse canal está disponibilizado no portal da Instituição.

Referenciando Bueno (2002), a autora destaca que “Nada irrita mais do que, ao acessar um Fale Conosco de uma empresa ou organização, receber uma resposta padronizada, pouco elucidativa, que promete relacionamentos futuros que nunca se realizam do tipo: Obrigado pelo seu contato. Logo estaremos retornando com as informações solicitadas”, salientando que a Fundaj evita fornecer esse tipo de resposta aos usuários que a procuram.

Por sua vez, com relação ao público interno, de acordo com pesquisa realizada em 2013/2014, ele “não tem o hábito de utilizar o Fale Conosco como veículo de comunicação; há desconhecimento, falta de informação sobre esta ferramenta e sua finalidade” (RAMOS, 2014, p.63). No que diz respeito ao fluxo de encaminhamento das mensagens recebidas, a Ascom faz a triagem para as diversas áreas técnicas da Fundaj, mas não dispõe de meios para monitorar a qualidade e a tempestividade das respostas, pois o respondente final se comunica diretamente com o usuário, nem sempre com a Assessoria em cópia. Outra particularidade encontrada é que até 2013, o Fale foi utilizado informalmente como instrumento da Ouvidoria, por acumular também demandas referentes a sugestões, reclamações e elogios.

Segundo a pesquisa realizada pela autora com o público interno da Fundaj (Analista em C&T, Assistente em C&T, Pesquisador, detentor de Cargo Comissionado (DAS) e terceirizados), com o objetivo de avaliar a Comunicação Organizacional da Fundaj e a importância do Fale, foi detectado “o descontentamento de alguns servidores que não tinham o conhecimento desse canal de comunicação implantado desde 1996 na Fundaj e relatadas queixas sobre a ausência de políticas direcionadas ao público interno” (RAMOS, 2014, p.74). Tais queixas se mostraram acentuadas na parcela do público interno composta por funcionários terceirizados.

Em contraponto às críticas, destacamos a fala de um dos entrevistados, segundo o qual:

O Fale Conosco, o Sistema de Informação ao Cidadão, a página da internet é o atendimento das pessoas no balcão, do servidor no balcão para o público interno ou externo, esse sistema de comunicação em conjunto é que faz com que o serviço público funcione e exista. Então, o Fale Conosco, ele complementa essa cadeia. Ele tem uma importância, sim. Atua para a imagem institucional e ele é importante para o Estado. Porque a gente não pode só pensar na Fundação. A gente tem que pensar em nível de governo federal (RAMOS, 2014, p. 2014).

Referenciando Kunsch (2003), a autora conceitua o “Fale Conosco” como uma ferramenta da comunicação digital, sendo essa “definida como o uso das tecnologias digitais de informação e comunicação, bem como de todas as ferramentas delas decorrentes, para facilitar a construção de qualquer processo de comunicação integrada nas organizações” (RAMOS, 2014, p.117). Para a autora, torna-se necessário criar uma estratégia de comunicação institucional que utilize melhor o Fale como instrumento de

interatividade para aproximar a Fundaj da sociedade, assim como de seu público interno, com “uma política de comunicação voltada ao encurtamento de distância entre o que é disponibilizado, divulgado para a sociedade e o seguimento interno” (RAMOS, 2014, p.121).

No que diz respeito ao papel institucional da própria Fundaj, finalizamos com o depoimento de mais um entrevistado nessa pesquisa:

O poder público, por exemplo, poderia ter acesso às informações, porque a gente produz muitas informações que servem de subsídio pra formação de políticas públicas, planejamento. Isso pra mim não tem essa eficiência toda. Então não chegam ao poder público, por exemplo, as informações que poderiam chegar e que seriam muito interessantes, porque seria uma aplicação do nosso trabalho de forma a melhorar a qualidade de vida da população nordestina, que é um dos objetivos desta Casa. Nesse ponto, acho que a gente falha (RAMOS, 2014, p.87-88).

2.4.3 DATASUS: um estudo de caso do serviço “Fale Conosco”

A partir do perfil temático da base de dados gerada pelas mensagens recebidas no Departamento de Informática do SUS (DataSus) no Rio de Janeiro, por meio do “Fale Conosco”, em uso desde o final de 2006, Magalhães (2009) se propôs a discutir “limites e possibilidades do serviço ‘Fale Conosco’ como forma adotada de serviços do governo aos indivíduos, e que pode contribuir para o desenvolvimento de proposições mais resolutivas e sintonizadas com necessidades de saúde vistas a partir da perspectiva do cidadão” (MAGALHÃES, 2009, p.7). O recorte escolhido pela autora privilegiou a análise qualitativa das mensagens oriundas de segmentos não vinculados a instituições de saúde ou da administração pública, recebidas no ano de 2008.

Para alicerçar a sua pesquisa, a autora referenciou a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), a qual:

(...) apresenta entre seus objetivos o de apoiar a disseminação de informação em saúde para a população utilizando diferentes linguagens, mídias e veículos de comunicação, alcançando públicos específicos e facilitando o controle social em saúde. Estabelece como diretrizes: o estabelecimento de mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde; a ampliação da produção e disseminação de informações de saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de

ensino e pesquisa, outros setores governamentais, instituições internacionais e sociedade (MAGALHÃES, 2009, p.13).

Do ponto de vista tecnopolítico, a autora salienta que importa “dar a uma coletividade um meio de dizer o que tem a dizer, de uma forma direta. Constituir uma fala coletiva como uma imagem complexa ou um espaço dinâmico, um mapa móvel das práticas e ideias. Cada um podendo se situar no mundo virtual para cujo enriquecimento e modelagem todos contribuem por meio de seus atos de comunicação” (MAGALHÃES, 2009, p.20).

Especificamente no que se refere ao Fale Conosco, ela considera que na administração pública o seu uso em setores governamentais da área social inscreve-se como atividade de *e-gov* na modalidade “G2C”, a qual trata da comunicação do governo com o cidadão em duas vias, ou seja, aquela na qual os *sites* disponibilizam um canal de comunicação, por exemplo, o *e-mail*.

Referenciando Bueno (2003), a autora sinaliza que “o habitual ‘Fale Conosco’ precisa transformar-se em ‘Converse Conosco’” ((MAGALHÃES, 2009, p.51) e destaca que:

(...) na maioria das vezes, esses canais se mostraram pouco dinâmicos, não oferecendo mecanismos sofisticados de interação e de controle e acompanhamento, ou garantias de que a informação possa se direcionar internamente de maneira correta e de que haverá um retorno para o emissor da comunicação. Assim, sua ineficiência fica normalmente atribuída à falta de retorno, ou ainda à má qualidade das respostas e inexistência de mecanismos que permitam aos cidadãos rastrear a sua mensagem dentro da administração pública (MAGALHÃES, 2009, p.51).

Reproduzimos a seguir o quadro elaborado por Magalhães (2009), a partir da “Cartilha de Usabilidade para Sítios e Portais do Governo Federal”, com relação aos principais parâmetros que devem orientar a criação e o funcionamento dos canais de “Fale Conosco” em *sites* federais. Ressalvamos que, em termos de acessibilidade, não foram incorporadas ao quadro as orientações relativas à eliminação de barreiras que impeçam o acesso do usuário, mesmo que a autora faça referência a essa necessidade: “desde aspectos tecnológicos a aspectos relacionados ao usuário com necessidades especiais, oferecendo programas e conteúdo adequados e apresentação das informações e dos serviços em formatos alternativos” (MAGALHÃES, 2009, p. 51). Com relação à

padronização visual, ela descreve ser recomendável organizar e distribuir elementos visuais, tendo como meta o auxílio à navegação e não apenas a ilustração do *site*, e ainda, a adoção de características visuais que o identifiquem como sendo do governo federal.

Figura 1 - Excerto da “Cartilha de Usabilidade para Sítios e Portais do Governo Federal”

Quadro 3 - Características do serviço 'Fale Conosco' para sítios e portais governamentais

Categoria	Parâmetro	Característica
Acessibilidade	Mínimo	Oferecer um canal de comunicação com o usuário (' Fale Conosco ').
	Médio	Oferecer serviço ' Fale Conosco ', estruturado para agilizar o processo de comunicação. As consultas podem ser direcionadas a departamentos, selecionadas por temas ou administradas por uma equipe de atendimento.
	Máximo	Adotar ferramenta para administração do serviço ' Fale Conosco '. Essa ferramenta pode proporcionar intercâmbio com a seção de Perguntas Frequentes, bem como gerar relatórios para a gestão da qualidade e sobre o tempo das respostas.
Navegabilidade	Mínimo	Todas as páginas devem apresentar os seguintes elementos: - no canto superior direito: elementos de auxílio à navegação - mapa do sítio, busca e ' Fale Conosco ';

Fonte: Cartilha de Usabilidade para Sítios e Portais do Governo Federal

Fonte: MAGALHÃES, 2009, p. 52.

O atendimento às demandas recebidas pelo DataSus é exclusivamente por *e-mail*, seja por meio de respostas-padrão, no caso de demandas frequentes; por indicação do fluxo para obtenção da resposta, quando se trata de sistemas de informações em saúde; ou por encaminhamento a setores ou órgãos do SUS, principalmente à Ouvidoria do Ministério da Saúde quando necessário, mas não há acompanhamento da resposta ao usuário, nem outras formas de interação com o cidadão após a finalização do atendimento.

As áreas de interesse mais frequentes foram: acesso (ou melhor, a falta de acesso a serviços, procedimentos específicos, medicamentos e profissionais especializados). Some-se à falta de acesso a demanda por informações qualitativas sobre as categorias “doenças” e “tratamentos”. Podemos associar a essa área de interesse as demandas relativas ao funcionamento da rede e à organização de serviços (relação de medicamentos disponíveis, Farmácia Popular, localização de estabelecimentos de saúde etc). “Essa

categoria concentra o maior percentual de mensagens enviadas por particulares (42% da amostra) e indica dificuldades na apropriação do funcionamento do SUS pelos cidadãos” (MAGALHÃES, 2009, p.67).

Em segundo lugar, encontramos as demandas por informações de saúde (temas vinculados diretamente às bases de dados, tais como dados epidemiológicos, estatísticas e tabelas de procedimentos). Em seguida, encontramos as categorias referentes à gestão; recursos financeiros; imposto de renda; informações sobre repasses financeiros, laudos, verbas e estruturação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Tais demandas indicam que o cidadão tem necessidade de informações sobre a estrutura de funcionamento administrativo e financeiro das secretarias ou de outros estabelecimentos de saúde.

Há também a categoria ligada a ofertas de serviços e de profissionais para o SUS, finalizando com as denúncias, em geral associadas à indignação do cidadão com a inexistência do atendimento pretendido ou a insatisfação com os resultados obtidos.

Uma segunda análise proposta pela autora diz respeito à congruência do atendimento oferecido com os princípios norteadores de *e-gov* no país, descritos a seguir, com os respectivos percentuais e as principais ideias resultantes discriminadas entre parênteses: democratização do acesso à informação (16% da amostra - “Nem todos têm acesso à informação”); ampliação de discussão de assuntos e temas específicos (5% da amostra - “Preciso de informações mais completas”); efetividade da rede prestadora (1,5% da amostra - “O serviço/atendimento está falho”); veiculação de demandas coletivas e individuais (98,5% da amostra - “Procuro informações que dizem respeito a um grupo de pessoas”); e integração de ações intergovernamentais (1% da amostra - “Para resolver minha demanda preciso do estado e/ou do governo federal”). Segundo a autora, tal resultado denota “uma visão fragmentada do cidadão em relação às ações de saúde que ele próprio necessita” (MAGALHÃES, 2009, p.75).

Com relação à abrangência das demandas, ela optou por destacar qualitativamente as de caráter coletivo, mas informou que, em termos quantitativos, a maior parte dizia respeito a demandas individuais o que, segundo a sua análise, “pode demonstrar que os cidadãos ainda não se posicionam coletivamente” (MAGALHÃES, 2009, p.74).

Respeitando as hipóteses levantadas pela autora, gostaríamos de acrescentar uma possibilidade, no se refere ao caráter de coletividade: não necessariamente os que direcionam demandas a um órgão técnico da natureza do DataSus falam somente em seu

nome, podendo ser apenas os que possuem a destreza para tal, dentro de um grupo específico.

Para finalizar, destacamos as conclusões apresentadas no estudo em questão, considerando que, segundo Magalhães (2009), (...) “Governo Eletrônico é socialmente construído por atores sociais”:

A análise sugere, então, que iniciativas de Governo Eletrônico, incluindo o serviço ‘Fale Conosco’, considerem o cidadão como elemento chave da relação governo-sociedade e planejem modos de medir o resultado social das inovações. Pois, em outros termos, existe uma lacuna a ser preenchida nos modelos que definem as dimensões de desempenho a partir da perspectiva do cidadão. Especificamente em relação aos temas vinculados à saúde, o conjunto da análise apresenta alguns resultados que parecem evidenciar que o cidadão apresenta dificuldades de acesso a informação sobre o funcionamento e organização do SUS. E embora apresente alguma visão sobre o direito à saúde, essa se mostra fragmentada (MAGALHÃES, 2009, p.76).

2.4.4 Portal da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e “Fale Conosco”

Na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), “os canais de comunicação com os usuários são definidos pelos órgãos colegiados” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, p.276, 2017), em consonância com a Política de Comunicação em vigor, cuja última versão foi aprovada pelo Conselho Deliberativo da Instituição em novembro de 2016: (...) “o documento busca enfrentar as diferentes situações, estabelecendo mecanismos para ampliar o diálogo com a sociedade e o diálogo interno entre os vários atores da Comunicação da Fiocruz” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2017, p.58).

A Fiocruz tem implementado iniciativas visando ao seu fortalecimento, dentre as quais destacamos o Portal Fiocruz, “porta de entrada” para acessar os veículos de comunicação e os serviços de atendimento *on line*. O Portal (...) “conjuga áreas de notícias e de textos institucionais, que buscam sempre esclarecer para o público externo quais são e como funcionam os serviços e produtos” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2017, p.56).

Na “Pesquisa de Imagem e Satisfação junto aos Gestores do SUS”⁹, cujos resultados foram publicados no “Relatório de Gestão do Exercício de 2013”, com relação ao item “grau de conhecimento e utilização das atividades desenvolvidas pela Fiocruz”,

⁹ Agradecemos a Rogério Lannes Rocha a indicação dessa pesquisa.

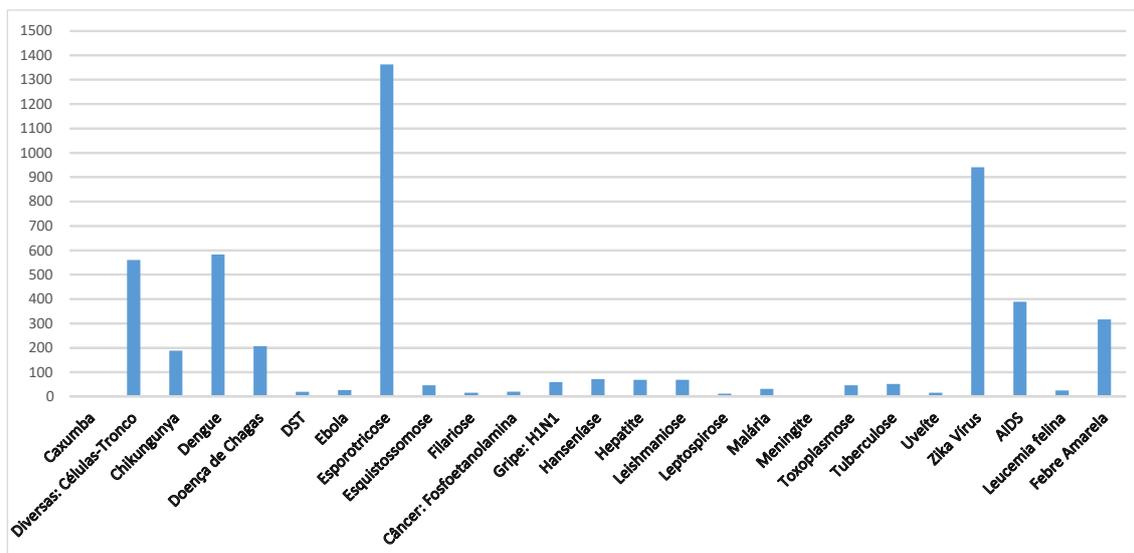
o Portal ocupava o 2º lugar no *ranking*, sendo “conhecido por 79% (contra 73% de 2010) e utilizado por 54% (contra 47% de 2010).” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013, p.250).

2.4.4.1 Monitoramento ambiental de informação no Fale Conosco do Portal Fiocruz

No que se refere às demandas de informação recebidas no serviço de atendimento “Fale Conosco” do Portal Fiocruz, a área de ensino (cursos e formação profissional) ocupa o primeiro lugar, seguida por demandas relativas à assistência médica (consultas, medicamentos e exames). O atendimento está centralizado no Campus Manguinhos, no Rio de Janeiro, embora responda a demandas em âmbito nacional.

Face à análise preliminar do perfil das mensagens, a primeira segmentação de conteúdo agrega as enfermidades mais recorrentes nas demandas dos usuários, cuja visualização é apresentada no Gráfico 2:

Gráfico 2: Número de demandas de informação e tratamento distribuídos por enfermidade (2012/2018)



Fonte: extraído da Plataforma de Ciência de Dados aplicada à Saúde (PCDaS), Fiocruz, 2018.

Nesse recorte inicial, chama a atenção o fato de a Esporotricose ter sido a enfermidade com o maior número de demandas, apresentando incidência crescente e contínua ao longo dos anos de 2012 a 2018 (Gráfico 2), ficando à frente, inclusive, do conjunto de mensagens sobre as arboviroses Zika, Dengue e Chikungunya.

Gráfico 3: Distribuição mensal das demandas de informação e tratamento de Esporotricose (2012/2018)



Fonte: Fonte: extraído da Plataforma de Ciência de Dados aplicada à Saúde (PCDaS), Fiocruz, 2018.

De janeiro de 2012 até o mês de dezembro de 2018, foram recebidas 69.859 mensagens sendo que, no volume total, a Esporotricose figura em segundo lugar geral e, nas demandas referentes a doenças e agravos, figura em primeiro lugar, com 2.444 mensagens.

A constatação desse evento motivou o surgimento de várias questões, no sentido de compreender quais as razões que ocasionaram o fenômeno. Em termos contextuais, qual a etiologia dessa enfermidade? Qual o seu histórico no país? Qual a evolução do respectivo quadro epidemiológico? Quais fatores poderiam influenciar na configuração do quadro atual? Em relação ao conjunto de demandas registradas no Fale, quais as características dessa demanda? Ela corresponde ao quadro epidemiológico da Esporotricose observado no mesmo período, o comportamento das demandas corrobora a sua evolução, ou trata-se de um fenômeno isolado? Caso corresponda, esse evento poderia demonstrar o potencial do Fale no monitoramento ambiental em saúde?

3 OBJETIVOS

Descrevemos a seguir o objetivo geral e os específicos dessa pesquisa.

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor uma metodologia de análise que possa ser replicada em estudos posteriores de monitoramento ambiental de informação em saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Delimitar o *corpus* de pesquisa, considerando os elementos geo-espaciais, temporais e estatísticos, em termos da informação em saúde disponível e acessível para a pesquisa.

Definir elementos para o monitoramento ambiental compatíveis com o *corpus* de pesquisa em pauta.

Prospectar fontes complementares de informação em saúde, relativas à temática de pesquisa.

Consolidar o conjunto de fontes de informação para compor os elementos de monitoramento adequados à situação em tela.

Analisar e concatenar os dados coletados para o monitoramento proposto.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo descreveremos os procedimentos metodológicos utilizados para alcançar os objetivos desenhados, conforme o capítulo três. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil em dois de julho de 2019, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV- Fiocruz) em três de setembro de 2019.

O monitoramento ambiental se faz por meio da composição de uma “cesta de informações”, com vistas ao atendimento dos objetivos da pesquisa em pauta, a saber, verificar o quadro de incidência de Esporotricose na cidade do Rio de Janeiro. Foram utilizadas a revisão de literatura em bases de pesquisa nacional e internacional, complementadas por artigos científicos recebidos por meio da participação em redes de pesquisa *on line*; depoimentos de profissionais de saúde da rede pública municipal; a participação no “Curso de Atualização em Manejo Clínico-terapêutico e Aspectos Epidemiológicos da Esporotricose no Estado do Rio de Janeiro”, oferecido pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI-Fiocruz); a pesquisa de dados estatísticos oficiais das secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; a análise de dados administrativos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ); a consulta ao banco de dados da Lei de Acesso à Informação (LAI) do Governo Federal, referente às demandas atendidas pelo Ministério da Saúde (MS); o acompanhamento *on line* da tramitação de proposições legislativas na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj) e da audiência pública realizada na Câmara dos Deputados, em Brasília.

4.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para atender ao objetivo de prospectar fontes de informação, torna-se necessário conhecer a literatura da área sobre o tema que se deseja investigar. Nesse sentido, foram feitas buscas sistemáticas em relação ao canal Fale Conosco, bem como em relação ao marco teórico da pesquisa: monitoramento ambiental (*environmental scanning*) e informação em saúde. A busca inicial foi realizada para o projeto apresentado para ingresso no mestrado, nos meses de fevereiro e março de 2017, sendo revista e atualizada nos dois anos subsequentes, 2018 e 2019.

4.2 PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO DAS BUSCAS EXPLORATÓRIAS PELA TEMÁTICA PRINCIPAL DA PESQUISA

Para atender ao objetivo de definir elementos para o monitoramento ambiental, consideramos a importância da construção da estratégia de busca. Por trás de uma boa palavra-chave, há sempre um “conceito-chave”. Para melhor delinear o conceito “de fundo” em “fale conosco”, ampliamos o espectro de busca, utilizando os seguintes termos na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD): "fale conosco" OR "atendimento ao usuário" OR "informação ao usuário" OR "atendimento ao cidadão" OR "informação institucional" OR "informação pública". A varredura abrangeu o período de 2002 a 2019.

“A Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) integra e dissemina, em um só portal de busca, os textos completos das teses e dissertações defendidas nas instituições brasileiras de ensino e pesquisa. O acesso a essa produção científica é livre de quaisquer custos”¹⁰ (BRASIL, 2019). Deste modo, contempla todas as produções acadêmicas *stricto sensu* defendidas no país, desde que disponibilizadas pelas instituições de modo factível para a sua coleta pelo sistema, conforme os preceitos da “Iniciativa de Arquivos Abertos (OAI)”, modelo baseado em padrões de interoperabilidade, adotado pela BDTD:

“As instituições de ensino e pesquisa atuam como provedoras de dados e o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) opera como agregador: coleta os metadados das teses e dissertações dos provedores (instituições), fornece serviços de informação sobre esses metadados e os expõe para coleta para outros provedores de serviços”¹¹ (BRASIL, 2019).

Em função da temática inicial de pesquisa, testamos a sua tradução, “*contac us*”, em bases internacionais. Mas com essa palavra-chave o que conseguimos recuperar foi o contato da própria publicação, e não a produção acadêmica em si. Testamos também a palavra-chave “*call center*”, mas dessa vez o que recuperamos se concentrou na produção

¹⁰ Disponível em: <<http://bdtd.ibict.br/vufind/Content/whatIs>>. Acesso em 22 nov 2019.

¹¹ Disponível em: <<http://bdtd.ibict.br/vufind/Content/howWork>>. Acesso em 22 nov. 2019.

voltada para a área privada e /ou empresarial, o que não nos interessava, uma vez que essa pesquisa se situa na área pública.

Voltamos à leitura atenta dos resumos recuperados na BDTD, com as palavras-chave propostas pelos autores e testamos as respectivas traduções nas bases internacionais, encontrando situações semelhantes aquela do “*contact us*”.

As bases SciELO Citation Index (SciELO Ci) e Library & Information Science Abstracts (LISA) foram acessadas por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) ¹², o qual:

(...) oferece acesso a textos completos disponíveis em mais de 45 mil publicações periódicas, internacionais e nacionais, e a diversas bases de dados que reúnem desde referências e resumos de trabalhos acadêmicos e científicos até normas técnicas, patentes, teses e dissertações dentre outros tipos de materiais, cobrindo todas as áreas do conhecimento. Inclui também uma seleção de importantes fontes de informação científica e tecnológica de acesso gratuito na web (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2019).

Segundo Packer (2014):

O SciELO Citation Index (SciELO CI) integrado à plataforma do Web of Science (WoS) começou a operar regulamente a partir de janeiro de 2014. Representa um avanço notável na disponibilização internacional do SciELO, dos seus periódicos e particularmente das pesquisas que comunicam”. (...) “O desenvolvimento do SciELO CI é produto da parceria do Programa SciELO / FAPESP com a Thomson Reuters, proprietária da plataforma WoS. (PACKER, 2014).

Criada pela Cambridge Scientific Abstracts em 1969, a Library and Information Science Abstracts (LISA) é uma base de dados internacional projetada por bibliotecários e profissionais da informação que abrange os assuntos da biblioteconomia, ciência da informação e afins, com mais de 440 periódicos, em mais de 45 países e em mais de 20 línguas diferentes, sendo atualizada mensalmente e a cada atualização tendo mil registros adicionados.

¹² Disponível em:

<https://www.periodicos.capes.gov.br/?option=com_pcollection&mn=70&smn=79&cid=81>. Acesso em: 22 nov 2019.

A Scopus é uma base de dados de dados de acesso restrito. A Elsevier, editora científica detentora da base, “é uma empresa global de análise de informações, especializada em ciência e saúde”¹³ (Elsevier, 2019). Segundo o folder disponibilizado em seu *site*, “cada ferramenta que desenvolvemos é construída sobre informações confiáveis - porque da biblioteca ao laboratório, da instituição para o indivíduo, a ciência e o avanço médico requerem dados confiáveis”¹⁴ (Elsevier, 2019).

Nas bases internacionais, inicialmente utilizamos os seguintes termos para a elaboração da busca: “attendance” OR “e-service”, OR “customer contact service” OR “government call centers”, sem restrição de período ou idioma, não obtendo resultados satisfatórios para o embasamento científico buscado.

Face a essa constatação, concluímos ser necessário “voltar um nível”, ou melhor, ampliar a terminologia conceitual, no intuito de encontrar qual o conceito correlato na produção em língua inglesa que melhor se aplicasse à temática da pesquisa. Dessa feita, incorporamos as palavras-chave “e-gov” e “e-government”, obtendo com essa busca subsídios adequados para alinhar a nossa produção ao contexto internacional.

Nesse sentido, consideramos que a construção da estratégia de busca redefiniu a própria pesquisa uma vez que, para atender aos critérios de verificação do “estado da arte” na temática, tornou-se necessário ampliar o seu escopo, assimilando os conceitos de “e-gov” e de “governo eletrônico”.

Por sua vez, quando voltamos à BDTD, para checar as novas palavras-chave, nos deparamos com a origem recente e conjuntural da temática de “governo eletrônico” no país. Em termos factuais, o ponto de partida para a implementação de *e-gov* no país foi o desafio de enfrentamento do chamado “bug do milênio”. Além disso, a sua consolidação enfrentou descontinuidades políticas e a assimetria entre as diretrizes irradiadas a partir do governo central, em Brasília, e a baixa capacidade operativa da maior parte dos municípios do país para atendê-las.

Assim, para ampliar e enriquecer o conteúdo, assimilamos pesquisas sobre o perfil dos usuários de governo eletrônico no Brasil; exemplos de aplicação de estratégias

¹³ “Elsevier is a global information analytics business specializing in science and health.” Disponível em: <<https://www.elsevier.com/about>>. Acesso em: 22 nov 2019.

¹⁴ “Every tool we develop is built on trusted information – because from the library to the lab, from the institution to the individual, scientific and medical advancement requires reliable data. Disponível em: <https://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0011/874667/ELS-brochure-PDF-2019.pdf>. Acesso em: 22 nov 2019.

nacionais de *e-gov*; experiências de portais públicos brasileiros e de serviços de atendimento *on line* ao cidadão.

Toda a produção selecionada foi organizada em pastas específicas e arquivada “na nuvem”, utilizando o aplicativo *Mendeley* de gerenciamento de referências bibliográficas. As fontes de pesquisa utilizadas estão compiladas ao final da dissertação, sendo aqui relacionados os resultados destas incursões exploratórias, sem a sua sistematização.

4.3 REVISÃO DE LITERATURA DO MARCO TEÓRICO DA PESQUISA

Para atender ao objetivo de delimitar o *corpus* de pesquisa, considerando os elementos geo-espaciais, temporais e estatísticos, em termos da informação em saúde disponível e acessível para a pesquisa, procedemos à revisão do marco teórico de pesquisa. A partir da escolha do conceito teórico de “monitoramento ambiental”, no âmbito da informação em saúde, a busca bibliográfica foi realizada tendo por base a produção de autores de referência e a produção de seus seguidores, para atualizar o referencial na temática e exemplificar a sua utilização no campo da saúde.

Tal estratégia se mostrou adequada não só para o arcabouço teórico da pesquisa, mas também para indicar novos caminhos e desdobramentos possíveis para o seu desenvolvimento, uma vez que o estudo de exemplos práticos de monitoramento embasou a construção do capítulo dedicado à temática principal, a saber, o monitoramento ambiental da informação em saúde sobre Esporotricose.

4.4 FONTES DE MONITORAMENTO AMBIENTAL SOBRE A ESPOROTRICOSE

Para atender ao objetivo de consolidar o conjunto de fontes de informação para compor os elementos de monitoramento, tornou-se necessário contextualizar o assunto, mesmo não se tratando de pesquisa focada no campo biomédico. Portanto, levantamos a produção científica recente na área; recorreremos ao depoimentos de profissionais de saúde que trabalharam na gestão pública de saúde do município do Rio de Janeiro, área de circunscrição geográfica da pesquisa; e participamos do “Curso de atualização em manejo clínico-terapêutico e aspectos epidemiológicos da esporotricose no Estado do Rio de Janeiro”, oferecido anualmente pelo Laboratório de pesquisa clínica em dermatozoonoses em animais domésticos, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, da Fundação Oswaldo Cruz.

O monitoramento ambiental contemplou ainda os dados estatísticos oficiais disponibilizados pelas Secretaria Estadual e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; buscas realizadas na base de dados do “Portal Federal da Lei de Acesso à Informação” de demandas de pesquisadores sobre Esporotricose respondidas pelo Ministério da Saúde; consultas, também por meio da Lei de Acesso à Informação, feitas diretamente à SMS-RJ, documentadas no anexo da dissertação; e o acompanhamento sistemático de proposições legislativas referentes à temática e os seus resultados, no período de 2017 a 2019.

4.5 BUSCA EM REDES DE PESQUISA *ON LINE*

A fim de somar esforços ao objetivo de prospecção de fontes complementares de informação em saúde, além das fontes convencionais de pesquisa, incorporamos a participação na rede de pesquisadores do *Mendeley*, da “Academia.edu” e da Rede Nacional de Pesquisa em Informação e Saúde (Renapis). No caso do *Mendeley*, as sugestões de artigos e de contatos de outros pesquisadores são visualizadas no próprio *feed* de notícias, assim como recebidas por *e-mail*. A Elsevier, no caso da base Scopus não disponibiliza o acesso aberto, mas por meio do *Mendeley*, do qual também é detentora, “envia sugestões personalizadas de artigos, baseadas na (minha) biblioteca do *Mendeley*.”¹⁵ A Academia.edu também envia sugestões de leitura, supomos que a partir do monitoramento de nossos *downloads*, disponíveis por meio de *links* oferecidos na *newsletter* personalizada, recebida também por *e-mail*.

Já no caso da Renapis, criada em setembro de 2019, a troca de informações e referências de pesquisa em saúde se dá por meio de grupo no aplicativo *whatsapp* e de acesso ao *drive* de artigos da Rede, por meio de senha individual fornecida aos integrantes.

¹⁵ (...) “personalised suggestions for articles to read based on your Mendeley library.”

5 MARCO TEÓRICO

Apresentamos a seguir a revisão de literatura sobre monitoramento ambiental (*environmental scanning*) e informação em saúde.

5.1 MONITORAMENTO AMBIENTAL EM SAÚDE PÚBLICA

De acordo com Carmo, Penna e Oliveira (2008), a ocorrência de transformações que impactam a saúde pública dos países tem sido verificada em nível mundial, sendo comumente associada à intensificação do fluxo de pessoas, mercadorias e comércio entre os países. Tal processo é assim caracterizado pelos autores:

Os sinais dessas mudanças têm sido evidenciados por meio de situações diversas, como o aparecimento de novos agentes infecciosos ou de modificações nos agentes já existentes, dotando-os de maior virulência e capacidade de gerar epidemias; aumento da capacidade de infectar animais; diferentes espécies de desenvolvimento de resistência antimicrobiana; aumento na incidência de doenças infecciosas decorrentes de fatores conhecidos (migrações, mudanças climáticas, relaxamento em medidas de saúde pública) ou mesmo de fatores desconhecidos; introdução de doenças infecciosas em áreas indenes (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p.19).

Para o acompanhamento desse quadro, podemos recorrer ao conceito de monitoramento ambiental, advindo da área de inteligência competitiva, analisado por pesquisadores da Ciência da Informação, que assim o apresentam (CHOO, 2001):

(...) monitoramento ambiental é a aquisição e uso da informação sobre eventos, tendências e relacionamentos no ambiente externo de uma organização, cujo conhecimento ajudaria os gestores no planejamento do curso das ações futuras” (tradução própria)¹⁶ (CHOO, 2001, p. 1).

Barreto (2004), pesquisador brasileiro da área de epidemiologia, ajuda a corroborar a possível aplicação do conceito no campo da Saúde, ao afirmar que (...) “muitas vezes, decisões necessitam ser tomadas em momentos em que apenas se dispõe

¹⁶ “Environmental scanning is the acquisition and use of information about events, trends, and relationships in an organization’s external environment, the knowledge of which would assist management in planning the organization’s future course of action.”

de escassas evidências” (BARRETO, 2004, p.331). Cardoso Filho e Araújo Júnior (2015) acrescentam que:

(...) o monitoramento ambiental, como objeto de prospecção, compreensão informacional, tradução de sinais fracos, contextualização e criação de sentido a respeito de fatos e evidências relacionados a dada política ou programa social, pode apontar para a tomada de decisão proativa no processo de revisão, melhoria ou aperfeiçoamento de estratégias que visam alcançar os objetivos propostos (CARDOSO FILHO; ARAÚJO JÚNIOR, 2015, p.37).

Refletindo sobre o trabalho das Ouvidorias de Saúde do SUS, Ivancko (2017) salienta que “o cidadão ao dialogar pelo canal das ouvidorias, leva elementos fundamentais que servem de alerta e poderiam ser comparados a uma consultoria gratuita” (IVANCKO, 2017, p.32,). A autora menciona que as instituições estabelecem limites organizacionais e especialidades que envolvem regras, linguagens e estruturas conceituais. Essa normatização demanda a recodificação das fontes de informação externa para os limites da instituição, ou seja, a habilidade em captar informação de um lado e disseminá-la de forma relevante no outro; um processo chamado de “expansão dos limites informacionais”, conceito cunhado por Tushman e Scanlan (1981). Para os autores:

(...) as organizações devem adquirir informações oportunas de um grande número de fontes externas; além disso, essas informações devem ser traduzidas para que sejam relevantes (internamente). Como, então, indivíduos em particular e as organizações em geral se vinculam às áreas externas? (TUSHMAN; SCANLAN, 1981, p. 289).

Procurando aplicar elementos do referencial metodológico proposto por Choo (2001), segundo a análise dos modos de monitoramento ambiental apresentada pelo autor, inicialmente poderíamos situar a Esporotricose na mescla dos estágios de “visualização indireta” e “*enacting*”¹⁷, sendo o primeiro a situação atual e o segundo, aquele para a qual desejamos contribuir nessa dissertação.

Ambos se aplicam a situações “não-analisáveis”, a ambientes complexos, sem informação suficiente para o processo decisório, e com as necessidades de informação mal definidas.

¹⁷ A tradução literal seria “promulgação”, mas consideramos adaptá-la ao contexto em questão, no qual poderíamos tratá-la como enunciar, trazer à tona, visando à ação.

Em relação à postura informacional das organizações/instituições, no primeiro estágio elas se consideram satisfeitas com dados limitados ou “*soft*”, em oposição a dados “*hard*”, os quais demandam maior esforço e aprofundamento na análise de dados desagregados. Em consequência, predomina nesse estágio o viés econômico, em detrimento de uma compreensão abrangente da situação.

No que se refere ao estágio de “*enacting*”, a Organização se envolve ativamente para influenciar eventos e resultados em ambientes complexos, sendo que as necessidades de informação tendem a ser empíricas, voltadas para a experimentação e testes no ambiente, e envolvem a identificação de áreas plausíveis para intervenções bem-sucedidas.

5.2 MONITORAMENTO AMBIENTAL E “SINAIS FRACOS”

Quando, nos anos 70, Igor Ansoff criou o conceito de “sinais fracos”, a abordagem predominante em planejamento estratégico era a de “orientação para o futuro”, por ele considerada adequada para o desenvolvimento incremental de tendências históricas, mas não para lidar com “surpresas”. Para o autor, isso ocorria em razão da dependência de “sinais fortes”, ou seja, da necessidade de informação disponível precocemente, sendo a mesma específica o suficiente para viabilizar respostas factíveis.

Num contexto de mudanças aceleradas, o autor considerou mais razoável investir em estratégias flexíveis, para então escolher quais ações seriam viáveis quando as informações detalhadas estivessem disponíveis. Essa abordagem é chamada de “resposta a sinais fracos”, cujo foco não é identificar o futuro mais provável, mas compreender o *start* de novos processos. Estudos recentes têm ampliado a aplicação do conceito de “sinais fracos”, indicando modos pelos quais podem ser identificados, coletados e interpretados.

“Sinais fracos” são os primeiros sintomas de estratégias de descontinuidade, nas quais as probabilidades de futuro indicam quebras significativas em relação ao passado. Nesse sentido, funcionam como sinais de alerta ou de novas possibilidades. Para Holopainen e Toivonen (2012), “quando surge um sinal fraco, as informações são muito vagas; há apenas uma sensação de ameaça ou oportunidade. Aos poucos, aumentam as informações, descrevendo a fonte da ameaça ou oportunidade, suas características, as

respostas necessárias e, finalmente, os resultados que podem ser esperados” (tradução própria)¹⁸ (HOLOPAINEN; TOIVONEN, 2012, p.199).

Diferentes estágios de conhecimento requerem diferentes técnicas de futuro. Ansoff (1975) divide as respostas em dois grupos principais: as que modificam o relacionamento da Organização com o ambiente externo e as que modificam a sua dinâmica e estrutura internas. Para ambas, aponta três estratégias progressivas de força: a que melhora a consciência e o entendimento na Organização; a que incrementa a sua flexibilidade e a que aborda diretamente a ameaça ou oportunidade. Ele enfatiza que há muito a ser feito, antes que uma ou outra se torne tangível e concreta.

Um senso de ameaça ou oportunidade é suficiente para viabilizar estratégias de sensibilização, as quais podem incluir o monitoramento ambiental e a construção de cenários tecnológicos e sociopolíticos, sendo que o monitoramento deve se tornar uma estratégia a ser adotada de forma contínua.

O equilíbrio entre pensamento criativo e gerenciamento sistemático é claramente observável nas ideias de Ansoff sobre “sinais fracos”, sendo a criatividade particularmente necessária no estágio de detecção. Porém, o autor salienta que não necessariamente quem percebe os “sinais fracos” enquanto sinais de alerta, valoriza a importância do seu gerenciamento de forma sistematizada. Para que isso ocorra, os sinais têm de passar por três filtros: o filtro de vigilância (a observação do sinal); o filtro de mentalidade (quando o ambiente enfrenta quebras de continuidade, o apego ao modelo conhecido bloqueia a aceitação de dados novos e relevantes. Assim, vários indivíduos ou Organizações percebem “sinais fracos” ao seu redor, mas não entendem a sua importância, por confiarem mais no que foi aprendido no passado); e o filtro de energia (relacionado ao processo decisório, pois mesmo que os sinais sejam percebidos e compreendidos, eles podem ser, intencionalmente ou não, ignorados). Talvez isso se deva ao fato de que “sinais fracos” muitas vezes são ridicularizados por pessoas que “sabem”, além de demandarem um tempo substancial, antes de amadurecer e se tornar a tendência dominante.

Por outro lado, um “sinal fraco” pode ser um “coringa” do futuro, no sentido originalmente proposto por Ansoff, a saber, o de antecipar ou fornecer informação precoce, considerando que, quando a tendência por ele detectada se concretiza em

¹⁸ “When a weak signal first appears, the information included is very vague; there is only a sense of a threat or opportunity. Progressively the information increases and describes the source of the threat or opportunity, its characteristics, the responses needed, and finally the outcomes that can be expected.”

situação de fato e inédita, gera consequências de maneira ampla e imediata na Organização.

Por meio do “Modelo do Ciclo de Vida da Informação” proposto por Choo (2003), podemos relacionar “sinais fracos” e “fortes”, tendências e forças-motrizes. Os eixos desse modelo são o tempo e a consciência do evento. Ao ampliar o seu alcance de público, o “sinal fraco” evolui em força, de uma “dica”, até se tornar *mainstream*. Se a princípio a ideia existe sem que ninguém tenha consciência da sua relevância, na medida em que se generaliza podemos encontrá-la, por exemplo, em relatórios de pesquisa, *think thanks*, incubadoras de *start ups* etc. Com o passar do tempo, o “sinal fraco” começa a aparecer em diferentes contextos, se transformando em uma “mini-tendência”. Ou melhor, “sinais fracos apontam para tendências, em vez de fazer parte delas” (tradução própria)¹⁹ (HOLOPAINEN; TOIVONEN, 2012, p.201). Já as forças-motrizes são forças de mudança que direcionam o processo decisório e as escolhas individuais ou grupais, se diferenciando dos “sinais fracos” por atuarem no momento presente, mesmo que em nível consciente ou inconsciente, sendo relacionadas a atitudes e valores.

No contexto da pesquisa em Comunicação, “sinais fracos” têm sido utilizados por jornalistas de Economia e Negócios, que tradicionalmente recorrem a analistas e investidores como fontes, mas cada vez mais lidam com eventos imprevisíveis, tais como oscilações frequentes no mercado de ações, colapsos nas bolsas de valores etc.

De acordo com Hiltunen (2007) apud Holopainen e Toivonen, (2012), uma das maneiras mais simples de consolidar a informação é representá-la visualmente. Para tal, o autor desenvolveu o conceito de coleta de “sinais fracos” em imagens visuais, na “janela de futuros”, a qual pretende ser um monitor de imagens de “sinais” para as Organizações, a fim de provocar ideias.

Referenciando outra metodologia, as autoras apontam que, quando especialistas com pontos de vista diferenciados se reúnem utilizando o “Método Delphi”, podem divergir em relação ao fluxo principal de cenários, mas podem também trazer insumos para a coleta de “sinais fracos”. Entretanto, salientam a importância de olhar além dos paradigmas vigentes, como no caso das “(...) chamadas ‘pessoas radicais’²⁰ (que)

¹⁹ (...) “weak signals point towards trends instead of being part of trends”.

²⁰ Consideramos que a expressão se refere a pessoas com um ponto de vista próprio, privilegiando ideias novas.

raramente têm a chance de expressar a sua opinião no discurso oficial” (tradução própria)²¹ (HOLOPAINEN; TOIVONEN, 2012, p.204).

Finalizando, gostaríamos de transcrever critérios escolhidos para identificar “sinais fracos”, mencionados pelas autoras:

Toivonen (2004) escolheu as seguintes diretrizes para identificar sinais fracos em material de pesquisa: (i) sinais fracos raramente são expressos, revelando opiniões desviantes de perspectivas futuras, (ii) um sinal fraco não é uma mera opinião aleatória e (iii) pequenos sintomas devem estar associados a impactos importantes no futuro, para serem sinais fracos. Assim, Toivonen assume uma posição positiva na disputa sobre se os impactos futuros são um critério de sinal fraco. Hiltunen (2009) fez uma sugestão mais orientada para a prática, segundo a qual um sinal é realmente um sinal fraco se atender às seguintes condições: (i) faz com que seus colegas riem, (ii) seus colegas se opõem fortemente a isso, (iii) levantam as sobrancelhas, (iv) ninguém ouviu falar sobre o assunto antes, e (v) é considerado um tabu sobre o qual ninguém gosta de falar. Os critérios apresentados por Hiltunen são altamente subjetivos em sua natureza e confiam na expressão explícita de sentimentos (tradução própria) (HOLOPAINEN; TOIVONEN, 2012, p.204.).

5.3 RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

Para exemplificar a aplicação do monitoramento ambiental no campo da saúde, apresentamos a seguir relatos de experiências descritas na literatura sobre a temática.

5.3.1 Monitoramento ambiental em um programa de incentivo ao uso da ressonância magnética no rastreamento precoce de câncer

Dada a realidade de saúde pública no século XXI, os pesquisadores têm sido levados a reconsiderar as abordagens tradicionais, aplicando novas tecnologias e diversificando fontes de apoio. O reconhecimento das influências sociais, econômicas e comportamentais na prevenção de doenças tem chamado a atenção para a necessidade de facilitar a compreensão do complexo processo de transformações individuais, concomitante à necessidade de incentivar uma maior participação das comunidades envolvidas.

²¹ “The so-called ‘radical persons’ rarely have a chance to express their opinion in the official discourse.”

De acordo com a Associação Americana de Saúde Pública (APHA), os três principais componentes da missão de saúde pública são: avaliação, desenvolvimento de políticas públicas e garantia. No contexto brasileiro, para viabilizar a implementação dessas políticas, poderíamos associar a “garantia” às condições de acesso da população à assistência em saúde, com a necessária manutenção das fontes orçamentárias e financeiras adequadas.

Segundo Rowell et al (2005) “o monitoramento ambiental é uma ferramenta que pode ser utilizada na coleta de dados que subsidiem a elaboração de programas de saúde customizados para as necessidades da comunidade. No entanto, ele permanece relativamente indefinido, não avaliado e subutilizado no campo da saúde”²² (tradução própria) (ROWELL et al, 2005, p.527).

Para os autores, “monitoramento ambiental pode utilizar alta tecnologia, como as buscas na internet e em base de dados nacionais, ou baixa tecnologia, como a utilização de recursos de observação visual e diálogos com líderes da comunidade, ou mesmo uma combinação entre ambos”²³ (tradução própria) (ROWELL et al, 2005, p.529). Referenciando Choo (2001) destacam que, a partir da revisão de literatura efetivada pelo autor, o mesmo observou que o monitoramento ambiental pode incrementar a comunicação, com efeitos positivos no que diz respeito à visão compartilhada, gestão estratégica e estudos prospectivos.

Em pesquisa realizada em 2003, com pacientes de câncer afro-americanos residentes em Baltimore, USA, Rowell et al (2005) focaram na possível utilidade do monitoramento ambiental em práticas de saúde pública, tendo por base a sua aplicação em um programa de incentivo ao uso da ressonância magnética no rastreamento precoce de câncer. O monitoramento ambiental foi a primeira, das quatro fases de *design* e implementação do projeto, sendo utilizado como ferramenta de diagnóstico de necessidades para o desenvolvimento de intervenções em três comunidades, nucleadas por três hospitais na cidade. Ele orientou a seleção dos locais, o foco e o conteúdo do projeto, a sua implementação e avaliação, assim como a disseminação de informações ao longo de todo o processo.

²² “The environmental scan is a tool that can be utilized to collect data to design health programs uniquely tailored to the needs of communities. However, it remains relatively undefined, unevaluated and underutilized in the field of public health.”

²³ “Environmental scans can utilize high technology, such as Internet searches and national databases or low technology, such as visually assessing resources or talking to community leaders or indeed, a combination of both.”

Durante um ano, a fase de monitoramento ambiental do projeto foi desenvolvida, sendo constituída de oito grupos de atividades descritos a seguir, os quais incluíram a pesquisa de interesses e características das comunidades envolvidas: criação de um comitê consultivo comunitário local; tratamento de dados censitários relativos às comunidades elegíveis e seu entorno; avaliação de serviços e instalações das comunidades, num raio de três quilômetros de cada hospital; pesquisa das três áreas hospitalares, por meio de informações dos serviços oferecidos e informações demográficas dos pacientes em cada hospital; checagem dos dados do “Registro de Câncer de Maryland”, para a criação de uma *baseline*²⁴ dos cânceres de próstata, mama e reto nas áreas selecionadas; escaneamento da vizinhança, também num raio de três quilômetros de cada hospital, feito quadra a quadra, com documentação textual e visual, complementada por busca na *web* para a identificação de endereços de escritórios comerciais, lojas e instituições religiosas, visando a detecção de possibilidades e limitações presentes em cada área; realização de doze grupos focais, com pacientes de baixa, média e alta renda, com a participação de profissionais de saúde locais, sendo a condução dos grupos voltada para experiências pessoais relacionadas aos exames de rastreamento dos cânceres em estudo; e setenta entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, selecionados dentre os profissionais e provedores de serviços de saúde em cada área, com foco nas barreiras enfrentadas no rastreamento do câncer e no acesso ao cuidado, considerando as questões étnicas e raciais, o *status* socioeconômico e a tipologia dos cânceres.

Como resultados, Rowell et al (2005) apontaram a rápida aquisição de dados e uso de informação sobre eventos e tendências, além da capacidade de compreender os assuntos relativos ao rastreamento de câncer, na perspectiva dos usuários e dos provedores de serviços de saúde, condição esta considerada essencial na implementação do programa em pauta, no *target* escolhido.

Os pesquisadores concluíram que o monitoramento ambiental é potencialmente criativo, responsivo, com razoável custo-benefício, uma vez que possibilita adequar o projeto a necessidades específicas da comunidade, otimizando os recursos disponíveis, além de ser útil enquanto ferramenta de mobilização. No entanto, apontaram a necessidade de estudos de revisão crítica, visando detectar a sua efetividade em saúde

²⁴ No contexto apresentado, acreditamos tratar-se de uma checagem voltada para detectar os índices de incidência e prevalência dos cânceres mencionados.

pública; assim como da realização de outras pesquisas, no que concerne ao componente metodológico. Destacaram também o cuidado em documentar e preservar os dados coletados, sendo o monitoramento “ponto de partida” para o aprofundamento das questões em tela, não tendo o condão de esgotar as possibilidades de pesquisa: “a flexibilidade que torna o monitoramento ambiental tão acessível e viável em vários setores também pode ser uma limitação”²⁵ (tradução própria) (ROWELL et al, 2005, p.533).

Para Rowell et al (2005), o crescente reconhecimento da importância dos fatores ambientais é uma chave na avaliação abrangente das necessidades de saúde, posto que eles podem inibir ou facilitar a participação individual e comunitária nas atividades de saúde, em especial no que se refere a comunidades urbanas e de baixa renda, nas quais muitos problemas se vinculam a reações comportamentais aos respectivos contextos socioambientais. Segundo os autores, a falta de informação concernente ao uso e eficácia do monitoramento ambiental em questões de saúde apresenta um efeito devastador em minorias étnicas e raciais, tais como a abordada no projeto em tela.

Ao tratar de possíveis aplicações no campo da Saúde, Rowell et al (2005) destacam que o monitoramento ambiental se mostra particularmente útil em (...) “problemas de saúde devastadores, em comunidades que exigem resposta oportuna e intervenções econômicas com alta probabilidade de sucesso”²⁶ (tradução própria) (ROWELL et al, p. 2005).

5.3.2 Monitoramento ambiental na criação de um programa de tutoria para médicos da família

Segundo Graham et al (2008), a crescente utilização do monitoramento ambiental na pesquisa em saúde tem levado os profissionais da área a considerar o seu potencial de impacto, assim como a avaliar quando ele pode ou não ser uma ferramenta útil na pesquisa e na prática da atenção básica em saúde. Além disso, ele também pode auxiliar as organizações de saúde no desenvolvimento de políticas baseadas em evidências.

²⁵ “The flexibility that makes the environmental scan so accessible and feasible in various sectors can also be a liability.”

²⁶ (...) “devastating health problems in communities requiring a timely response and cost-effective interventions with a high probability for success.”

As fontes de dados para o monitoramento podem ser internas ou externas. A avaliação interna de um projeto ou Organização abrange memorandos, comunicações pessoais, minutas de reuniões ou outros documentos internos. O uso dessas fontes tem a vantagem de não desconsiderar o valor da memória de trabalho cotidiana. Entretanto, a Organização também pode ser afetada por tendências externas, sendo um ponto-chave incorporá-las ao monitoramento. Essas tendências incluem o contexto sociopolítico, mudanças econômicas e, em especial no que se refere à saúde pública e à medicina, mudanças tecnológicas.

O monitoramento ambiental se vale tanto do conhecimento explícito, científico, quanto do conhecimento tácito, espontâneo. Essa diferenciação é reconhecida tanto na gestão do conhecimento, quanto na literatura especializada em pesquisa e planejamento estratégico. Referenciando Choo (2001), os autores tipificam a abordagem relativa ao conhecimento tácito como “passiva”, posto que se destina a escanear o estoque de conhecimento já existente, sendo a destinada ao componente explícito considerada “ativa”, visto que objetiva a criação de conhecimento novo, o qual também pode ser fonte de revisão, atualização e somatório de novos conteúdos aos já existentes.

Como exemplo de aplicação do monitoramento ambiental no campo da saúde, os autores mencionam a sua utilização na criação de um programa de tutoria para médicos da família.²⁷ No estudo em tela, a abordagem ativa de coleta de dados visou identificar quais os tipos de programas para tal finalidade existentes no Canadá. Foram realizadas entrevistas formais conduzidas por um pesquisador-assistente; conversas informais por telefone, cujo foco se limitou a duas questões; e uma revisão básica de literatura, utilizando os sistemas de busca disponíveis na *web*. No que se refere às duas últimas ferramentas informais utilizadas (telefone e buscas na *web*), ambas serviram de suporte para orientar a pesquisa acadêmica formal, possibilitando também o *networking* entre pesquisadores, profissionais de saúde e outros líderes e professores interessados em conhecer melhor os modelos de tutoria para médicos da família, assim como em identificar quais médicos poderiam se candidatar ao programa em formação, quando disponível.

²⁷ Segundo Botti e Rego (2008), (...) “hoje, no campo da medicina, denomina-se tutor aquele que orienta a formação de profissionais já graduados e que atuam no sistema de saúde” (BOTTI; REGO, 2008, p.367 e 364). Com relação à adoção dos termos preceptoria ou tutoria, (...) “a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), por exemplo, em sua Resolução 005 de 20-04-11, referiu-se à função como sendo preceptoria/tutoria. Ou seja, assumiu que há uma equivalência entre as duas denominações” (BOTTI; REGO, 2008, p. 364).

Graham et al (2008) sinalizam que o monitoramento ambiental é reconhecido como uma ferramenta válida no processo decisório em saúde, sendo particularmente útil quando a sua utilização agrega a participação de especialistas em informação ou bibliotecários. Para os autores, o monitoramento ambiental contribui para enriquecer o processo de sistematização do conhecimento, levando organizações e projetos de saúde a encontrar soluções baseadas em evidências.

5.3.3 Monitoramento ambiental em um projeto de vacinação contra o HPV

Segundo Wilburn et al (2016), o monitoramento ambiental se aplica a uma extensa faixa de tópicos atuais e emergentes em saúde, por meio de métodos variados, possibilitando avaliar um problema em suas múltiplas facetas: revisão crítica de literatura publicada ou cinza; coleta e análise de dados quali-quantitativos, em fontes primárias e secundárias; grupos focais; entrevistas em profundidade; *surveys* com pacientes e provedores de serviços de saúde; pesquisa em prontuários médicos, comunicações pessoais e documentos administrativos internos; e análise de políticas de saúde, disseminando os resultados para *stakeholders* internos e externos, para subsidiar o planejamento e o processo decisório.

Há similaridades e diferenças entre o monitoramento ambiental e os princípios tradicionais de avaliação em saúde pública. Por exemplo, comparando a estrutura do “Programa de Avaliação de Políticas Públicas”, dos “Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC)”, localizados na Geórgia, Estados Unidos, e as metodologias propostas pelo monitoramento ambiental, os autores verificaram que ambos apresentam padrões de utilidade, viabilidade, propriedade e precisão, assim como elementos para envolver as partes interessadas, descrevendo um programa, concentrando-se em seu *design*, reunindo evidências e compartilhando resultados. A diferença se encontra no objetivo. A finalidade do monitoramento é entender o contexto, coletar informações e identificar recursos, relações e *gaps* nos ambientes interno e externo, para subsidiar o processo decisório em nível estratégico. A estrutura do CDC se propõe a avaliar o mérito, valor ou importância de um programa ou política, checando se as metas e objetivos propostos foram alcançados.

O Centro de Câncer Markey, da Universidade de Kentucky, foi um dos 18 centros que receberam financiamento do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos para

implementar o monitoramento ambiental, em colaboração com outras Organizações, com o objetivo de incentivar a vacinação contra o HPV, no âmbito da assistência pediátrica.

Como resultados obtidos no projeto, os autores mencionam:

O monitoramento ambiental foi uma abordagem estratégica e criativa para o Instituto Nacional do Câncer obter uma visão geral das atividades de vacinação contra o HPV na área de cobertura de 18 centros de câncer. Os 18 escaneamentos ambientais forneceram ao INC, e a cada usuário, estratégias, informações locais sobre *links* entre câncer, imunização, e associações e programas de saúde pública para promover a vacinação contra o HPV; identificaram novas colaborações destinadas a aumentar a adoção da vacinação contra o HPV por meio da pesquisa aplicada; assim como forneceram informação tanto para pesquisas acadêmicas, como para agendas práticas, com o objetivo de reduzir a incidência de doenças relacionadas ao HPV (tradução própria)²⁸ (WILBURN et al, 2016, p.4).

Descrevemos a seguir a metodologia de monitoramento ambiental utilizada no projeto, implementado entre julho de 2014 e dezembro de 2015. O *design* proposto se constituiu de sete passos, os quais, segundo os autores, podem vir a ser aplicados em outras questões de saúde, assim como em outras áreas de pesquisa e prática em saúde pública.

. Passo 1: definição do perfil e seleção de lideranças para o projeto, segundo a qualificação e experiência necessárias.

. Passo 2: delimitação da área focal de implementação e especificação do objetivo de monitoramento ambiental, pois mesmo que esse se constitua em um processo flexível, é necessário manter o objetivo firme e o foco claro. Para o projeto em tela, esta foi a definição proposta pela equipe:

Um processo dinâmico de avaliação abrangente, com o objetivo de explorar a vacinação contra o HPV de maneira a estabelecer novas conexões e revelar barreiras e facilitadores não identificados anteriormente, com o objetivo de capacitar as partes interessadas com

²⁸ “The environmental scan was a strategic and creative approach for NCI to gain a big-picture view of HPV vaccination activities in the catchment areas of 18 cancer centers. The 18 environmental scans provided NCI and each grantee with strategic, local information about links among cancer, immunization, and public health coalitions and programs to promote HPV vaccination; identified new collaborations aimed at increasing HPV vaccination uptake through applied research; and informed research and practice agendas, all with the goal of reducing the incidence of HPV-related disease.”

informações para o planejamento estratégico e a tomada de decisões futuras (tradução própria)²⁹ (WILBURN et al, 2016, p.3).

. Passo 3: criação de uma linha do tempo para o projeto, com a inserção de objetivos intermediários, o “passo-a-passo” das etapas do processo.

. Passo 4: determinação da informação a ser coletada no monitoramento ambiental, com *brainstorm* de tópicos e recursos factíveis ou não, considerando o foco principal e as limitações plausíveis, considerando ser melhor ter abrangência o suficiente para identificar quais informações poderiam estar indisponíveis, do que se arriscar a perder algo importante.

. Passo 5: identificação e engajamento de *stakeholders*, com a criação de uma lista diversificada e iterativa de pessoas com informações dos tópicos nomeados no “Passo 4”, que poderiam ser por elas expandidos (abordagem da “Bola de Neve”). Para os autores, é importante registrar inclusive as contribuições que não se aplicariam de imediato ao projeto, pois elas poderiam ser aproveitadas em momentos posteriores, assim como dar retorno e gratificação adicional aos participantes (brindes, materiais promocionais etc). A princípio, essas últimas recomendações poderiam nos remeter à hipótese sobre os “usos e gratificações”³⁰, advinda da *Communication research*.

. Passo 6: análise e síntese dos resultados, por meio de um conciso relatório resumido. Os dados quali-quantitativos coletados devem ser analisados e cruzados, de acordo com o plano de monitoramento ambiental:

Além disso, identifique prioridades de pesquisa baseadas em evidências ou áreas-alvo de intervenção e use os resultados para suporte à tomada de decisão e num plano de ação para guiar a pesquisa ou a prática de projetos em saúde pública, além de para capacitar os parceiros a seguir em frente (tradução própria)³¹ (WILBURN et al, 2016, p.4).

²⁹ “A dynamic process of comprehensive assessment aimed at exploring HPV vaccination in a manner that makes connections not previously established and highlights barriers and facilitators not previously identified with the goal of empowering stakeholders with information for future strategic planning and decision making.”

³⁰ Segundo Wolf (2008), “quando se passa a discutir sinteticamente algum aspecto relevante da hipótese sobre os “usos e gratificações”, pode-se observar, em primeiro lugar, que ela implica o fato de a origem do efeito se deslocar do único conteúdo da mensagem para todo o contexto de comunicação” (WOLF, p. 67, 2008).

³¹ “In addition, identify evidence-based research priorities or intervention target areas, and use the results to support decision-making steps and an action plan that will guide public health research or practice projects and that empowers partners to move forward.”

. Passo 7: disseminação de resultados para os *stakeholders*-chave. No relatório encaminhado às partes interessadas, é necessário discutir até que ponto a pergunta inicial abrangente e os subtópicos foram respondidos, com as respectivas fontes de informação. Os resultados do monitoramento ambiental devem ser disponibilizados para a Agência financiadora, a liderança da Organização e aqueles que participaram do processo.

Segundo os autores, talvez o ponto crucial no monitoramento ambiental seja justamente decidir como os resultados serão utilizados, daí a importância de compartilhá-los. Para Wilburn et al (2016), “idealmente, o produto final irá gerar prioridades de pesquisa, identificar lacunas no financiamento, criar oportunidades para uma intervenção eficaz e identificar novas parcerias para o crescimento (do projeto)” (tradução própria)³² (WILBURN et al, 2016, p.5).

5.4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Descrevemos a seguir o paradigma informacional adotado nessa pesquisa, com a problematização das questões inerentes ao campo.

5.4.1 Norma e risco

No que se refere à informação em saúde, consideramos a maneira de tratar a informação análoga à maneira de se tratar um paciente, um indivíduo ou a coletividade. Formas diferentes de sociedade lidam com a informação de modo diferenciado e produzem a tecnologia necessária para tal. Segundo o pensamento foucaultiano (2005),

³² “Ideally, the final product will generate research priorities, identify funding gaps, create opportunities for effective intervention, and identify new partnerships for cultivation.”

a sociedade disciplinar”³³ lida com o desvio da norma. Já a “sociedade de controle”³⁴, referenciando Deleuze (1992), se encontra às voltas com a inferência do risco.

Para Canguilhem (2011), “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos; que, por conseguinte, o normal biológico só é revelado, como já dissemos, por infrações à norma, e que não há consciência concreta ou científica da vida, a não ser pela doença” (CANGUILHEM, 2011, p.45). Mas o autor salienta que (...) “na espécie humana, a frequência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social” (CANGUILHEM, 2011, p.62). Na recuperação do histórico do termo, verificamos que, entre 1759 (surgimento da palavra “normal”) e 1834 (surgimento da palavra “normalizado”), uma classe normativa conquistou o poder de identificar a função das normas sociais com o uso feito por ela própria e cujo conteúdo também determinava.

O surgimento das grandes instituições (fábricas, prisões, escolas e hospitais), na proveniência dos efeitos da disciplina, a instituiu enquanto “*locus*” do saber. A organização do espaço e do tempo passou a incidir sobre a massa e os indivíduos, os corpos e a gestão produtiva. Sobre “os corpos dóceis” importa o controle, em molde espacial: distribuir, controlar a atividade, organizar as gêneses e administrar a composição de forças. “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2005, p. 117).

Foucault (2005) constatou que “os procedimentos da normalização colonizam cada vez mais os da lei” (FOUCAULT, 2005, p.190), construindo um discurso de autorização e legitimidade do poder. No século dezoito, no mesmo período de surgimento da norma, ocorreu o advento da população, enquanto problema econômico e político. Necessário portanto conhecer o seu volume, crescimento e distribuição no território. “População-riqueza, população mão-de-obra ou capacidade de trabalho, população em

³³ “Duas imagens, portanto, da disciplina. Num extremo, a disciplina-bloco, a instituição fechada, estabelecida à margem, e toda voltada para funções negativas: fazer parar o mal, romper as comunicações, suspender o tempo. No outro extremo, com o panoptismo, temos a disciplina-mecanismo: um dispositivo funcional que deve melhorar o exercício do poder tornando-o mais rápido, mais leve, mais eficaz, um desenho das coersões sutis para uma sociedade que está por vir. O movimento que vai de um projeto ao outro, de um esquema da disciplina de exceção ao de uma vigilância generalizada repousa sobre uma transformação histórica: a extensão progressiva dos dispositivos de disciplina ao longo dos séculos XVII e XVIII, sua multiplicação através de todo o corpo social, a formação do que se poderia chamar grosso modo a sociedade disciplinar” (FOUCAULT, 2005, p. 173).

³⁴ “As sociedades disciplinares são aquilo que estamos deixando para trás, o que já não somos. Estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea” (DELEUZE, 1992, p. 220).

equilíbrio entre o próprio crescimento e as fontes de que dispõe” (FOUCAULT, 2005, p.214).

Canguilhem (2011) observou que “a definição de normas higiênicas supõe o interesse que se dá - do ponto de vista político - à saúde das populações consideradas estatisticamente, à salubridade das condições de vida, à extensão uniforme dos tratamentos preventivos e curativos elaborados pela medicina” (CANGUILHEM, 2011, p.218). O controle da natalidade, a regulação da sexualidade, a incidência de doenças, as migrações e moradias tornam-se objetos de saber e controle, num adensamento disciplinar na gestão da vida.

Para Vaz (2001), “a ideia de reabilitação está contida na de norma” (VAZ, 2001, p.9). Em Canguilhem (2011), “uma norma se propõe como um modo possível de unificar um diverso, de reabsorver uma diferença, de resolver uma desavença” (CANGUILHEM, 2011, p.212). O “estado de natureza”, descrito por Rousseau, é a imagem do equilíbrio espontâneo entre o mundo e os valores do desejo. Mas a ideia de “norma” substituiu a de “natureza humana”, definindo o erro pelo desvio, em detrimento da polissemia do termo.

Pratt (1995) apud Vaz (2001), observou que:

(...) as técnicas estatísticas de construção da norma partem de uma população heterogênea, trabalhando os dados com a finalidade de construir a polaridade entre uma imensa maioria homogênea e o seu desvio. Já as técnicas de inferência estatística que calculam o risco partem de uma população heterogênea para nela encontrar vários subgrupos homogêneos (VAZ, 2001).

Para o autor, “nenhum indivíduo teria um risco zero em relação a algo, há apenas grupos com diferentes níveis de risco” (VAZ, 2001, p.11). “A utilização de estudos probabilísticos utilizando escalas de exposição a fatores de risco, em relação a diversos agravos” (CASTIEL; SANZ VALERO; SILVA, 2011, p.136), mas cada qual considerado em sua especificidade, fundamentou a epidemiologia riscológica. Segundo Hacking (1990) apud Vaz (2004), “é preciso uma avalanche de dados para que conceitos como “homem médio” e “norma” surjam” (VAZ, 2004, p.11). Por sua vez, a inferência estatística no campo da Informação em saúde também demanda uma ordem significativa de grandeza do referencial, o que se traduz na necessidade de um grande volume de dados para validá-la. Giddens (2000) apud Antunes et al. (2007) menciona que:

(...) muitos dos riscos atuais foram criados no seio da própria dinâmica da ciência e tecnologia, e as mesmas não são mais geradoras de certezas - o futuro só pode ser equacionado como um feixe de cenários, por vezes divergentes e mesmo antagônicos (ANTUNES et al., 2007, p.132).

O conceito de “fator de risco” rompe a fronteira entre saúde e doença, implícita aos conceitos de “norma” e “desvio da norma”. Já não somos apenas saudáveis ou doentes, vivemos permanentemente em risco. Essa predisposição cotidiana ao adoecimento implica mudanças no cuidado de si. Há uma redistribuição de responsabilidades que onera o presente e tende a nos colocar em dívida com um futuro supostamente saudável. Mia Couto (2011) nos lembra que “vivemos, como cidadãos e como espécie, em permanente situação de emergência”. Segundo Vaz e Bruno (2002):

Os maiores valores de nossa sociedade parecem ser, na relação consigo mesmo, bem-estar, juventude prolongada, segurança, autocontrole e eficiência. Esses valores implicam o cuidado de si, sendo o risco e a perda de controle negatividades a serem evitadas pelos indivíduos, ao pensar sobre o que podem e devem fazer. A problemática zona interna a ser vigiada parece delimitada pelos conceitos de risco, autocontrole e prazer (tradução própria)³⁵ (VAZ; BRUNO, 2002, p.281).

No que se refere à relação entre risco e subjetividade, o autor observa que “ao comunicar o risco o que de fato você está fazendo é produzindo subjetividade. Você está difundindo ‘verdades’ com as quais os indivíduos se pensam, ‘verdades’ que são historicamente situadas: onde antes se falava de normalidade, agora se fala de risco” (VAZ, 2019, p. 88). Torna-se, portanto, necessário desconstruir o conceito de risco tal qual ele é utilizado, para permitir que o indivíduo possa ter uma outra experiência do seu corpo, da sua saúde, da sua vida e morte:

Cuidar da vida não é só evitar riscos; é também se colocar com radicalidade a questão do que ser, radicalidade que é perdida se não

³⁵ “The greatest values of our society seem to be, in the relation with the self, well-being, prolonged youth, security, self-control and efficiency. These values imply the care of the self, directed towards risk and loss of control as the negativities to be avoided by individuals when thinking about what they can and should do. The problematic internal zone to be surveilled appears to be delimited by the concepts of risk, self-control and pleasure.”

experimentamos a necessidade da morte³⁶. Cuidar da vida é também colocar em questão a minha relação com o outro, o que eu quero dos outros, o que eu quero da coletividade. O problema para mim, às vezes, é que a noção de risco impede que o indivíduo se coloque a questão do que ele quer como indivíduo e como coletividade. (...) Por visar a abertura do futuro, (meu trabalho) é um trabalho de alguém marcado pela memória do pensamento moderno, que presume o valor de nos abriremos a outras experiências de nós mesmos e do mundo (VAZ, 2019, p.97).

Referenciando Bauman (1998), Castiel e Vasconcellos-Silva (2006) nos lembram que “a ideia de vigilância dos fatores de risco embute uma noção de possível procrastinação da morte para além de sua perspectiva radical, mediante sua 'fragmentação' em fatores de risco e correspondentes tentativas de controlar destes virtuais, múltiplos e traiçoeiros componentes” (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006, p. 33).

Por sua vez, Martins et al (2015) refletem sobre a relação entre percepção de risco e adoecimento:

A percepção do processo de adoecimento altera substancialmente a conduta frente à doença e a procura de atendimento. Esta percepção, aliada a como o indivíduo enxerga os riscos no seu imaginário, influencia na sua relação com o seu mundo e torna-se fundamental, desde o ponto de vista epidemiológico, para a permanência da doença – aumento ou diminuição – na região onde ele reside. Conhecer a construção social dos riscos é transcendental para ser aplicado nas medidas de controle (MARTINS et al, 2015, p. 9).

Para Deleuze (1992), a disciplina entrou em crise, uma crise dos meios de confinamento, trazendo em consequência a flexibilização nas relações disciplinares e a modulação para o controle, em perspectiva temporal. O espaço é mais dispendioso e trabalhoso. O tempo é mais flexível, modular. “O controle é de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina era de longa duração, infinita e descontínua” (DELEUZE, 1992, p.224).

Durante a vida, ao “caminhar” entre as instituições disciplinares, da família para a escola, e desta para o trabalho, o indivíduo se encontrava numa situação de “quitação

³⁶ Segundo o autor: (...) “com o risco, evitamos nos colocar na necessidade da morte; ao evitar, aplacamos a inquietação trazida pelo mistério de nossa finitude (VAZ, 2019, p.97).

aparente”. Já nas sociedades de controle, surge a figura da “moratória ilimitada”: o homem não é mais o homem confinado, mas o homem endividado. “Os indivíduos tornaram-se “dividuais”, divisíveis, e as massas tornaram-se amostras, dados, mercados ou ‘bancos’” (DELEUZE, 1992, p.222).

O professor e teórico da comunicação Muniz Sodré (2008) sinaliza:

Vivemos uma verdadeira mutação tecnológica, que decorre de maciça concentração de capital em ciências como engenharia microeletrônica, computação, biotecnologia e física. Em seguida, esbatida contra este pano de fundo, a *informação* (...) vem designando modos operativos, baseados na transmissão de sinais, desde estruturas matemáticas até as organizacionais e cognitivas (SODRÉ, 2008, p.222).

Em suma, trata-se de um cenário que reduz a subjetividade a modos operativos, garantindo legitimidade, enquanto produção de conhecimento, ao que se encontra fundamentado nessa mesma concepção informacional. Em contraponto, Castiel (2003) assevera que:

É essencial considerar o contexto sociocultural onde acontecem as relações entre a produção de conhecimentos em saúde, as formas e processos de veiculação e a correspondente apropriação por distintos grupos humanos. (...) quaisquer que sejam os objetos dos estudos epidemiológicos, é razoável pensar-se nos descompassos de linguagem entre produtores, veiculadores e receptores de achados específicos de pesquisa vinculados à saúde (CASTIEL, 2003, p.164).

Essa visão contrapõe o conceito de risco, na perspectiva da epidemiologia riscológica clássica, ao conceito de vulnerabilidade, o qual se aplica com mais propriedade a agravos complexos, com alças de determinação mais longas. A ordem de vulnerabilidades é fruto de desigualdades superpostas, por vezes com efeitos sinérgicos, gerando riscos concomitantes, em camadas que se reforçam mutuamente.

5.4.2 Datificação

“‘Confiamos em Deus. Todos os outros, nós monitoramos’, é uma famosa máxima empregada pela primeira vez pelo Serviço de Inteligência da Marinha dos Estados

Unidos, e depois utilizada pela Agência Nacional de Segurança (National Security Agency - NSA)” (VAN DIJCK, 2017, p.40).

Segundo o autor, “a datificação, de acordo com Mayer-Schoenberger e Cukier (2013), é a transformação da ação social em dados *on-line* quantificados, permitindo assim monitoramento em tempo real e análise preditiva” (VAN DIJCK, 2017, p.41). Tal princípio, assimilado no universo da informação *on line*, encontra paralelo na base de planejamento das políticas públicas de saúde no Brasil, predominantemente norteadas pelos dados epidemiológicos fornecidos pelos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, cujo objetivo é coletar, armazenar, processar, recuperar e disseminar informações para apoiar as funções operacionais e gerenciais no campo da saúde pública. A alimentação desses sistemas se dá por meio das notificações, compulsórias ou não, e das informações de cunho administrativo. Em linhas gerais, podemos dizer que o não notificado também não é contemplado na previsão orçamentária e na respectiva execução financeira.

No âmbito da dimensão teórica da Informação e Saúde, nota-se a prevalência de parâmetros biomédicos. Na epidemiologia, são considerados “rumores” as “fontes não oficiais”, nas quais se incluem (...) “veículos de comunicação, páginas de organizações internacionais como OMS, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos e de instituições de saúde” (CARMO, 2008, p.25).

Depreende-se dessa classificação que somente são validadas como oficiais as informações em saúde notificadas nos sistemas de vigilância epidemiológica. Sem desconsiderar a importância desses registros, vale ponderar que quando o campo da experiência se encontra condicionado pela exigência de validação de dados oficiais, corremos o risco de nos tornarmos “reféns” da datificação, restringindo as possibilidades de atuação no tempo presente, postura agravada quando nos referimos a situações emergenciais em saúde pública. Ao traduzir tal pressuposto para quadros de subnotificação, tais como o da Esporotricose na cidade do Rio de Janeiro, passamos a lidar com uma situação paradoxal, “tratando a conta-gotas” aquela que já é considerada a maior epidemia mundial dessa enfermidade.

No que se refere a situações de crise, nas quais podemos incluir as geradas por surtos epidêmicos, a Organização Mundial da Saúde (2009), salienta que “crises passadas fornecem orientação limitada sobre as melhores práticas. Há um forte apelo por uma abordagem rigorosa de monitoramento e análise - trazendo ciência e modelagem para dar suporte às situações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p.6). Nesse sentido,

consideramos relevantes as atividades de monitoramento informacional, incorporando novas fontes de conteúdo, além dos registros epidemiológicos oficiais.

Além disso, é importante registrar que o planejamento em saúde conta com outras fontes de informação, que podem ser diversificadas e lançar mão de outros recursos, como os exemplificados na “Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?”:

(...) composta por exploração etnográfica das cenas de uso e inquérito epidemiológico, de abrangência nacional, com o propósito de delinear o perfil dos usuários de crack. Ademais, a metodologia de pesquisa empregada possibilitou, ainda, estimar a proporção e a distribuição geográfica dessa população nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. (BASTOS; BERTONI, 2014).

Araújo e Aguiar (2013) lembram que:

Vivemos num mundo em que somos de certa forma e medida reféns dos dispositivos de informação e comunicação que são, também, de visibilidade. Um mundo que exige que, para adquirirem existência reconhecida, as pessoas sejam de algum modo partícipes desses dispositivos, como agentes ou como objetos. Aqui tanto se podem incluir os aparatos tecnológicos da informação e comunicação, como – considerando-se o objeto deste texto – as bases de dados da saúde. Uns e outros e outros mais definem quem e o que estará visível e quem será esquecido. (ARAUJO E AGUIAR, 2013, p.5).

5.4.3 Validação

“Não dou segunda opinião. Se quiser, consulte o Yahoo.”³⁷

Segundo Santos (2019):

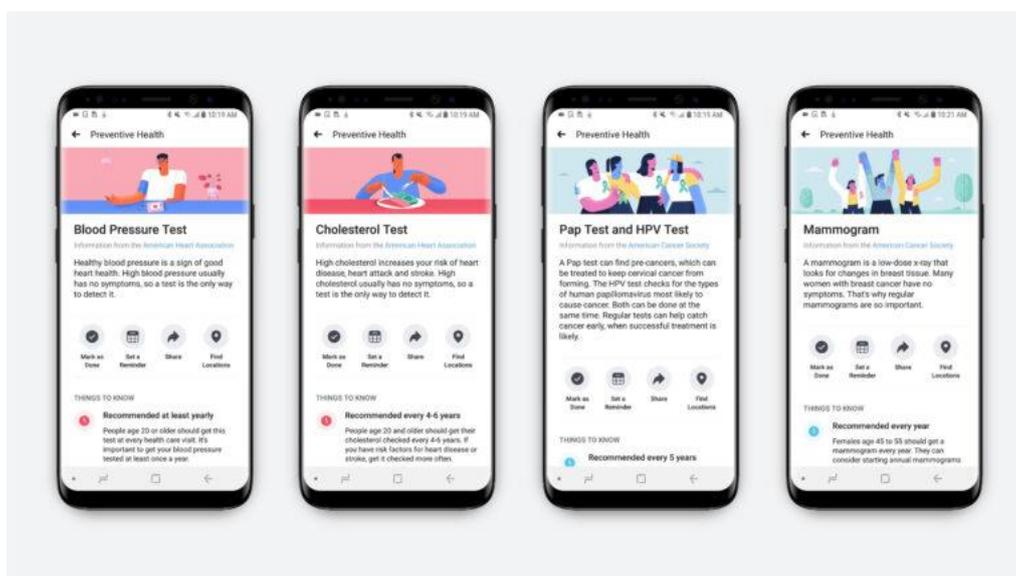
O novo modelo civilizatório assenta na produção aparentemente ilimitada de informação e na confusão entre informação e conhecimento. É cada vez mais comum a ideia de que vivemos numa sociedade de informação. A abundância de informação não é um bem incondicional. Lembremos que em caso de inundação o recurso mais escasso é água potável. Semelhantemente, vivemos hoje inundados por

³⁷ Aviso afixado por um médico na sala de espera de seu consultório.

informação, mas carecemos cada vez mais de informação potável, isto é, confiável. (SANTOS, 2019).

Infelizmente, não podemos dizer que o autor previu o futuro quando mencionou que “no novo modelo civilizatório o significado dos dados está cada vez mais reduzido à utilidade econômica que eles possam ter para quem os detenha” (SANTOS, 2019). No dia 28 de outubro de 2019, o *Facebook* disponibilizou um aplicativo de “saúde preventiva” autorreferenciado para usuários se submeterem a testes e receberem prescrições, a partir do registro de dados pessoais de “cuidados com a saúde”, uma expressão bastante genérica para o volume de informação que o *Face* tem coletado, armazenado e negociado. No caso em questão, anúncios segmentados seriam enviados de forma indireta, quando o usuário do aplicativo clicasse em *links* oferecidos, de páginas com assuntos correlatos.

Figura 2 – excerto do *Facebook*



Fonte: *Facebook*, 2019.

Não custa lembrar que a navegação na *web* é informação monitorada diuturnamente, portanto essa modalidade de “venda cruzada” é perfeitamente factível:

O Facebook também recebeu informações confidenciais de saúde. Um estudo publicado nesta primavera revelou que várias dezenas de

aplicativos de saúde mental de primeira linha enviaram dados ao Facebook e ao Google para fins de análise ou publicidade. E em fevereiro, o Wall Street Journal informou que aplicativos populares para smartphones, nos quais os usuários registram dados confidenciais de saúde, tais como sobre o período de ovulação, estavam compartilhando essas informações com o Facebook - mesmo nos casos em que o usuário não tinha conexão com o gigante das redes sociais. (O Facebook disse que esse compartilhamento de dados violava seus termos de negócios.) (tradução própria) ³⁸ (ROBBINS, 2019).

Por outro lado, referenciando Eysenbach (2001), Castiel e Vasconcellos-Silva (2006) nos oferecem uma visão, diga-se de passagem, um tanto quanto irônica, no que se refere ao empoderamento dos pacientes, em tempos de *e-health*:

Aqui, comentaremos a aparente candura em meio ao tom supostamente caricatural com que se propõe a ascese do paciente/consumidor ao conhecimento via e-saúde. Essa postura fica evidenciada na tipologia analógica ilustrada dos modelos de relacionamento do consumidor (que volta à cena) com o profissional de saúde criada por Eysenbach: a) paternalista - na qual o médico, na 'terra santa dos que conhecem' (*holy land of the knowing*), está ao lado de um 'poço' (o buraco da ignorância) para aonde lança o medicamento em pílulas para um paciente prosternado no fundo do poço, dizendo como deve ser ministrado e ordenando que não sejam feitas perguntas; b) educacional - em que o médico anuncia que vai educar o paciente e lança para ele uma corda e este inicia uma subida pela parede (com a observação '*ex ducere* - conduzir para fora'); c) era Internet - o médico olha estupefato pacientes subindo para sair do poço pela escada de madeira *www*, através de *self-support*, uns galgando os ombros dos outros ou alçando-se mediante um balão *e-mail*, e o que conseguiu sair joga fora a tabuleta; d) consumidor como parceiro - o médico recebe de mão estendida dizendo bem-vindo ao paciente que saiu pela sólida escada da educação do paciente pela Internet (EYSENBACH (2001), apud CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006, p. 30-31).

Sodré (2019), em recente reflexão sobre a democracia na contemporaneidade, adverte:

³⁸ "Facebook has also been on the receiving end of sensitive health information. A study published this spring revealed that several dozen top-rated mental health apps sent data to Facebook, as well as Google, for analytics or advertising purposes. And in February, the Wall Street Journal reported that popular smartphone apps in which users record sensitive health data, such as when they're ovulating, had been sharing that information with Facebook — even in cases in which the user had no connection to the social networking giant. (Facebook said that such data sharing violated its business terms.)"

Em meio à notável expansão tecnológica dos dispositivos, é crescente o déficit humano de compreensão mútua. Embalado pela imensa liberação expressiva propiciada pela rede eletrônica, o senso comum abandona-se ao êxtase da fala instantânea, isto é, à ação biológica e mecânica do aparelho fonador, típica do psitacismo (fala do papagaio) ou do robô (SODRÉ, 2019).

Ao que tudo indica, na lógica algorítmica vigente, parece que tanto o médico autor da epígrafe desse texto, quanto esse suposto paciente empoderado estão “ficando para trás”. No caso desse aplicativo do *Face*, o que aparentemente reteve a escalada da empresa são as consequências da divulgação de seu envolvimento no escândalo da *Cambridge Analytica*, por ocasião da eleição de Donald Trump nos Estados Unidos. Mas não podemos afirmar que essa foi realmente a postura adotada pela empresa, pois o mercado de dados carece estruturalmente de transparência em suas operações.

Quando isso ocorreu, o *Face* já estava negociando com hospitais americanos o envio de dados anonimizados de pacientes para a plataforma. De qualquer modo, nota-se o seu investimento na diversificação de fontes de dados, como mostra a matéria do *Wall Street Journal*, cuja data de publicação, fevereiro de 2019, é posterior ao episódio da *Cambridge*. O *lead* da matéria é sugestivo: “você fornece informações pessoais confidenciais aos aplicativos. Então eles dizem ao Facebook. Os testes do *Wall Street Journal* revelam como o gigante da mídia social coleta uma grande variedade de dados privados, tendo como fonte os desenvolvedores (de aplicativos); ‘essa é uma grande bagunça’” (tradução própria)³⁹ (SCHECHNER e SECADA, 2019).

Santos (2019) referindo-se ao *Facebook*, menciona que “a apropriação do valor dos dados está concentrada numa empresa, mas quem é que se sente ao serviço de uma empresa quando o uso, a entrada e a saída da empresa são livres?” (SANTOS, 2019).

Castiel e Vasconcellos-Silva (2005) mencionam que:

Ora, todo projeto de ação sobre o qual pairam incertezas sobre suas consequências, exige estratégias baseadas em informações dentro de um padrão de racionalidade econômica, ou seja, interessada na seleção de meios com previsão de custos e benefícios daí derivados. A informação definidora de rumos no interior de incertezas é sempre desejável e valiosa, já que pode nortear nossas ações e neutralizar a ansiedade das indeterminações quanto aos efeitos das resultantes. D

³⁹ “You Give Apps Sensitive Personal Information. Then They Tell Facebook. Wall Street Journal testing reveals how the social-media giant collects a wide range of private data from developers; ‘This is a big mess’”.

De forma inversa, a informação que encerra contradições gera dubiedades, incertezas e temores, de forma equivalente à falta de informação (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA, 2006, p. 27).

Em termos críticos, poderíamos dizer que o paradigma informacional orientador das políticas públicas de saúde no Brasil ainda se situa no âmbito da “sociedade disciplinar”. Por sua vez, o comportamento informacional no universo *on line* já adentrou os dispositivos da “sociedade de controle”.

Observamos um possível deslocamento no que se refere ao conceito de validação, ou a substituição de sua importância pela suposta supremacia da confidencialidade na guarda dos dados. Esse é o tema-chave pautado nas discussões sobre o assunto. A validação científica, por si, parece ser dada como resolvida por meio de outros expedientes. O aplicativo do *Face* mencionado foi criado com a ajuda de “parceiros”, a saber: *American Cancer Society*, *American College of Cardiology*, *American Heart Association* e o *Centers for Disease Control and Prevention*, uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, já referenciada nos relatos de experiências de monitoramento ambiental em saúde nessa dissertação.

O próprio *Face*, que emprega cerca de 38.000 pessoas em período integral, dispõe de poucos médicos em seus quadros, e de apenas um cardiologista, ocupante do cargo de Chefe de Pesquisa em Saúde da empresa, o qual recentemente declarou que: “como clínico, tenho plena consciência de que os cuidados de saúde são diferentes, as informações de saúde são diferentes, e que precisamos tratá-las de maneira diferente, e tratamos” (tradução própria)⁴⁰.

Desconhecemos esse alinhamento automático entre tecnologia e autonomia para tomar decisões, mas talvez seja necessário ampliar as racionalidades na definição de políticas públicas de saúde, considerando que informação não é apenas cognição, é também intersubjetividade. Santos (2019) adverte que “a confusão entre conhecimento e informação é fundamental para ocultar ou trivializar as relações sociais e as desigualdades de poder que estão por detrás dos dados” (SANTOS, 2019).

O *Face* não mudou tanto assim. Aliás, continua o mesmo *Face* descrito no livro “Mova rápido e quebre coisas: como o *Facebook*, o *Google* e a *Amazon* encurralaram a

⁴⁰ “As a clinician, I’m keenly aware that health care is different, and health information is different, and that we have to treat it differently, and we have.”

cultura e minaram a democracia”⁴¹, publicado em 2017. Esse livro descreve a trajetória de um pequeno grupo de empreendedores, Mark Zuckerberg dentre eles que, a partir dos anos 90, “sequestraram” a visão descentralizada original da Internet criando, no processo, três empresas monopolistas. Também é o principal livro que pautou a discussão do chamado *techlash*:

O termo se refere a uma tendência para 2018 que diz que o mercado de tecnologia, que nos últimos anos foi visto como a solução para todos os problemas da humanidade, agora passa a ser visto com mais ceticismo pela opinião pública e legisladores. Isso acontece principalmente pelo aumento gradual de notícias sobre casos de abuso, erros e impactos diversos na sociedade. Tudo isso causa um “backlash”, ou uma força contrária à imagem positiva e até vezes “salvadora” das grandes empresas de tecnologia, principalmente as do Vale do Silício (LIMA, 2018).

A sustentação dessa lógica monopolista se assenta na utilização dos algoritmos para refinar a aplicação de um antigo conceito do *marketing*, o da segmentação, agora focado em segmentação comportamental, assim descrita por Borgesius (2016):

Segmentação comportamental é uma técnica de marketing que envolve o rastreamento do comportamento das pessoas na Internet para usar as informações recolhidas e exibir anúncios direcionados a cada indivíduo. As informações captadas para fins da segmentação comportamental dizem respeito a diversas atividades on-line: o que as pessoas leem, os vídeos que assistem, o que pesquisam, etc. Os perfis individuais podem ser enriquecidos com dados atualizados da localização dos usuários de dispositivos móveis, e outros dados que são coletados on e off-line. Alguns provedores de e-mail ou serviços de redes sociais analisam o conteúdo das mensagens para fins de marketing. Recolhe-se uma vasta quantidade de informações sobre centenas de milhões de pessoas para fins da segmentação comportamental (BORGESIUUS, 2016, p.81).

Resta saber como fazer a transição paradigmática, e por conseguinte, descobrir como se situar, em tempos do crescente predomínio de algoritmos *health tech e e-health*. Tomemos por prescrição a advertência de Santos (2019):

⁴¹ “Move Fast and Break Things: How Facebook, Google, and Amazon Cornered Culture and Undermined Democracy.”

A sociedade métrica em que estamos a entrar visa transformar o caráter relacional da vida social em desempenhos individuais quantificados e sem outra relação entre si senão as diferenças numéricas e as agregações que são feitas a partir delas. Tudo o que não é quantificável é desqualificado mesmo que seja a felicidade ou sentido da vida e da morte (SANTOS, 2019).

Pode parecer exagero do autor, mas Borgesius (2016) relata que:

(...) uma loja do Reino Unido conseguiu fazer com que 7500 pessoas lhe vendessem a alma. De acordo com os termos e condições do site, os clientes concediam "a opção intransferível de vender para sempre a sua alma imortal", a menos que recusassem. Caso o fizessem, poderiam salvar a sua alma, e receber um voucher no valor de 5 libras. Mas poucas pessoas recusaram. A empresa depois disse que não exerceria os seus direitos (BORGESIUS, 2016, p.85-86).

Em tempo, na conclusão desse capítulo da dissertação, recebemos a notícia de que os dados de milhões de clientes da Unimed do Brasil, que responde por 37% do mercado de saúde suplementar brasileiro, “vazaram”. Procurada, a Unimed assumiu uma postura reativa, alegando que “investe continuamente em tecnologias que garantam a segurança das suas operações e a proteção dos dados pelos quais é responsável. E, que prezando pela privacidade de seus beneficiários, **vai se comprometer** (grifo nosso) a investigar de forma minuciosa qualquer suspeita de vazamentos ou ataques cibernéticos” (Unimed Brasil, 14 nov 2019)”. Mas não negou o “vazamento”. Além disso, a Unimed do Brasil arrematou a sua justificativa, recorrendo à própria legislação cooperativista, segundo a qual (...) “cada Unimed possui autonomia em sua administração, inclusive com utilização de sistemas de gestão distintos. Sendo assim, não há necessariamente reflexos da situação de uma cooperativa nas outras que compõem o Sistema” (Unimed do Brasil, 14 nov 2019).

6 MONITORAMENTO AMBIENTAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SOBRE ESPOROTRICOSE

Apresentamos a seguir a pesquisa de monitoramento ambiental sobre a Esporotricose no Rio de Janeiro, com a descrição de todas as fontes utilizadas.

6.1 CONTEXTO E ETIOLOGIA

A Esporotricose é uma micose subcutânea endêmica na América Latina há décadas, podendo acometer pessoas e animais. Ela é causada predominantemente pelo fungo *Sporothrix schenckii*, mas a variação *Sporothrix brasiliensis*, da mesma família, tem se mostrado a de maior virulência entre as subespécies, sendo também associada a um maior grau de apresentações atípicas, dentre as quais a artralgia e a febre.

Considerada uma zoonose prevalente em populações rurais negligenciadas, acometia residentes locais e/ou manipuladores da terra, por meio da transmissão ambiental ocasional, sendo conhecida como “micose da roseira”, ou “do jardineiro”.

A partir da década de 90, a Esporotricose “tem sido relacionada também à arranhadura e/ou mordedura de gatos, levando a surtos familiares” (SILVA et al, 2012, p. 1867). Segundo Costa (2018)⁴², “o primeiro diagnóstico do fungo em felino, realizado pelo Centro de Controle de Zoonoses Paulo Dacorso Filho, da Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CCZ/SUBVISA/SMS-RJ), data do início da década de 1990”

No Rio, foi detectado um aumento significativo da sua incidência, configurando um quadro epidêmico progressivamente agravado o qual, já em 98, se apresentava como a maior epidemia mundial dessa zoonose, devido à combinação de três principais fatores: “um agente etiológico virulento, um hospedeiro susceptível e condições sanitárias desfavoráveis” (PEREIRA; GREMIÃO, 2017).

Ainda segundo Costa (2018):

⁴² Agradeço ao doutorando em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), Gilney Costa, o relato da experiência vivenciada no cargo de “Gerente de educação em vigilância sanitária”, na Superintendência de educação, comunicação e inovação em vigilância sanitária, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no período de 2013 a 2016.

A ocorrência dos casos de Esporotricose é um agravo à saúde relatado em diversas partes do mundo, constituindo uma importante questão de saúde pública. Entretanto, em nenhuma outra parte ela atingiu proporções endêmicas e epidêmicas como na cidade do Rio de Janeiro (COSTA, 2018).

A Esporotricose é uma infecção fúngica, se encontrando, no contexto anteriormente descrito, associada a uma relação simbiótica entre moradores e animais semidomiciliados. Em comunidades e bairros periféricos do Rio, em condições socioeconômicas precárias, as pessoas começaram a “criar gatos de rua”, numa tentativa de eliminar os ratos. Soltos no território, mas transitando nas habitações, os felinos trouxeram para dentro de casa a doença da qual se tornaram as primeiras vítimas. A entrada dos gatos, principalmente os gatos de rua, na cadeia de transmissão da Esporotricose, é apontada como uma das principais causas do seu espraiamento na cidade e conseqüente surto epidêmico.

Na análise da urbanização da Esporotricose, deve-se levar em conta as relações sociais, enquanto definidoras do padrão espacial de uma cidade, pois o mesmo “se forma em um momento de um modo de produção e neste processo ele se reproduz” (BARRETO, 1982). Tal pressuposto faz-se necessário para atribuir historicidade à contextualização do quadro epidêmico da enfermidade, no âmbito das determinações sociais da saúde que o acompanham.

Segundo Barreto (2002):

Aumentam as chances de ocorrência de doenças e agravos à saúde, em decorrência da falta de solução para vários problemas estruturais e básicos, da manutenção de condições de vida inadequadas, da insuficiência nos mecanismos que regulam os danos ao meio ambiente, do crescente aumento de tensão nas relações sociais (BARRETO, 2002, p. 12).

Para Teixeira e Costa (2011), a análise das condições de saúde, segundo as condições de vida dos grupos sociais inseridos no espaço urbano, facilita a identificação das desigualdades em saúde e dos seus determinantes sociais. As intervenções orientadas por esta concepção ampliada de vigilância em saúde contemplam não somente os danos (doenças e agravos) e os riscos como expressões de problemas, mas também as necessidades de saúde e os seus determinantes socioambientais, articulando ações de promoção da saúde, proteção à saúde e prevenção de doenças.

Tais assertivas corroboram a visão de Carmo, Penna e Oliveira (2008), quando asseveram que:

A caracterização de uma doença infecciosa como emergente para ser mais precisa requer uma análise da ocorrência para cada doença de forma contextualizada para cada população, território e tempo histórico, nos quais as doenças incidem. Dessa forma, uma melhor utilização desse conceito deve considerar se a doença infecciosa e o seu surgimento ou o aumento na sua incidência têm relevância epidemiológica para uma população e território definido (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p.20).

O Serviço de Vigilância em Saúde do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (Ini/Fiocruz) é o principal responsável pela detecção da epidemia no Rio de Janeiro uma vez que, até o ano de 2013, seria o único local da cidade com a disponibilização de métodos diagnósticos, acompanhamento clínico e tratamento gratuito, com a dispensação dos medicamentos necessários, tanto para as pessoas como para os animais.

Considerando o quadro da Informação em saúde, apesar dos esforços empreendidos por pesquisadores e profissionais de saúde pública, a Esporotricose se apresenta como uma “epidemia murmurante”⁴³, por se encontrar subnotificada, o que dificulta a validação do quadro epidêmico. Essa subnotificação é agravada pela precarização do sistema de saúde público no Estado, repercutindo negativamente na infraestrutura operacional necessária para garantir a coleta e o processamento da informação.

Vale lembrar que lidamos com uma situação em processo. A reconfiguração espacial da Esporotricose, com a sua recente assimilação urbana, assim como a entrada dos felinos na cadeia de transmissão, no duplo papel de vítima e hospedeiro, trouxe novos desafios, para os quais ainda procuramos respostas.

6.2 DADOS ESTATÍSTICOS NO RIO DE JANEIRO

A identificação das fontes de informação em saúde sobre Esporotricose e o acesso aos dados disponíveis são imprescindíveis na elaboração de um quadro de referência mais preciso. Segundo Barreto (2004), “o processo de transformar conhecimento em evidência

⁴³ A metáfora da Esporotricose como uma “epidemia murmurante” foi citada por Dayvison Freitas, pesquisador em Dermatologia Infecciosa do Ini/Fiocruz.

alimentadora de uma decisão é complexo e nunca totalmente científico, sendo permeado por diferentes interpretações e valorações do conhecimento existente” (BARRETO, 2004, p.332).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), a partir de cinco de outubro de 2011, a Esporotricose humana e animal passou a ser considerada como agravo de interesse estadual. Em 16 de julho de 2013, a SES-RJ atualizou a “Lista de Notificação Compulsória – LNC”, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência no Estado, em toda a rede de saúde pública e privada”⁴⁴, incluindo a Esporotricose humana.

No *site* da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMS-RJ)⁴⁵ estão disponíveis: informações sobre a doença; um *link* para o formulário de notificação sobre Esporotricose felina e canina; outro *link* para um folheto explicativo; e as estatísticas da incidência de Esporotricose animal nos últimos três anos, mas a doença ainda não consta na relação de zoonoses com notificação compulsória no município. Esse formulário foi construído em conjunto com o Grupo de Estudos sobre Esporotricose do Inia/Fiocruz, no intuito de ampliar e qualificar a notificação.

Segundo a SMS-RJ, de janeiro de 2010 a outubro de 2017 foram registrados 3.878 casos de Esporotricose humana, sendo que, somente entre 2015 e 2016, houve um aumento de 58,06%, com um pequeno acréscimo no percentual de cura, de 57,5%, para 60,7%. A faixa etária predominante é de 20 a 59 anos, atingindo predominantemente o sexo feminino. Tal perfil, a princípio, se encontra associado aos surtos domésticos da enfermidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO, 2017).

No que se refere ao Estado do Rio, confirma-se o mesmo perfil epidemiológico na Esporotricose humana. No período de 2015 a 2019, segundo dados da SES-RJ, “durante o período de 2015 a 2017 observou-se uma média de 1.097 casos notificados suspeitos de Esporotricose, com percentuais de confirmação acima de 60%” (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, Boletim

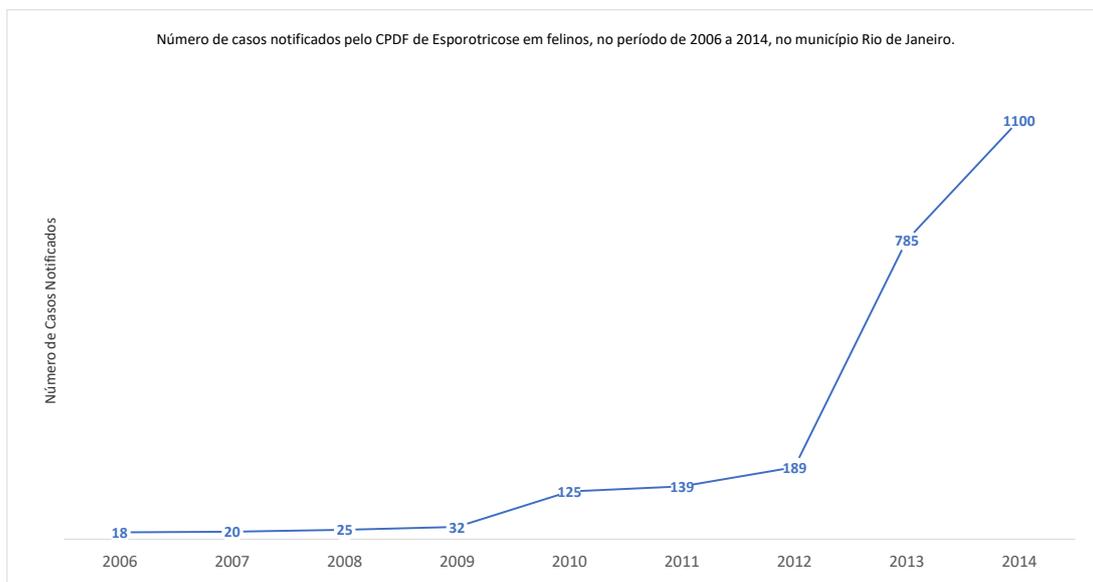
⁴⁴ Resolução SES Nº 674 DE 12/07/2013. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4364979/4115670/ResolucaoSESN674DE12.07.2013.pdf>>. Acesso em: 18 jul 2018.

⁴⁵ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Esporotricose. Disponível em: <<http://prefeitura.rio/web/vigilanciasanitaria/ esporotricose>>. Acesso em: 19 jul 2018.

Epidemiológico Esporotricose 001/2018, 2018, p.3). O maior grau de incidência da enfermidade foi registrado na Capital e no município de Nova Iguaçu.

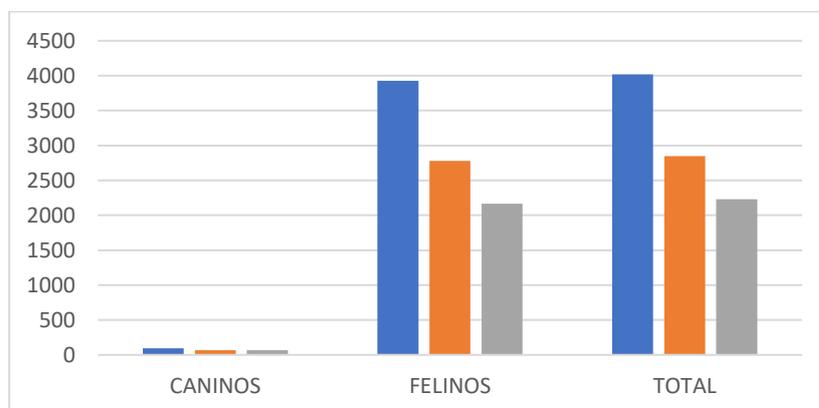
Com relação à incidência entre animais, segundo o relato dos profissionais do CCZ Paulo Dacorso Filho, apresentado no curso sobre Esporotricose do INI, já referenciado nessa dissertação, houve um aumento significativo do número de atendimentos realizados a partir do ano de 2012, fato corroborado pelo gráfico a seguir:

Gráfico 4 - Notificação de Esporotricose no CCZ (2006 a 2014)



Mas a partir de 2016 houve um decréscimo no número de atendimentos, fato confirmado pelos dados da Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses SubVisa, referentes ao período de 2017 a setembro de 2019, como se pode observar no gráfico a seguir:

Gráfico 5 – Incidência anual de esporotricose animal no município do Rio de Janeiro (2017 a 2019)



Fonte: SMS-RJ, 2019.

Se por um lado há coerência entre o relato dos profissionais do CCZ e as estatísticas de Esporotricose animal do período subsequente apresentadas pela SMS-RJ, por outro, há questões a serem discutidas. Considerando que o principal vetor de transmissão para o ser humano, no contexto de urbanização da Esporotricose, tem sido o gato, se a incidência entre os animais diminuiu, como então ela se mantém em alta, no que se refere à incidência de Esporotricose humana, concentrada justamente na cidade do Rio de Janeiro? Lembramos que não há registro de transmissão entre as pessoas; adquirimos a doença por mordeduras, arranhaduras ou contato direto com gatos infectados.

Por sua vez, os profissionais do CCZ também ressaltaram a existência de um possível viés no decréscimo do número de atendimentos realizados, em função do abandono de tratamento pelos tutores dos animais, devido ao fornecimento intermitente da medicação. Essa ressalva encontra respaldo na literatura científica. Chaves (2011), detectou em seus estudos “o alto percentual de abandono e óbitos na esporotricose felina, dificultando o seguimento dos casos por longo prazo e enfatizando a importância de investimentos em tratamento e na adesão” (CHAVES, 2011, p. v).

O índice de falha no tratamento da Esporotricose gira em torno de 40%, sendo boa parte desse percentual atribuída ao seu abandono, seja devido ao período relativamente longo, seja pela dificuldade de acesso ao medicamento na rede pública o que, por si só, pode inviabilizar a sua continuidade, uma vez que o custo é elevado, ainda mais se

considerarmos que a doença vem atingindo predominantemente as regiões mais empobrecidas da cidade.

Por sua vez, o relato a seguir exemplifica a permanência de abordagens anacrônicas no combate à doença, agravadas pela crise de assistência na rede pública de saúde. Segundo Costa (2018):

Do ponto de vista histórico, o município do Rio de Janeiro sempre desenvolveu ações com o objetivo de controlar a ocorrência dos casos de Esporotricose. O fato é que tais ações, com foco no grupo de humanos e de animais, se davam de modo pouco articulado, sem coordenação conjunta entre o controle de zoonoses e a parte do controle humano da epidemia. Um outro dado é que as ações de formação permanente de médicos e veterinários eram poucas e separadas, o que repercutia no modo de tratamento em que, por vezes, o proprietário era acompanhado pelos profissionais de saúde sem que o animal fosse igualmente tratado, e vice-versa (COSTA, 2018).

Devemos ressaltar que não encontramos um alinhamento entre as estatísticas da SES-RJ e da SMS-RJ que permitisse cotejar a incidência da Esporotricose humana e animal ao longo do período, demonstrando que a falta de coordenação na abordagem de assistência à saúde para tutores e animais se reproduz no tratamento dos dados de notificação disponíveis.

6.3 DISPENSAÇÃO DE ITRACONAZOL NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

Com vistas a encontrar respostas para as contradições apontadas nos dados estatísticos disponíveis, procuramos checar as condições de dispensação do medicamento na rede pública municipal. O Itraconazol de uso humano é o fármaco de eleição no tratamento da Esporotricose humana e animal, mas a sua prescrição não se limita apenas a essa enfermidade. Além disso, o fornecimento para o tratamento de animais não é normatizado por lei, não sendo, portanto, obrigatório. A SMS-RJ também recebe doações esporádicas dessa medicação, que se somam ao montante por ela adquirido via licitação, mas não foi possível quantificá-las. Feitas essas ressalvas, ainda assim consideramos válidas as informações que se seguem, como um possível marcador de monitoramento do quadro em tela.

Solicitamos à prefeitura do Rio de Janeiro, por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI), dados sobre a compra de Itraconazol, pela Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde (Subpav), responsável pela compra do medicamento para pessoas, e a Subvisa, que responde pelo tratamento dos animais. Os dados fornecidos pela SMS-RJ se encontram no anexo dessa dissertação.

Inicialmente recebemos a documentação relativa a sete extratos de atas de registro de preços, realizados no período de 23 de novembro de 2012 a 19 de setembro de 2019, todos com validade de 12 meses. Para ter acesso aos dados de aquisição do medicamento no período proposto por essa pesquisa, de 2012 a 2018, solicitamos adicionalmente os extratos de atas de registro de preços do ano de 2011, cujo prazo de validade se estendia a 2012, tendo recebido mais dois extratos, referentes a 2010 e a 2011, os quais incorporamos na análise. Para complementar os dados, solicitamos também os quantitativos consumidos anualmente por cada subsecretaria.

A compra foi feita de maneira unificada (Subpav e Subvisa) pela Gerência de Aquisições da SMS-RJ, para atender às Unidades Hospitalares ou de Atenção Básica da Rede Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Com relação à cobertura do período estudado, em 2011 houve um *gap* de três meses e seis dias (23/05/2011 a 29/08/2011). Para efeitos de análise, consideramos no cálculo desse *gap* o intervalo entre a data de vencimento da primeira licitação e a data de publicação no DOM da licitação seguinte.

Já em 2012 o *gap* diminuiu para dois meses e seis dias (28/08/2012 a 23/11/2012), sendo este o ano em que a SMS-RJ obteve o menor custo unitário para o medicamento, R\$ 0,2599.

Identificamos, na passagem de 2013 para 2014, o menor *gap*, de 26 dias (22/11/2013 a 19/12/2013) entre as licitações, havendo também um saldo positivo de 51.600 unidades entre o licitado e o consumido no período. Mas não podemos afirmar que “sobrou” Itraconazol, pois é necessário levar em conta possíveis falhas na assistência ou seja, não basta somente ter o medicamento disponível, mas garantir que a sua distribuição seja eficiente.

No ano de 2014 não foi feita licitação, sendo que atribuímos a sua cobertura ao registro de preços feito no final de 2013. Nesse período, houve equilíbrio entre o licitado e o consumido, pois o saldo zerou, sendo 2014 o único ano em que isso aconteceu.

Já em 2015 foram feitas duas licitações, uma em 20 de fevereiro e outra em oito de dezembro. Houve um *gap* de dois meses e dois dias até a realização do primeiro

registro de preços (18/12/2014 a 20/02/2015). Mas o mais importante observado nesse ano foi a “explosão” na quantidade consumida⁴⁶, de 587.200 unidades, para 1.084.934 unidades, sendo que a SMS-RJ não se encontrava preparada para enfrentá-la, pois havia repetido na licitação de fevereiro o mesmo quantitativo do ano anterior, e a segunda licitação só veio a ser realizada no final do ano, em dezembro.

Portanto, para efeitos dessa análise, não consideramos que o quantitativo desse segundo registro de preços tenha compensado o déficit de 497.734 unidades verificado no período, pois não houve tempestividade nos processos licitatórios em 2015 para atender à demanda desse ano. Desse modo, registramos, para o ano de 2016, um saldo positivo correspondente ao quantitativo total da licitação de dezembro, de 930.000 unidades e detectamos, a partir desse ano, a tendência de elevação significativa no patamar dos quantitativos adquiridos pela SMS-RJ, que desde 2011 se encontrava relativamente estável: em 2011, 533.851 unidades; em 2012, 540.000 unidades; em 2013 e 2015 (1ª. licitação), 587.200 unidades.

Para os anos de 2010 a 2013, a SMS-RJ forneceu quantitativos de consumo unificados, no que diz respeito à Esporotricose humana e animal. Não podemos, portanto, discernir o consumo de Itraconazol pela Subpav e pela Subvisa nesse período. Da mesma forma, não confirmamos a informação de que, até 2013, somente a Fiocruz fornecia o medicamento para o tratamento em humanos, como apontado anteriormente. O que foi possível constatar é que não havia a contabilização diferenciada nos quantitativos dispensados para o tratamento em humanos e animais, até o ano de 2014.

A partir de 2015, a SMS-RJ forneceu os quantitativos em separado e, já em 2016 nota-se um salto exponencial no consumo pela Subpav (tratamento em humanos), de 484.959 unidades (2015), para 732.960 unidades (2016). Desse modo, deduzimos que o principal responsável pela explosão na demanda nesse ano foi o aumento da incidência em humanos, cuja tendência se manteve em alta no período subsequente (2017/2018), com 746.923 unidades.

Com relação à Esporotricose animal, em 2016 houve uma redução significativa no consumo, de 599.975 unidades para 279.040. No ano seguinte, novamente a demanda explodiu, passando para 733.827 unidades e depois para 838.963 unidades em 2018. Não tivemos acesso a informações que possam elucidar essa curva, de queda repentina e alta maior ainda. Talvez o tratamento em humanos tenha sido priorizado em 2016, em

⁴⁶ Respeitamos a terminologia adotada pela SMS-RJ, de “quantidade consumida”, conforme a documentação fornecida para essa pesquisa.

detrimento do destinado aos animais, o que poderia inclusive contribuir para o seu descontrole nos anos subsequentes, posto que a transmissão zoonótica é a principal via de contágio. Nesse caso, a falta de alinhamento na política de assistência para ambos criou a situação de “tirar a roupa de um santo para vestir o outro”.

Pode-se também cogitar a hipótese de falhas na assistência pois, considerando o saldo positivo herdado da licitação feita em dezembro de 2015, de 930.000 unidades, mais a quantidade licitada em fevereiro de 2016, de 1.012.000 unidades, em tese haveria disponibilidade assegurada do medicamento. Mesmo assim, não custa lembrar que o fato de cada registro de preços ter a validade de 12 meses indica apenas o prazo legal em que o Itraconazol pode ser comprado, e não necessariamente que a demanda a este prazo se conforme.

Da segunda licitação feita em 2016, para a seguinte, em 2017, houve um *gap* de um mês e 26 dias (25/02/2017 a 23/03/2017). Houve um aumento substancial no quantitativo, de 930.000 unidades, para 1.481.762, com distribuição equitativa entre a Subpav e Subvisa (746.923 e 733.827). Se, por um lado, os dados podem indicar equilíbrio na dispensação do medicamento durante esse ano, por outro denotam a tendência de alta significativa na incidência da Esporotricose humana e animal.

Entre o término do período de aquisição de 2017 e a licitação seguinte, em 2018, encontramos o maior *gap*, de cinco meses e 27 dias. Junto com ele, houve também um salto no custo unitário do medicamento, que até então apresentava uma curva razoável de crescimento, mas que nesse registro de preços subiu de 0,5445 para 0,8986. Além disso, considerando que ele é válido até agosto de 2019, a partir de setembro a dispensação ficou sem cobertura.

Com relação ao custo total de aquisição no período estudado, de 2012 a 2018, saltou de R\$138.747,87 para R\$2.220.440,60, mas temos de considerar que os quantitativos licitados também subiram, de 533.851 unidades em 2012, para 2.471.000 unidades em 2018. Para compreender esses números, precisamos recorrer ao custo unitário. Em 2012, foi de R\$ 0,2599, passando para R\$ 0,8986 em 2018. Ou seja, o que impactou essa curva ascendente de preços foi o aumento de 245% no custo unitário do medicamento, no período de seis anos.

Se considerarmos os dados de incidência de Esporotricose humana e animal descritos anteriormente, podemos dizer que houve resposta da SMS-RJ, mas não foi tempestiva e que o fluxo de dispensação apresentou diversos *gaps* no período. Talvez tenha faltado um monitoramento mais cuidadoso das tendências que já se apresentavam.

Tomando como exemplo o gráfico de atendimento do CCZ e 1746, relativo ao período de 2006 a 2014, referenciado nessa dissertação, a partir de 2009 poderíamos detectar “sinais fracos” e, ainda em 2012, um salto significativo na incidência de Esporotricose animal.

A análise dos dados apresentados não corrobora a tendência de queda nas estatísticas oficiais de Esporotricose animal da SMS-RJ, no período de 2017 a 2019, referenciadas anteriormente, pois o consumo do Itraconazol continua em alta elevada no mesmo período. Devemos lembrar que a subnotificação dificulta o acompanhamento adequado do quadro e a respectiva assistência em saúde, ainda mais se considerarmos que a literatura indica o predomínio da Esporotricose felina em “gatos de rua” e/ou animais semidomiciliados. De qualquer forma, a análise do consumo pela Subpav confirma a tendência de alta na incidência de Esporotricose humana, tanto no que se refere aos dados da SES-RJ, quanto da própria SMS-RJ.

Em 2020, teremos eleições. Logo, para que não falte medicamento a próxima licitação teria de ser homologada no primeiro semestre do ano, antes de entrarmos no período eleitoral, no qual elas são proibidas por lei. Caso isso não seja feito, a saída seria a SMS-RJ decretar emergência de saúde pública e adquirir o Itraconazol sem licitação, ou corremos o risco de regredir no seu fornecimento, contribuindo para agravar o quadro epidêmico em curso. Vale ressaltar que essa segunda opção pode ser inviável, pois fazer compras sem licitação traz à tona um viés político, agravado por se tratar de um ano eleitoral.

6.4 ESPOROTRICOSE NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIHSUS) E NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)

No Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), o qual tem como finalidade “registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS”⁴⁷, dispomos de dados na Classificação Internacional de Doenças (CID) B 42 – Esporotricose, estratificada nas subcategorias: B 42.0 (Esporotricose pulmonar); B 42.1 (Esporotricose linfocutânea); B 42.7 (Esporotricose disseminada); B 42.8 (Outras formas de esporotricose) e B 42.9 (Esporotricose não especificada).

⁴⁷ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Disponível em: <datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>. Acesso em: 19 jul 2018.

Na elaboração do projeto de pesquisa desta dissertação levantamos a hipótese de investigação no SIHSUS, adotando a esporotricose como diagnóstico secundário, uma vez que, via de regra, o tratamento da Esporotricose é ambulatorial, mas a literatura aponta a ocorrência de casos mais graves em pacientes imunodeprimidos. Em 2019, foi publicado por um grupo de pesquisadores da Fiocruz um estudo relativo a essa temática, explorando dados do SIHSUS e do SIM, relativos às internações por Esporotricose no país, notadamente em casos de coinfeção por HIV, abrangendo o período de 1992 a 2015. No que se refere à Esporotricose como diagnóstico primário, segundo os autores “no Brasil, ocorreram 782 hospitalizações e 65 óbitos. Em 6% das hospitalizações e 40% dos óbitos, havia coinfeção pelo HIV. No Rio de Janeiro, foram 250 hospitalizações e 36 óbitos, com aumento progressivo, ao longo do período (FALCÃO et al., 2019, p.1). Considerando o percentual de 40% de óbitos, “76,9% eram do sexo masculino, 73%, não brancos e 50% estudaram menos que 7 anos” (FALCÃO et al, 2019, p.5). Diferentemente do perfil verificado nos Boletins epidemiológicos da SES-RJ, os quais apontam a incidência de Esporotricose predominantemente em mulheres, de 20 a 59 anos, fato associado a uma possível maior convivência feminina e doméstica com os animais, nesse estudo, são os homens, não brancos e com baixa escolaridade, os que passaram por períodos de hospitalização mais longa (60,6%) e evoluíram a óbito com mais frequência (69,2%). Segundo os autores, “em estudos realizados na região hiperendêmica do Rio de Janeiro, mulheres são as mais acometidas, enquanto os casos mais graves ocorrem em homens, provavelmente em razão da sobreposição de endemias (HIV/aids e esporotricose)” (FALCÃO et al, 2019, p.5).

No perfil sociodemográfico geral prevalece, com uma leve variação (25 a 60 anos), basicamente a mesma faixa etária daquela de maior incidência apontada nos Boletins da SES-RJ (49,3%), sendo essa também a que apresenta o maior percentual de óbitos (70,7%). A cor da pele, não branca (61,5%) e a baixa escolaridade (56,9%) podem indicar a proveniência de pacientes advindos dos extratos mais pobres, o que encontra respaldo nas informações sobre a disseminação da doença em comunidades e bairros periféricos.

Mas o foco no Rio de Janeiro continua. O Estado responde, sozinho, por quase um terço do total de hospitalizações (32%). Falcão et al (2019) complementam que “entre 1998 e 2015, período com menção do município da hospitalização, foram registradas 682 (87,2% do total) hospitalizações em 302 municípios (5,4% dos municípios do Brasil). Rio de Janeiro e Duque de Caxias lideraram” (FALCÃO et al, p. 2, 2019) sendo que, em

89,7%, Esporotricose foi o diagnóstico primário, apontando para uma situação mais grave do que a da hipótese de pesquisa no SIHSUS que propusemos inicialmente.

O Rio também responde por mais da metade do total de óbitos reportados por Esporotricose (55,4%), sendo o município com mais óbitos a cidade do Rio de Janeiro (23,1%) e a instituição com o maior número de óbitos o INI/Fiocruz (13,8%). A presença de coinfeção por HIV foi detectada em 40% dos pacientes que vieram a óbito, mas em apenas 5,3% houve o diagnóstico primário por HIV.

Segundo os autores:

Conclui-se que a esporotricose assume um perfil mais grave nacionalmente. O Rio de Janeiro apresenta perfil clínico-epidemiológico de transmissão zoonótica especialmente grave, no entanto alertamos para a ocorrência ainda pouco visível em outros estados. Além disso, o maior número de óbitos em uma população desfavorecida expõe a questão da desigualdade social, enquanto ampliação de vulnerabilidade e desigualdade de oportunidades. Sugere-se a inclusão da esporotricose na lista de agravos de notificação compulsória nacional, assim como a ampliação das medidas de vigilância e controle em todo o país. (FALCÃO et al, 2019, p.5).

6.5 UM PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DE ESPOROTRICOSE NO RIO DE JANEIRO

Em pesquisa qualitativa realizada no período de novembro de 2012 a novembro de 2015, com pacientes atendidos pelo Serviço de Vigilância em Saúde do INI/Fiocruz, os autores apontaram ser a Esporotricose o agravo em primeiro lugar nos dados de notificação do INI, considerando um período de dez anos (MARTINS et al, 2015, p.3).

Segundo os autores:

A composição do grupo estudado foi heterogênea em suas características socioculturais (gênero, idade, etnia, ocupação, escolaridade, local de residência), a fim de que os resultados do estudo permitissem uma possível generalização (MARTINS et al, 2015, p. 2).

O quadro-síntese das características sociais, ambientais e comportamentais dos pacientes entrevistados reproduz a descrição do perfil encontrado na literatura sobre a temática, referenciado nesse capítulo, a saber: comportamento epidemiológico

epidêmico; área geográfica de origem dos entrevistados de caráter urbano, sendo 95% metropolitana, contra 5% rural; predomínio do gênero feminino (70%), contra 30% do gênero masculino; condições precárias de moradia: “uma parte importante (55%) vive em condições de moradia inadequada com precariedade no esgotamento sanitário, na regularidade do abastecimento de água, hábito de despejo do lixo doméstico nas calçadas, ruas onde o calçamento é incompleto, sem rede pluvial e calçadas (MARTINS et al, 2015, p. 4)” e baixa escolaridade.

Com relação ao conhecimento prévio sobre a doença, 80% dos pacientes entrevistados a desconhecia, contra 20% que declarou saber do que se tratava. “Uma parcela menor escutou falar por causa de algum vizinho, amigo ou familiar acometido. Alguns manifestam ter ouvido falar por algum meio de comunicação tipo rádio” (MARTINS et al, 2015, p. 4). Outro dado preocupante é que, na percepção dos pacientes, somente em torno de 40% profissionais de saúde a conhecem, sendo que a maioria a confunde com outras doenças, como alergias:

(...) Uma proporção importante manifestou que os profissionais desconhecem a doença. Os profissionais que cogitam a esporotricose e encaminham não oferecem uma explicação adequada ao paciente (MARTINS et al, 2015, p.4).

Sobre a forma de transmissão pensada, 40% associaram a transmissão à presença de gatos no ambiente domiciliar e “45% atribuíram às condições de moradia inadequada com precariedade no esgotamento sanitário, na regularidade do abastecimento de água e presença de lixo no ambiente (MARTINS et al, 2015, p.4)”, o que denota a atribuição de importância às condições socioambientais. Por sua vez, 15% dos pacientes não se manifestaram.

Outro item relevante foi a constatação da automedicação e de recursos inadequados ao tratamento, com 50% dos pacientes utilizando medicações tópicas e em torno de 20%, algum antibiótico ou antialérgico. Quando consideramos que, na mesma pesquisa, os pacientes declararam que existe pouca informação sobre a doença nos meios de comunicação, e “60% recorrem à internet para encontrar algo semelhante a seu adoecimento ou complementar as informações dadas pelo profissional de saúde (MARTINS et al, 2015, p.4), podemos deduzir que não só lidamos com a automedicação, mas, em tese, ela agora se encontra empoderada pela auto-informação *on line*.

Segundo os autores:

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) via internet ocupam domínios cada vez mais abrangentes e apesar do baixo nível socioeconômico da população estudada, esta esteve mais presente no grupo da esporotricose. Autores têm descrito os problemas relativos à profundidade e à qualidade da informação. Por outro lado, embora a disponibilidade de informação via TICs possa ampliar o conhecimento, reduzindo as repercussões emocionais decorrentes da doença, elas estão profundamente influenciadas pelas condições psicológicas, sociais e culturais do indivíduo que procura. (MARTINS et al, 2015, p. 10).

6.6 NA PAUTA LEGISLATIVA

Durante quase três anos, tramitou na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj), o Projeto de Lei 3.200/2017⁴⁸, de autoria do deputado Nivaldo Mulim, cuja pauta inicial propunha a adoção da notificação compulsória no Estado e a obrigatoriedade de afixação de cartazes em “Unidades de Vigilância em Zoonoses, as clínicas veterinárias, os *Pet Shops* e estabelecimentos congêneres, **informando ao consumidor** (grifo nosso) sobre os riscos da Esporotricose”. Como essa segunda proposição foi suprimida no decorrer da tramitação, não se encontrando mais disponível para consulta *on line*, registramos aqui o teor dos artigos que a ela se referiam:

Art. 2º– O cartaz deve ser afixado em local de fácil visualização, medindo 297 x 420 mm (Folha A3), preferencialmente, com caracteres em negrito, contendo as seguintes informações:

"A esporotricose é uma micose profunda provocada pelo fungos *Sporothrix schenckii* e *Sporothrix brasiliensis*. A doença atinge habitualmente a pele, o tecido subcutâneo e os vasos linfáticos mas pode afetar também órgãos internos. O fungo causador da esporotricose habita a natureza (solo, palha, vegetais, madeira) e a instalação da doença se dá através de ferimentos com material contaminado, como farpas ou espinhos. Animais contaminados, principalmente gatos, também podem transmitir a esporotricose através de mordeduras ou arranhaduras. Procure o Posto de Saúde mais próximo ou consulte o seu médico" (grifo do deputado).

Art. 3º- Deverá conter também o número e ano da presente Lei.

Art. 4º – O descumprimento do disposto nesta Lei sujeitará o estabelecimento infrator, às seguintes penalidades sucessivamente:

- I - advertência, quando da primeira autuação da infração;
- II - multa no valor de 300 UFIRs.

⁴⁸

Considerando que, desde 16 de julho de 2013, a Esporotricose já constava da LNC estadual, essa seria a proposta inédita no Projeto. Por sua vez, em relação à notificação compulsória, ele ampliava o seu escopo, ao incluir nominalmente:

Art 2º A comunicação de casos confirmados da doença também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

Art 3º A comunicação de casos confirmados da doença de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Parágrafo único- É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de esporotricose animal ou humana, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos confirmados da doença.

Além disso, o Projeto estabelecia prazos para a notificação, garantia de sigilo da informação e a garantia de divulgação pública dos dados:

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Por último, o Projeto de Lei também propunha o estabelecimento de multas pelo seu descumprimento. Monitoramos a sua tramitação até constatar o seu arquivamento, em dois de fevereiro de 2019, com a justificativa de “final de legislatura”.

Outra iniciativa que merece destaque foi a “Audiência Pública Conjunta das Comissões CMADS (Comissão de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável) e CSSF (Comissão de Seguridade Social e Família)”, realizada na Câmara dos Deputados, em Brasília, no dia 26 de setembro de 2017, no intuito de debater um “Plano de ação para prevenção e combate à Esporotricose”.

Consultando o relatório da Audiência⁴⁹, vemos que o debate público problematizou o negligenciamento da doença; o acesso via SUS ao tratamento e à medicação; a inclusão da Esporotricose na notificação compulsória nacional; o

⁴⁹ Disponível em: <<https://edemocracia.camara.leg.br/audiencias/sala/401/relatorio>>. Acesso em: 09 nov 2019.

investimento em pesquisa para o desenvolvimento de novos medicamentos e a criação de vacina, inclusive com a sugestiva pergunta: “por que não há uma Lei Rouanet para pesquisas de remédios?”; a eliminação de barreiras para facilitar a importação de medicamentos em uso em outros países que sejam eficazes para combater a doença; a articulação interfederativa na criação de políticas de enfrentamento; a cobrança de iniciativas do Ministério da Saúde; a prevenção, via educação em saúde nas escolas; e o controle da população de felinos, com a citação da “Lei 12.426/2017, que dispõe sobre a política de controle da natalidade de cães e gatos”. O relatório foi elaborado a partir de 50 mensagens e 19 perguntas, sendo que as três mais votadas, conforme ranqueamento *on line*, foram levadas à mesa da Audiência para resposta. Além disso, foram registradas 39 participações *on line* simultâneas à realização da Audiência, via participação em *chat* para debate. Monitoramos possíveis desdobramentos da proposta, mas não encontramos referências de que tal “Plano de ação” tenha sido implementado.

6.7 NA PAUTA DO EXECUTIVO FEDERAL

Uma vez que já referenciamos a importância dos registros de informação em saúde, enquanto base de construção de políticas públicas no setor, apresentamos como um indicativo o resultado da busca *on line* realizada na base de dados do “Portal Federal da Lei de Acesso à Informação”, na página de “busca de pedidos e respostas”⁵⁰, no que diz respeito às demandas dos cidadãos e de pesquisadores atendidas pelo Ministério da Saúde. Inserimos a palavra-chave “esporotricose”, localizando dez demandas por página, sendo que apenas nas três páginas iniciais os registros apresentaram aderência ao foco dessa pesquisa. Após a análise das mesmas, vimos ser recorrente o comportamento de resposta demonstrado nos exemplos a seguir, por parte do MS:

13/12/2017

Prezados, Tendo em vista a não obrigatoriedade da notificação da esporotricose, mas a obrigatoriedade de notificação de surtos ou epidemias, solicito os registros de notificação de surtos ou epidemias de esporotricose no período de 1991 a 2015, além do estado do Rio de Janeiro. Grato

03/01/2018

⁵⁰ Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>. Acesso em 20 set 2019.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é um sistema de informação de coleta de dados das doenças, agravos e eventos de saúde pública, contemplados na Lista Nacional de Notificação Compulsória em todo território nacional, desde o ano 2000. O módulo de notificação de surtos foi instituído a partir de 2007. Anterior ao ano 2000, não existia um sistema de informação oficial do Ministério da Saúde para o registro de casos e surtos.

A Esporotricose não é doença de notificação compulsória em todo o território nacional, conforme Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. Levantamento de dados no SINAN, no período de 2000 a 2017, não houve registro de surtos de Esporotricose (CID 10, B42) ⁵¹.

O foco dessa pesquisa não se situa no campo da Epidemiologia, mas pelo que pudemos acompanhar, em relação ao comportamento da curva de incidência da Esporotricose humana no Rio de Janeiro, não se trata de uma doença que se manifesta em caráter “explosivo”. Portanto, para constatar a existência de “surtos”, seria necessário o acompanhamento da notificação ao longo de um período mais extenso.

Aparentemente, a resposta do MS reproduz o já sabido: não há notificação compulsória, não há registro de surtos da doença. Supomos que o requerente tentou a alternativa de consulta ao módulo específico de surtos no SINAN, talvez não obtendo resposta satisfatória em função do descrito anteriormente. Tal hipótese pode ser confirmada pela segunda demanda recuperada na busca *on line* feita no mesmo Portal, também respondida pelo MS ⁵²:

22/10/2015

Sou (...) ⁵³, preciso saber o número dos casos de Esporotricose na cidade do Rio de Janeiro no período de 2008 a 2015. Por favor, me ajudem

⁵¹ Disponível em:

<<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Item/displayifs.aspx?List=0c839f31%2D47d7%2D4485%2Dab65%2Dab0cee9cf8fe&ID=621819&Source=http%3A%2F%2Fwww%2Econsultaesic%2Ecgu%2Egov%2Ebr%2Fbusca%2FSitePages%2Fresultadopesquisa%2Easpx%3Fk%3Desporotricos%20e%20k%3Desporotricose&Web=88cc5f44%2D8cfe%2D4964%2D8ff4%2D376b5ebb3bef>>. Acesso em: 23 ago 2019.

⁵² Disponível em:

<<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Item/displayifs.aspx?List=0c839f31%2D47d7%2D4485%2Dab65%2Dab0cee9cf8fe&ID=621819&Source=http%3A%2F%2Fwww%2Econsultaesic%2Ecgu%2Egov%2Ebr%2Fbusca%2FSitePages%2Fresultadopesquisa%2Easpx%3Fk%3Desporotricos%20e%20k%3Desporotricose&Web=88cc5f44%2D8cfe%2D4964%2D8ff4%2D376b5ebb3bef>>. Acesso em: 23 ago 2019.

⁵³ Para efeitos dessa pesquisa, eliminamos qualquer menção que pudesse desanonimizar os dados.

com esta informação. Não estou conseguindo ter acesso a isto. Como posso proceder?

05/02/2016

Prezad (...), Em atenção ao questionamento enviado por meio do Sistema de Informação ao Cidadão do Ministério da Saúde, informamos que, embora a esporotricose seja uma zoonose, o Ministério da Saúde não tem vigilância implantada desse agravo, visto que não conta da lista de doenças e agravos de notificação compulsória, disposta na Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014. Esclarecemos que o estado do Rio de Janeiro faz vigilância dessa doença. Então, sugerimos que entre em contato direto com a Vigilância Epidemiológica do estado. Atenciosamente, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis - DEVIT Ministério da Saúde Autoridade a ser direcionado eventual recurso de 1ª instância: Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis - DEVIT Prazo para interposição do recurso de 1ª instância: 10 dias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos realizados no âmbito dessa pesquisa indicam a validade do monitoramento ambiental como alternativa viável para concatenar fontes diferenciadas no âmbito de uma mesma temática, trazendo novos insumos para o seu acompanhamento. Em se tratando de uma enfermidade subnotificada, como é o caso da Esporotricose, tal abordagem pode ser especialmente útil para contribuir na cobertura dos *gaps* de informação em saúde. Vale ressaltar que não se trata de uma estratégia isolada, sendo parte e subsídio para outras iniciativas, assim como para estudos mais aprofundados e/ou prospectivos.

Com relação às implicações para a pesquisa, considerando o foco sobre a Esporotricose na cidade do Rio de Janeiro, gostaríamos de acrescentar algumas reflexões sobre a necessidade de assimilar abordagens territorializadas, uma vez que boa parte do contingente populacional atingido se encontra em áreas favelizadas, as quais, na perspectiva urbanística, possuem características próprias que impactam direta e indiretamente as condições de saúde locais. Cohen (1993) apud Zancan et al (2002), assim as descrevem:

- . desorganização da ocupação do espaço habitacional sob os aspectos funcionais, estéticos, arquitetônicos (físicos, técnicos, sanitários e socioculturais), entre outros;
- . falta de legalidade na posse dos terrenos ocupados;
- . deficiência de articulações com as demais áreas do núcleo urbano (mantêm relações espaciais com as demais partes do núcleo urbano com intensidade e propriedade variáveis);
- . falta de infra-estrutura básica urbana (transporte, sinuosidade nas vias internas de circulação, abastecimento de gás, rede de telefonia; rede de abastecimento de água, rede coletora de esgotos domésticos, sistema de coleta de lixo domiciliares, pavimentação adequada, energia elétrica etc);
- . Falta de habitações em condições de salubridade (segurança física contra intempéries, iluminação e ventilação naturais, privacidade, conforto espacial no interior das habitações e áreas planejadas para convivência coletiva);
- . falta de serviços de assistência à saúde, centros educacionais acessíveis, de espaço para o lazer cultural, esportivo e de convivência política (ZANCAN et al, 2002, p. 102-102).

Por sua vez, ao incorporar a perspectiva de territorialização às dinâmicas globais e locais em contextos vulneráveis, Porto (2012) relaciona os conceitos de risco e vulnerabilidade:

Numa visão integrada e contextualizada, a compreensão e a intervenção sobre os processos que geram vulnerabilidades são fundamentais na proposição de estratégias de prevenção de riscos, de promoção da saúde e da justiça ambiental. Mais que os aspectos técnicos dos riscos em si e os processos físicos e biológicos dele decorrentes, em contextos vulneráveis, são as vulnerabilidades e os processos de vulnerabilização presentes na sociedade que representam uma ameaça maior à saúde, tanto individual quanto coletiva (PORTO, 2012, p.45).

Para responder aos desafios da dimensão assistencial em saúde, territorializada e contextualizada no âmbito dos processos de vulnerabilidade, consideramos as proposições de Teixeira (2014), no que se refere ao estudo de redes aplicado ao SUS, “a partir da compreensão do SUS como uma rede de políticas, talvez a mais ampla e capilar do país, uma verdadeira rede de redes” (TEIXEIRA, 2014, p.180). Para a autora:

(...) a formação de estruturas policêntricas, que configuram uma nova esfera pública plural, advém tanto de um deslocamento desde o nível central de governo para o local quanto da esfera do Estado para a sociedade. Processos como a descentralização e o adensamento da sociedade civil convergem para formas inovadoras de gestão compartilhada das políticas públicas (TEIXEIRA, 2014, p. 161).

Territorialização, contextualização das vulnerabilidades e compreensão do SUS enquanto rede de estruturação do social, no âmbito da assistência em saúde, constituem questões de fundo para aprofundar o estudo da temática de enfrentamento da epidemia de Esporotricose e de situações de saúde análogas. Em tais condições, o monitoramento ambiental de informação pode contribuir para o seu desenvolvimento, em conjunto com outras iniciativas que venham a convergir para tal.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M. N., SILVA; C. H., GUIMARÃES, M. C. S.; RABAÇO, M. H. L. Monitoramento da informação da sociedade de risco: o caso da pandemia de gripe aviária. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, vol.17, n° 3, p.131-141, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/643/1593>>. Acesso em 10 dez. 2018.
- ANSOFF, H. I. Managing strategic surprise by response to weak signals, **Californian Management Review**, v.18, n. 2, p. 21-33, 1975. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0895/6eb9ecb372bf66ebff50407454239fa9bf4a.pdf>>. Acesso em: 13 jul 2019.
- ARAÚJO, I. S.; AGUIAR, R. O vírus Zika e a circulação dos sentidos: entre limites e ressonâncias, apontamentos para uma pauta de pesquisa. Castro P.C. (Org.). **Circulação discursiva: entre produção e reconhecimento**. Maceió, Edufal, Ciseco, p. 141-162. 2017.
- ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Projeto de Lei Nº 3.200/2017**. Obriga hospitais e clínicas, públicas e particulares, principalmente as com serviços de dermatologia, a notificarem à Secretaria Estadual de Saúde sobre os casos confirmados para esporotricose humana. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1519.nsf/1061f759d97a6b24832566ec0018d832/45253addb4df96488325817800692d15?OpenDocument>>. Acesso em: 14 nov 2019.
- BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n. 2, p. 329-338, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2004.v9n2/329-338/>>. Acesso em: 20 set 2019.
- BARRETO, M. L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, supl. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5s1/03.pdf>>. Acesso em: 16 out 2019.
- BORGESIU. F. Z. Consentimento informado. Podemos fazer melhor em defesa da privacidade. **LOGEION: Filosofia da informação**, Rio de Janeiro, v. 2 n. 2, p. 80-90, mar./ ago. 2016.
- BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v. 32, n. 3, p. 363–373, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11>>. Acesso em: 08 out 2019.

BRASIL. **Decreto Nº 9.319, de 21 de março de 2018.** Institui o Sistema Nacional para a Transformação Digital e estabelece a estrutura de governança para a implantação da Estratégia Brasileira para a Transformação Digital. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 março 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9319.htm>. Acesso em: 16 set 2019.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações. **Gesac.** Disponível em: <<http://www.mctic.gov.br/mctic/opencms/comunicacao/SETEL/gesac/gesac.html>>. Acesso em: 16 set 2019.

BRASIL. Ministério da Economia. **Governo eletrônico.** Disponível em: <<https://www.governodigital.gov.br/EGD/historico-1/historico>>. Acesso em: 13 set 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SIHSUS** - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Disponível em: <<datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitales/sihsus>>. Acesso em: 19 jul 2018.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2011.

CARDOSO FILHO, J. C.; ARAÚJO JÚNIOR, R. H. Modelo de monitoramento ambiental sistemático para decisão em Políticas Públicas. **Journal of Librarianship and Information Science**, n. 60, p. 32-44, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/285360309_Modelo_de_monitoramento_ambiental_sistematico_para_decisao_em_Politiclas_Publicas/link/57bbbfe408aefea8f0f4561b/download>. Acesso em: 19 jul 2019.

CARMO, E. H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 19-32, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300003>. Acesso em 10 dez. 2018.

CASTIEL, L. D. Insegurança, ética e comunicação em saúde pública. **Revista Saúde Pública.** São Paulo, v. 37, n. 2, p. 161-167, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n2/15281.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J.; SILVA, P. R. V. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos:** biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

CASTIEL, L. D; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. **Precariedades do excesso:** informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006.

CHAVES, A. R. **Evolução clínica dos casos de esporotricose felina diagnosticados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas IPEC/Fiocruz no período de 1998**

a **2005**. 2011, 64 f. Tese (Doutorado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9310/1/adriana_chaves_ipecc_dout_2011.pdf>. Acesso em 12 jul. 2018.

CHOO, C. W. **Environmental scanning as information seeking and organizational learning**. Summer School on Information Management, Department of Information Studies, University of Tampere, 2001. Disponível em:
<<http://choo.fis.utoronto.ca/FIS/respub/chooIMreader.pdf>>. Acesso em: 27 dez 2018.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL - CGI.br. **TIC domicílios 2017**: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros. São Paulo, 2018. Disponível em:
<https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic_dom_2017_livro_eletronico.pdf>. Acesso em 13 set 2019.

COSTA, Gilney. **Comunicação pessoal**. Rio de Janeiro, 2018.

COUTO, Mia. **Murar os muros**. Estoril Conferences 2011. Disponível em:
<<https://www.estorilconferences.org/pt/archive/2011/speakers/mia-couto-ce-2011>>. Acesso em: 03 jan 2019.

CUNHA, M. A. V. C.; FREGA, J. R.; LEMOS, I. S. Portais de serviços públicos e de informação ao cidadão no Brasil: uma descrição do perfil do visitante. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**, vol. 10, n. 1, 2011. Disponível em:
<<http://www.periodicosibepes.org.br/index.php/reinfo/article/view/777/pdf>>. Acesso em: 13 set. 2019.

DELEUZE, Gilles. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.

DINIZ, E. H.; BARBOSA, A. F.; JUNQUEIRA, A. R. B.; PRADO, O. O governo eletrônico no Brasil: perspectiva histórica a partir de um modelo estruturado de análise. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol.43, n.1, p. 23-48, jan./fev 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n1/a03v43n1.pdf>>. Acesso em: 28 ago 2019.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20388.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

FALCÃO, E. M. M.; LIMA FILHO, J. B.; CAMPOS, D. P.; VALLE, A. C. F.; BASTOS, F. I.; GUTIERRES-GALHARDO, M. C.; FREITAS, D. F. S. Hospitalizações e óbitos relacionados à esporotricose no Brasil (1992-2015). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2019. Disponível em:
<www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/33363/2/ve_Falc%3a3o_Eduardo_etal_INI_2019.pdf>. Acesso em 11 nov 2019.

FERNANDES, T. F. S.; GARCIA, J. C. R. Fluxo informacional dos canais de atendimento ao cliente da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. **Brazilian Journal of Information Science**. Marília, vol. 7, n. especial, p.103-111, 1º sem. 2013. Disponível em:

<<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/bjis/article/view/3121/2455>>. Acesso em 23 set 2019.

FOUCALT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. BASTOS, F. I. P. M.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>>. Acesso em: 11 jan 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Relatório de Gestão do Exercício de 2013**.

Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorio_de_gestao_de_2013_fiocruz_v01.pdf>. Acesso em: 21 dez 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Relatório de Gestão do Exercício de 2017**.

Disponível em: <https://intranet.fiocruz.br/ger_arquivo/arquivos/a14b6.pdf>. Acesso em: 17 jul 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Relatório Fiocruz 2013-2016**. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorio_fiocruz_2013_2016_final_abril_2017.pdf>. Acesso em: 17 jul 2018.

GRAHAM, P.; EVITTS, T.; THOMAS-MACLEAN, R. Environmental scans. How useful are they for primary care research? **Canadian Family Physician**. Canadá, v.54, n.7, p. 1022–1023, jul 2008. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464800/>>. Acesso em 08 out. 2019.

HOLOPAINEN, M.; TOIVONEN, M. Weak signals: Ansoff today. **Futures**. Elsevier, v. 44, n. 3, p. 198-205, 2012. Disponível

em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0016328711002540?via%3Dihub>>. Acesso em: 10 out 2019.

IVANCKO, C. A. **Ouidora do Instituto Vital Brazil: canal capaz de captar a problemática de acidentes por animais peçonhentos no Estado do Rio de Janeiro**. 2017, 136 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.

LAIA, M. M.; CUNHA, M. A. V. C. C.; NOGUEIRA, A. R. R.; MAZZON, J. A.

Electronic government policies in Brazil: context, ICT management and outcomes.

Revista de Administração de Empresas, São Paulo, vol. 51, n. 1, p. 43-57, jan/fev 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902011000100005>. Acesso em 05 set 2019.

LIMA, V. **Tendências 2018: techlash e o fim de um ciclo**. Disponível em:

<<https://www.concrete.com.br/2018/01/22/tendencias-2018-techlash-e-o-fim-de-um-ciclo/>>. Acesso em 15 nov 2019.

MAGALHÃES, S. V. M. **Governo eletrônico e sociedade no DATASUS: um estudo de caso do serviço ‘Fale Conosco’**. 2009, 83 f., Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

MARTINS, A. C. C.; NUNES, J. A.; PAHECO, S. J. B.; SOUZA, C. T. V. Percepção do risco de transmissão de zoonoses em um Centro de referência. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul.-set., 2015.

MEDEIROS, P. H. M.; GUIMARÃES, T. A. A institucionalização do governo eletrônico no Brasil. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, vol. 4, p. 66-78, 2006. Disponível em: <https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75902006000400007.pdf>. Acesso em 02 set 2019.

MORAES, G. H. S. M. Moraes; MEIRELLES, F. S. Meirelles. User’s Perspective of Electronic Government Adoption in Brazil. **Journal of technology, management and innovation**. Santiago, Universidad Alberto Hurtado - Facultad de Economía y Negocios, vol. 12, n.2, 2017. Disponível em: <<https://www.jotmi.org/index.php/GT/article/view/1875/1072>>. Acesso em: 19 set 2019.

NAKAGAWA, L. [EXCLUSIVO] Falha grave de segurança expõe dados sensíveis de clientes da Unimed. **Olhar digital**. Disponível em: <<https://olhardigital.com.br/noticia/exclusivo-falha-grave-de-seguranca-expoe-dados-sensiveis-de-clientes-da-unimed/92979>>. Acesso em: 17 nov 2019.

NAKAMURA, P. M. M. **O atendimento ao cidadão e o portal da Câmara dos Deputados** [manuscrito]. 2013, 131 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Rio de Janeiro, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2^a. ed. Brasília, 2008.

PACKER, A. L. **SciELO Citation Index no Web of Science**. Disponível em: <<https://blog.scielo.org/blog/2014/02/28/scielo-citation-index-no-web-of-science/#.XeVKHuhKjIU>>. Acesso em: 02 dez 2019.

PEREIRA, S. A.; GREMIÃO, I. D. F. **Esporotricose felina e canina: aspectos clínicos, diagnóstico, tratamento e prevenção**. Rio de Janeiro, Curso de atualização em manejo clínico-terapêutico e aspectos epidemiológicos da esporotricose no Estado do Rio de Janeiro. Laboratório de pesquisa clínica em dermatozoonoses em animais domésticos, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, 01 nov. 2017.

PORTO, M. F. S. **Uma ecologia política dos riscos**: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

PRZEYBILOVICZ, E.; CUNHA, M. A.; MEIRELLES, F. S. O uso da tecnologia da informação e comunicação para caracterizar os municípios: quem são e o que precisam para desenvolver ações de governo eletrônico e smart city. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol. 52 (4), p. 630-649, jul. ago. 2018. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/75718/72527>. Acesso em: 23 set 2019.

RAMOS, S. J. S. **Gestão da comunicação organizacional na Fundação Joaquim Nabuco**: o canal de comunicação Fale Conosco. 2014, 181 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Recife, 2014.

ROBBINS, R. Facebook vows strict privacy safeguards as it rolls out preventive-health tool. **Stat Health Tech**, 28 out 2019. Disponível em: <<https://www.statnews.com/2019/10/28/facebook-vows-strict-privacy-safeguards-preventive-health-tool/>> Acesso em: 30 out 2019.

ROWELL, R.; MOORE, N. D.; NOWROJEE, S.; MEMIAH, P.; BRONNER, Y. The Utility of the Environmental Scan for Public Health Practice: Lessons from an Urban Program to Increase Cancer Screening. **Journal of National Medical Association**. Baltimore, Maryland, v. 97, n. 4, p. 527-534, abril 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2568702/pdf/jnma00185-0085.pdf>>. Acesso em: 02 out 2019.

SANTOS, B. S. A Era dos Coletivos de Solidão. **Portal Vermelho**. 27 out 2019. Disponível em: <<http://www.vermelho.org.br/noticia/324362-1>>. Acesso em; 29 out 2019.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro, Rocco, 1998.

SCHECHNER, S.; SECADA, M. You Give Apps Sensitive Personal Information. Then They Tell Facebook. **The Wall Street Journal**. 22 fev 2019. Disponível em: <https://www.wsj.com/articles/you-give-apps-sensitive-personal-information-then-they-tell-facebook-11550851636?utm_source=STAT+Newsletters&utm_campaign=b8bcc9a52b-gw_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_8cab1d7961-b8bcc9a52b-103565189>. Acesso em 30 out 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Boletim Epidemiológico Esporotricose 001/2018**. Vigilância e cenário epidemiológico no Estado do RJ. Período de 2015 A 2018. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=mgfY3RQJkek%3D>>. Acesso em: 11 nov 2019

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Resolução SES N° 674 DE 12/07/2013**. Diário Oficial [do] Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 16 julho 2013. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4364979/4115670/ResolucaoSESN674DE12.07.2013.pdf>>. Acesso em: 18 jul 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Dados estatísticos de esporotricose cutânea no Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, Curso de atualização em manejo clínico-terapêutico e aspectos epidemiológicos da esporotricose no Estado do Rio de Janeiro. Laboratório de pesquisa clínica em dermatozoonoses em animais domésticos, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, 01 nov. 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Esporotricose**. Disponível em: <<http://prefeitura.rio/web/vigilanciasanitaria/esporotricose>>. Acesso em: 19 jul 2018.

SILVA, A. B.; LABRA, E. Plenária Virtual Permanente: em busca da interlocução entre os conselhos de saúde. **Ciência da Informação**. Brasília, vol. 36, n. 2, p. 106-117, maio/ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v36n2/11.pdf>>. Acesso em: 26 set 2019.

SILVA, M. B. T.; COSTA, M. M. M.; TORRES, C. C. S; GALHARDO, M. C. G.; VALLE, A. C. F.; MAGALHÃES, M. A. F. M.; SABROZA, P. C.; OLIVEIRA, R. M. Esporotricose urbana: epidemia negligenciada no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.10, p.1867-1880, out 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n10/06.pdf>>. Acesso em: 13 ago 2019.

SODRÉ, M. **Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede**. 3ª. ed. Petrópolis, Vozes, 2008.

SODRÉ, M. Sociedade incivil e barbárie. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 10 de novembro de 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2019/11/sociedade-incivil-e-barbarie.shtml>>. Acesso em: 11 nov 2019.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N. Vigilância Epidemiológica: políticas, sistemas e serviços. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Cebes, 2011.

TEIXEIRA, S.M.F. As redes e a difusão de inovações. **Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde**. Salvador, EDUFBA, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p. 155-183.

TUSHMAN, M. L.; SCANLAN, T. J. Boundary Spanning Individuals: Their Role in Information Transfer and Their Antecedents. **The Academy of Management Journal**. v. 24, no. 2, pp. 289–305. 1981. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/255842?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 16 out 2019.

TWI2050 - The World in 2050 (2019). The Digital Revolution and Sustainable Development: Opportunities and Challenges. Report prepared by The World in 2050 initiative. **International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA)**, Laxenburg, Austria, 2019. Disponível em: < www.twi2050.org>. Acesso em: 28 out 2019.

VAN DIJCK, J. Confiamos nos dados? As implicações da datificação para o monitoramento social. **Matrizes**. São Paulo, v.11, n.1, p.39-59, jan-abr 2017. Disponível em: <www.revistas.usp.br/matrizes/article/download/131620/127911>. Acesso em: 30 out 2019.

VAZ, P. O risco e a construção de subjetividades crônicas e punitivas na Contemporaneidade. Entrevista concedida a Roberto Abib. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 13, n. 1, p. 87-99, jan-mar, 2019. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1761/225305>>. Acesso em: 30 out 2019.

VAZ, P. Risco e justiça. In: CALOMENI, Tereza. C. B. (Org.). **Michel Foucault - entre o murmúrio e a palavra**. Campos, Faculdade de Direito de Campos, p. 101-131, 2001.

VAZ, P.; BRUNO. F. Types of Self-Surveillance: from abnormality to individuals ‘at risk’. **Surveillance & Society**, vol. 1, n. 3, p. 272-291, set 2002. Disponível em: <<https://ojs.library.queensu.ca/index.php/surveillance-and-society/article/view/3341/3303>>. Acesso em: 29 out 2019.

WILBURN. A.; VANDERPOOL, R. C.; KNIGHT, J. R. Environmental scanning as a public health tool: Kentucky’s Human Vaccination Project. Preventing chronic disease. Public health research, practice, and policy. **Centers for Disease Control and Prevention**. E.U.A, Georgia, v.13, n.E109, august, 2016. Disponível em:<https://www.cdc.gov/pcd/issues/2016/pdf/16_0165.pdf. Acesso em: 09 out 2019.

WOLF, M. **Teoria das comunicações de massa**. São Paulo, Martins Fontes, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Financial crisis and global health**. Report of a high-level consultation. World Health Organization, Switzerland, Geneva, January 2009.

ZANCAN, L.; BOODSTEIN, R.; MARCONDES, W. B. (Orgs.) **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos – RJ**. Rio de Janeiro, Abrasco/Fiocruz, 2002.

ANEXO A

EXTRATOS DAS ATAS DE REGISTRO DE PREÇO DE COMPRA DO MEDICAMENTO ITRACONAZOL



Empresa Vencedora – Item 45: LABORATORIO NEO QUIMICA COM. IND. LTDA
CNPJ: 29.785.870/0001-03
Valor Total Adjudicado: R\$ 109.771,20

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
45	6505.47.006-25	POLIVITAMINAS COMPLEXO B SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	274.428	0,4000

Empresa Vencedora – Itens 07 e 55: BARENBOIM S/A
CNPJ: 33.228.701/0001-31
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.768.565,90

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
07	6505.06.016-70	FOLINATO, CALCIO 50MG SOLUCAO INJETAVEL FIA	3.062	5,2000
55	6505.52.001-87	FRACAO FOSFOLIPIDICA 25MG/ML A 80MG/ML SOL FIA MINIMO 1,2ML	3.130	559,9500

Empresa Vencedora – Item 23: HIPOLABOR FARMACEUTICA LTDA
CNPJ: 19.570.720/0003-82
Valor Total Adjudicado: R\$ 45.360,24

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
23	6505.42.024-39	CALCIO, GLUCONATO 10% SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10ML	84.016	0,5399

Empresa Vencedora – Item 50: GEOLAB INDUSTRIA FARMACEUTICA LTDA
CNPJ: 03.485.572/0001-04
Valor Total Adjudicado: R\$ 83.840,00

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
50	6505.47.012-73	VITAMINA B1 (TIAMINA) 300MG COMPRIMIDO	838.400	0,1000

Empresa Vencedora – Item 10: PRATI, DONADUZZI & CIA LTDA
CNPJ: 73.856.593/0001-66
Valor Total Adjudicado: R\$ 195.286,40

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
10	6505.13.006-77	BROMOPRIDA 10MG COMPRIMIDO	4.882.160	0,0400

Empresa Vencedora – Item 39: HOSPFAR IND. E COM. DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 26.921.908/0001-21
Valor Total Adjudicado: R\$ 60.737,9080

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
39	6505.46.009-14	NIMODIPINA 30MG COMPRIMIDO	894.520	0,0679

Empresa Vencedora – Item 11: PRODIET FARMACEUTICA LTDA
CNPJ: 81.887.838/0001-40
Valor Total Adjudicado: R\$ 59.535,00

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
11	6505.13.014-87	DOMPERIDONA 10MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 100ML	9.450	5,7900

Empresa Vencedora – Itens 16, 19, 20, 21, 28 e 46: FARMACE IND. QUÍM. FARM. CEARENSE LTDA
CNPJ: 06.628.333/0001-46
Valor Total Adjudicado: R\$ 609.785,0510

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
16	6505.42.001-42	ÁGUA DESTILADA INJETAVEL AMPOLA 10ML	3.302.036	0,0760
19	6505.42.004-95	POTASSIO, CLORETO 10% SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10ML	510.985	0,1100
20	6505.42.005-76	SODIO, CLORETO 20% SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10ML	489.945	0,1100
21	6505.42.009-08	GLUCOSE 25% SOLUCAO INJETAVEL HIPERTONICA AMPOLA 10ML	471.125	0,1000
28	6505.42.058-88	SODIO, CLORETO 0,9% SOLUCAO INJETAVEL ISOTONICA AMPOLA 10ML	1.165.979	0,0890

46	6505.47.007-06	VITAMINA C (ACIDO ASCORBICO) 100MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML	308.820	0,3600
----	----------------	--	---------	--------

Empresa Vencedora – Itens 63 e 64: MED BRASIL DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ: 07.239.327/0001-60
Valor Total Adjudicado: R\$ 223.023,60

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
63	6505.13.002-43	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 4MG/ML (0,4%) SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 10ML	190.080	0,2350
64	6505.13.005-96	BROMOPRIDA 10MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 10ML	265.000	0,6300

Empresa Vencedora – Item 51: EXFARMA LTDA
CNPJ: 05.618.222/0002-77
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.222.556,98

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
51	6505.47.026-79	POLIVITAMINAS + MINERAIS VIT A,B1,B2,PP,B6,B8,B5,H,C,D,E+ SAIS MINERAIS FR 20ML	314.282	3,8900

Empresa Vencedora – Item 57: SERVIMED COMERCIAL LTDA
CNPJ: 44.463.156/0001-84
Valor Total Adjudicado: R\$ 319.074,80

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
57	6505.53.013-38	OCTEOTIDA 0,1MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML	13.970	22,8400

Empresa Vencedora – Item 43: PH DISTRIBUIDORA DE HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 00.324.920/0001-65
Valor Total Adjudicado: R\$ 76.085,20

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
43	6505.47.001-10	POLIVITAMINAS 10.000U+800U+5MG+100MG+15MG+25MG+50MG INJ 10ML	44.756	1,7000

Empresa Vencedora – Item 15: PRONTOS DISTRIBUIDORA DE MAT. CIR. HOSP. LTDA
CNPJ: 02.587.500/0001-05
Valor Total Adjudicado: R\$ 27.974,10

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
15	6505.22.005-87	PANCURONIO, BROMETO 2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	5.190	5,3900

Empresa Vencedora – Itens 14, 47 e 59: MUNDIFARMA DISTRIBUIDORA DE PROD. FARM. HOSP. LTDA
CNPJ: 07.768.887/0001-01
Valor Total Adjudicado: R\$ 147.113,20

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
14	6505.22.004-04	SUXAMETONIO, (SUCCINILCOLINA) 100MG PO LIOFILO INJETAVEL FRASCO AMPOLA	20.176	5,0000
47	6505.47.008-87	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 10MG/ML SOLUCAO INJETAVEL IV AMPOLA 1ML	61.226	0,4300
59	6505.53.020-08	DESMOPRESSINA 0,1MG/ML SPRAY NASAL FRASCO 5ML	398	49,9900

Empresa Vencedora – Itens 08 e 09: S3 MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ: 09.660.958/0001-83
Valor Total Adjudicado: R\$ 326.266,9022

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
08	6505.13.001-62	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	682.108	0,1699
09	6505.13.004-05	BROMOPRIDA 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	539.219	0,3870

Empresa Vencedora – Itens 22, 27 e 56: VIC MED DA TIJUCA DIST. PROD. HOSPITALARES
CNPJ: 07.255.415/0001-55
Valor Total Adjudicado: R\$ 75.215,28

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
22	6505.42.023-58	MAGNESIO, SULFATO 50% SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10ML	45.810	0,6000
27	6505.42.041-30	MAGNESIO, SULFATO 1MEQ/ML (10%) SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 10ML	10.977	0,6400
56	6505.53.010-31	FILGRASTINA 300MG/ML SOL INJ FRASCO-AMPOLA MINIMO 1ML	1.272	32,0000

COORDENADORIA SUPRIMENTOS

EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 024/2010

Órgão Gestor: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Objeto: AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.

Processo: 09/003.594/2009

Modalidade: Pregão Eletrônico SMSDC/SRP nº 009/2010

Validade da Ata: A partir da data da publicação no Diário Oficial.

Órgão Gerenciador da Ata de Registro: Coordenadoria de Suprimentos

Órgão Participante: Unidades Municipais de Saúde

Empresa Vencedora – Itens 04 e 58: CRISTALIA PRODUTOS QUÍMICOS FARM. LTDA

CNPJ: 44.734.671/0001-51

Valor Total Adjudicado: R\$ 45.960,95

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
04	6505.08.007-81	AMFOTERICINA 50MG INJETAVEL + DILUENTE MINIMO 10ML	3.800	5,9600
58	6505.10.006-06	FENCARBITAL 200MG SOLUCAO INJETAVEL AMP IMV	27.427	0,8500

Empresa Vencedora – Itens 45, 46 e 47: FRESENIUS KABI DO BRASIL LTDA
CNPJ: 49.324.221/0001-04
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.387.232,00

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
45	6505.08.203-83	FLUCONAZOL, SISTEMA FECHADO 200MG, FRASCO 100ML	23.410	3,9000
46	6505.08.204-64	CIPROFLOXACINO SISTEMA FECHADO CLORIDRATO, 200MG, FRASCO 100ML	353.860	2,8000
47	6505.08.205-45	METRONIDAZOL, SISTEMA FECHADO 500MG, FRASCO 100ML	137.700	2,0500

Empresa Vencedora – Item 44: HALEX-ISTAR INDUSTRIA FARMACEUTICA LTDA
CNPJ: 01.571.702/0001-98
Valor Total Adjudicado: R\$ 175.725,00

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
44	6505.08.199-62	GANCICLOVIR 250MG - 1MG/ML SOLUCAO INJETAVEL SISTEMA FECHADO	3.195	55,0000

Empresa Vencedora – Item 26: E M S S/A
CNPJ: 57.507.378/0003-65
Valor Total Adjudicado: R\$ 87.116,1758

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
26	6505.08.103-06	CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	148.942	0,5848

Empresa Vencedora – Itens 02, 32, 38 e 57: LABORATORIO TEUTO BRASILEIRO S/A
CNPJ: 17.159.229/0001-76
Valor Total Adjudicado: R\$ 114.774,1265

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
02	6505.08.003-58	AMICACINA, SULFATO 250MG/ML INJETAVEL AMPOLA 2ML	42.588	0,5450
32	6505.08.121-12	CLINDAMICINA, CLORIDRATO 300MG CAPSULA	109.312	0,2900
38	6505.08.172-42	NITROFURANTOINA 100MG COMPRIMIDO	163.990	0,0999
57	6505.10.003-63	FENITOINA SODICA 50MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 5ML	96.645	0,4499

Empresa Vencedora – Item 15: LABORATORIO NEO QUIMICA COM. IND. LTDA
CNPJ: 29.785.870/0001-03
Valor Total Adjudicado: R\$ 73.130,00

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
15	6505.08.045-07	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 80MG + 16MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA SML	73.130	1,0000

Empresa Vencedora – Itens 55 e 59: BARENBOIM S.A.
 CNPJ: 33.228.701/0001-31
 Valor Total Adjudicado: R\$ 676.354,58

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
55	6505.09.013-39	ENOXAPARINA SODICA 80MG/0,8ML SOLUCAO INJETAVEL (SC) SERINGA 0,8ML	61.388	11,0000
59	6505.10.025-79	GABAPENTINA 300MG COMPRIMIDO	2.200	0,4939

Empresa Vencedora – Itens 08 e 48: HIPOLABOR FARMACEUTICA LTDA
 CNPJ: 19.570.720/0003-82
 Valor Total Adjudicado: R\$ 688.639,5902

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
08	6505.08.016-72	CLINDAMICINA, FOSFATO 150MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 4ML	169.614	0,7993
48	6505.09.002-20	HEPARINA SODICA 5000U/ML SOLUCAO INJETAVEL (IV) FRASCO-AMPOLA SML	103.088	5,3650

Empresa Vencedora – Item 06: AUROBINDO PHARMA INDUSTRIA FARMACEUTICA LTDA
 CNPJ: 04.301.884/0001-75
 Valor Total Adjudicado: R\$ 372.935,68

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
06	6505.08.012-49	CEFALOXINA 1G INJETAVEL FRASCO-AMPOLA + DILUENTE MINIMO 10ML	432.640	0,8620

Empresa Vencedora – Item 21: GEOLAB IND. FARM. LTDA
 CNPJ: 03.485.572/0001-04
 Valor Total Adjudicado: R\$ 158.395,7920

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
21	6505.08.093-04	ITRACONAZOL 100MG CAPSULA	434.080	0,3649

Empresa Vencedora – Item 41: BARRIER COMERCIO E SERVICOS LTDA
 CNPJ: 02.079.950/0001-89
 Valor Total Adjudicado: R\$ 108.891,00

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
41	6505.08.188-00	LEVOFLOXACINO, SISTEMA FECHADO 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL 100ML	10.900	9,9900

Empresa Vencedora – Item 01, 09, 10, 16, 23 e 28: NOVAFARMA INDUSTRIA FARMACEUTICA LTDA
 CNPJ: 06.629.745/0001-09
 Valor Total Adjudicado: R\$ 461.737,5526

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
01	6505.08.001-96	AMICACINA, SULFATO 50MG/ML INJETAVEL AMPOLA 2ML	17.136	0,2698
09	6505.08.018-34	CLORANFENICOL, SUCCINATO SODICO 1G INJETAVEL	1.550	0,8699
10	6505.08.023-00	GENTAMICINA, SULFATO 40MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	146.052	0,2299
16	6505.08.049-30	VANCOMICINA,	97.080	2,1660

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
23	6505.08.105-82	CLORIDRATO 500MG INJETAVEL FRASCO-AMPOLA	2.194	8,5300
28	6505.08.115-69	AZTREONAM 1G INJETAVEL FRASCO-AMPOLA	7.852	24,6050

Empresa Vencedora – Itens 25, 52 e 53: HOSPFAR IND. E COM. DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
 CNPJ: 26.921.908/0001-21
 Valor Total Adjudicado: R\$ 2.799.775,40

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
25	6505.08.107-44	ESPIRAMICINA 1.500.000UI (500MG) COMPRIMIDO	269.240	1,86
52	6505.09.010-30	TENECTPLASE 40MG	376	4,085,00
53	6505.09.011-08	ALTEPLASE 1MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 50ML	447	1,707,00

Empresa Vencedora – Item 34: OPEM REPRESENT. IMPORT. EXPORT. E DISTRIB. LTDA
 CNPJ: 38.909.503/0001-57
 Valor Total Adjudicado: R\$ 476.547,50

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
34	6505.08.128-07	POLIMIXINA B, SULFATO 500.000UI INJETAVEL FRASCO-AMPOLA	17.050	27,95

Empresa Vencedora – Item 54: IMEX CENTER FARMA LTDA
 CNPJ: 00.083.641/0001-57
 Valor Total Adjudicado: R\$ 153.051,50

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
54	6505.09.012-12	TIOFIBAN MONOIDRATADO 0,25MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 50ML	245	624,70

Empresa Vencedora – Item 05: ANTI-BIOTICOS DO BRASIL LTDA
 CNPJ: 05.439.635/0001-03
 Valor Total Adjudicado: R\$ 130.509,91

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
05	6505.08.008-52	CEFTRAXONA 1G INJETAVEL (IV) FIA + DILUENTE MINIMO 10ML	145.496	0,8970

Empresa Vencedora – Itens 19, 24, 30 e 51: CELLOFARM LTDA
 CNPJ: 02.433.631/0001-20
 Valor Total Adjudicado: R\$ 777.520,00

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
19	6505.08.069-84	OFLOXACINO 400MG COMPRIMIDO	78.330	1,5800
24	6505.08.106-63	CLARITROMICINA, LACTOBIONATO 500MG INJETAVEL INTRAVENOSO FRASCO-AMPOLA	27.060	5,0100
30	6505.08.117-03	AMPICILINA SODICA + SULBACTAM 2G + 1G INJETAVEL FRASCO-AMPOLA	12.580	2,4700
51	6505.09.007-35	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML SOLUCAO INJETAVEL (SC) SERINGA 0,4ML	108.596	4,5000

Empresa Vencedora – Item 33: MED BRASIL DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
 CNPJ: 07.239.327/0001-60
 Valor Total Adjudicado: R\$ 642.291,00

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
33	6505.08.125-98	VALACICLOVIR 500MG COMPRIMIDO	98.814	6,5000

Empresa Vencedora – Itens 14 e 42: EXFARMA LTDA

CNPJ: 05.618.222/0002-77
 Valor Total Adjudicado: R\$ 1.747.875,80

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
14	6505.08.042-64	AZITROMICINA DIIDRATADA 500MG INJETAVEL FRASCO-AMPOLA	13.800	92,80
42	6505.08.190-24	LINEZOLIDA 1200MG SOL. INJ	2.420	192,99

Empresa Vencedora – Item 43: EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
 CNPJ: 06.234.797/0001-78
 Valor Total Adjudicado: R\$ 1.344.625,20

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
43	6505.08.192-96	ERTAPENEM ERTAPENEM 1G	6.120	219,71

Empresa Vencedora – Item 40: JRG DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES LTDA
 CNPJ: 04.380.569/0001-80
 Valor Total Adjudicado: R\$ 103.881,9440

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
40	6505.08.185-67	LEVOFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO	102.640	1,0121

Empresa Vencedora – Itens 13, 22, 27, 29, 31, 37 e 50: MUNDIFARMA DISTRIBUIDORA DE PROD. FARM. HOSP. LTDA
 CNPJ: 07.768.887/0001-01
 Valor Total Adjudicado: R\$ 2.701.792,0580

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
13	6505.08.038-88	BENZILPENICILINA G POTASSICA 5.000.000UI INJETAVEL FIA + DILUENTE MINIMO 10ML	92.816	1,0400
22	6505.08.103-10	CEFEPIME, CLORIDRATO 2G INJETAVEL FRASCO-AMPOLA	71.368	5,0000
27	6505.08.114-42	TAZOBACTAM SODICO + PIPERACILINA SODICA 4G+500MG INJETAVEL FIA	91.390	5,0880
29	6505.08.116-85	+CLAVULANATO POTASSICO 1G+200MG INJETAVEL FIA	298.290	2,4990
31	6505.08.118-34	MEROPENEM 500MG INJETAVEL FRASCO-AMPOLA	101.700	7,8990
37	6505.08.169-47	CEFUROXIMA SODICA 750MG INJETAVEL FRASCO-AMPOLA	21.502	2,1490
50	6505.08.095-73	ESTREPTOCINASE 1.500.000UI PO LIOFILO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA	989	181,0000

Empresa Vencedora – Itens 03, 12 e 17: S3 MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
 CNPJ: 09.660.958/0001-83
 Valor Total Adjudicado: R\$ 690.914,38

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
03	6505.08.004-39	AMPICILINA SODICA 1G INJETAVEL + DILUENTE MINIMO 5ML	177.807	0,66
12	6505.08.031-01	OXACILINA 500MG INJETAVEL FRASCO-AMPOLA+DILUENTE MINIMO 5ML	988.800	0,56
17	6505.08.051-55	ACICLOVIR 250MG INJ PO LIOFILO FIA + DILUENTE MINIMO 10ML	17.552	1,13

COORDENADORIA SUPRIMENTOS
 EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 025/2010
 Órgão Gestor: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.
 Objeto: AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.
 Processo: 09/003.595/2009
 Modalidade: Pregão Eletrônico SMSDC/SRP nº 010/2010
 Validade da Ata: A partir da data da publicação no Diário Oficial.
 Órgão Gerenciador da Ata de Registro: Coordenadoria de Suprimentos
 Órgão Participante: Unidades Municipais de Saúde
 Empresa Vencedora – Item 23: UNIAO QUIMICA FARM. NACIONAL S/A
 CNPJ: 60.665.981/0005-22
 Valor Total Adjudicado: R\$ 55.748,64

Item	Código	Especificação	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
23	6505.24.002-41	DESLANOSIDEO 0,2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2ML	64.824	0,86

em cessação;
 Orientações sobre os malefícios do tabagismo;
 Avaliação e orientação da Saúde Bucal;
 Avaliação da capacidade pulmonar dos fumantes ativos;
 Inscrição para o Programa de cessação do tabagismo do CMS Enf. Edma Valadão;
 Rastreamento de sintomáticos respiratórios, com solicitação de exames e coleta de material para a baciloscopia;
 Orientação sobre Planejamento familiar;
 Orientação DST/AIDS, com distribuição de preservativos masculinos e femininos,
 além de solicitação de exames de HIV e SÍFILIS;
 Aferição da Pressão Arterial

CSF Epitácio Soares Reis: A unidade pretende distribuir folheto informativo e convidar o grupo de gestantes para ouvir sobre os efeitos do cigarro sobre o feto. A equipe de saúde bucal estará orientando sobre os males do tabagismo para os dentes e distribuindo material educativo.

CAP 4.0
 CMS Cecília Donangelo (Vargem Grande) - 29/8: comemoração da reabertura do Programa de Tabagismo, junto à equipe da Promoção em Saúde, com reunião com os grupos de manutenção.

Todas as unidades da área: equipes de porta de entrada estarão distribuindo panfletos. As equipes de Saúde da Família também estarão intensificando a divulgação.

CAP 5.2
 CMS Dr. Mario Vítor de Assis Pacheco - 29/08:
 Trabalho de sensibilização para profissionais e usuários da unidade.
 Divulgação do programa para os usuários.
 Palestra sobre "como parar de fumar"
 Palestra extra muro: EM Paulo Silva e Igreja Católica Nossa Senhora do Carmo.

CMS Ana Gonzaga - 29/08: tenda em frente ao módulo com distribuição de informativos e orientações ANTI-TABACO, avaliações com monoxímetro.

CMS Largo do Correia - 29/08: realizará panfletagem no Largo do Correia abordando pedestres e carros no semáforo.

CMS Cinco Marias - 29/08: evento para os pacientes fumantes da comunidade.
 Humor triste (mostrar com alegria as consequências do cigarro);
 Caminhada com o grupo da terceira idade;
 CMS Barra de Guaratiba - 30/08: evento com apresentação de slides, presença dos pacientes integrantes do nosso Grupo de Tabagismo, depoimento de um convidado morador da área ex-tabagista, homenagem aos que já passaram pelo Grupo de Tabagismo na unidade.

Promoção contra o Tabagismo nas escolas da área;

PSF Vila São Jorge:
 Reunião na unidade com ex-fumante para entrega dos certificados àqueles que já estão há mais de 6 meses sem fumar. Eles farão depoimentos como forma de sensibilizar as pessoas que irão iniciar o grupo na segunda-feira, 05 de setembro.
 Exposições de cartazes sobre tabagismo e fatores de risco para desenvolvimento de câncer de boca e outros tipos.
 Passeata pela comunidade com o grupo de tabagismo e distribuição de panfletos.

Clínica da Família Dr. Dalmir de Abreu Salgado - 30/08: Medição de monóxido de carbono dos pacientes interessados
 Captação para o próximo grupo de tratamento, que se inicia no dia 02 de setembro.

SUBSECRETARIA DE GESTÃO
COORDENADORIA DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS,
CONTRATOS E CONVÊNIOS
GERÊNCIA DE CONTRATOS
CONVOCAÇÃO

Solicitamos o comparecimento no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, da empresa ARCA DA ALIANÇA VIGILÂNCIA E SEGURANÇA LTDA, à Rua Afonso Cavalcanti nº 455, bloco I, sala 745 - Cidade Nova - RJ, para tratar de assunto referente à assinatura do Termo de Reconhecimento de Dívida, relativo à prestação de serviços de vigilância da SMSDC.

COORDENADORIA LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES
1) EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 029/2011
 Órgão Gestor: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Objeto: Aquisição de medicamentos, objetivando suprir as necessidades de diversas Unidades de Atenção Básica ou Hospitalares da rede da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.
 Processo: 09/005343/2010
 Modalidade: Pregão Eletrônico SMSDC/SRP nº 088/2011.
 Validade da Ata: 12(doze) meses a partir da data da publicação no Diário Oficial.
 Órgão Gerenciador da Ata de Registro: Coordenadoria de Licitações e Aquisições.
 Órgão Participante: Unidades Municipais de Saúde
 Empresa Vendedora - Item 02: ALMEIDA COMERCIAL LTDA
 CNPJ: 03.474.341/0001-97
 Valor Total Adjudicado: R\$ 61.380,0000

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
02	6505.13.003-24	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 10MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PLABEL	1.320.000	0,0465

Empresa Vencedora - Itens 03 e 124: EXPRESSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
 CNPJ: 06.234.797/0001-78
 Valor Total Adjudicado: R\$ 5.062.485,4600

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
03	6505.15.005-01	CLORIDRATO DE HIDRALAZINA 25MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / APRESOLINA	29.655.738	0,1700
124	6505-07-008-09	CLORIDRATO DE PROPAFENONA COMPRIMIDO 300MG / RITMONORM	11.000	1,9100

Empresa Vencedora - Itens 04 e 150: SODROGAS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES LTDA
 CNPJ: 09.615.457/0001-85
 Valor Total Adjudicado: R\$ 352.268,5896

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
04	6505.15.006-84	METILDOPA 250MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / T K S	5.449.344	0,0578
150	6505-47-012-73	VITAMINA B1 (TIAMINA) 300MG COMPRIMIDO / T K S	566.280	0,0649

Empresa Vencedora - Itens 05 e 32: VITAPAN INDÚSTRIA FARMACÉUTICA LTDA
 CNPJ: 30.222.814/0001-31
 Valor Total Adjudicado: R\$ 809.490,0000

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
05	6505.15.018-18	ANLÓDIPINA, BESILATO 5 MG COMPRIMIDO / ANLOCEL	57.200.000	0,0129
32	6505.24.004-03	DIGOXINA COMPRIMIDO 0,25MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / DIGOXINA	3.418.000	0,0210

Empresa Vencedora - Itens 06, 24, 35, 48, 54, 75, 81, 82, 85, 88, 112, 115, 122, 148, 152, 157 e 200: COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA
 CNPJ: 67.729.178/0002-20
 Valor Total Adjudicado: R\$ 7.426.038,8675

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
06	6505.15.020-32	CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / HIPOTEN	91.737.360	0,0102
24	6505.21.007-95	ATENOLOL 50MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / ATENOTON	60.214.440	0,0117
35	6505.29.007-24	PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PREDNISONA	1.992.488	0,0350

48	6505.36.031-38	NORETISTERONA + ESTRADIOL 50 MG + 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL SERINGA 1ML / NOREGYNA	22.000	5,1500
54	6505.41.001-98	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL (FORMULA OMS) ENVELOPE 27,9G / REIDRATANTE	660.000	0,1680

75	6505-55-001-58	SINVESTATINA COMPRIMIDO REVESTIDO 20MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / SINVASTON	14.300.000	0,0389
81	6505.01.217-01	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO COMPRIMIDO 100MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / DORMEC	47.190.000	0,0064
82	6505.03.002-07	DIAZEPAM 5MG / SANTIAZEPAM	10.431.633	0,0200
85	6505.05.001-25	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO, 2MG COMPRIMIDO / ALERGYO	4.530.240	0,0124
88	6505.06.001-89	ÁCIDO FÓLICO 5MG COMPRIMIDO / FOLANTINE	7.381.000	0,0096
112	6505.10.005-25	FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDO / BARBITRON	6.050.000	0,3280
115	6505.10.016-88	ÁCIDO VALPRÓICO 250MG/5ML / VALPROATO	23.700	1,8000
122	6505-01-218-84	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / DORMEC	1.650.000	0,0179
148	6505-46-016-43	DINITRATO DE ISOSSORBIDA COMPRIMIDO SUBLÍNGUO 5MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / ANGLI	1.540.000	0,0690
152	6505-08-069-84	OFLOXACINA 400MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / FLOGIRAX	215.715	2,3381
157	6505.11.014-70	GLICAZIDA 80MG COMP / Glicaron	10.500.000	0,1529
200	6505-44-200-88	CINARIZINA 75MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / CINAZON	514.800	0,0239

Empresa Vencedora - Itens 07, 57, 106, 110, 121, 156, 183, 190 e 198: NUNESFARMA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACÉUTICOS LTDA
 CNPJ: 75.014.167/0002-91
 Valor Total Adjudicado: R\$ 4.218.651,8313

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
07	6505.15.033-57	MALEATO DE ENALAPRIL COMPRIMIDO 10MG / Enalapril	169.884.000	0,0145
57	6505.48.001-41	AMITRIPTILINA 25MG / Amitriptilina	7.927.920	0,0380

106	6505.08.186-48	DOXICICLINA, CLORIDRATO DE, 100MG COMPRIMIDO / Clodox	132.000	0,0790
110	6505.10.001-00	CARBAMAZEPINA 200MG / Carbamazepina	11.136.840	0,0488
121	6505.11.013-99	METFORMINA 500MG COMPRIMIDO / Metformina	5.500.000	0,0429
156	65.05.27.009-89	GENTAMICINA, SULFATO COLÍRIO 5MG/ML, FRASCO 5ML / GENTAMICINA	5.900	5,1700
183	6505-05-008-00	DICLORIDRATO DE CETIRIZINA COMPRIMIDO REVESTIDO 10MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / CETIRIZINA	880.000	0,3500
190	6505-19-006-07	CLORIDRATO DE SELEGELINA 5MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PARKEKIN	417.027	0,1099
198	6505-38-036-83	CLORIDRATO DE TIORIDAZINA 100MG COMPRIMIDO REVESTIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / MELLERIL	566.280	0,4979

Empresa Vencedora - Itens 08, 11, 53, 170, 185 e 189: MULTILAB INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMAC. LTDA
 CNPJ: 92.285.552/0001-40
 Valor Total Adjudicado: R\$ 2.370.469,9961

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
08	6505.16.013-52	IBUPROFENO 300MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / BUPROVIL	11.325.600	0,0289
11	6505.17.040-93	SULFATO DE NEOMICINA 5MG/G + BACITRACINA 250UI/G POMADA BISNAGA 10G / NASACIDERME	789.749	0,4989
53	6505.40.103-80	ACETATO DE DEXAMETASONA 0,1% (1MG/G) CREME BISNAGA 10G / CORTICOP	847.000	0,3397
170	65.05.18.040-47	PERMETRINA 5% LOÇÃO, FRASCO MINIMO 60ML / HELTRINA	330.000	1,5780
185	6505-08-070-18	NORFLOXACINO 400MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / NORFLOXACINO	2.090.000	0,0749
189	6505-17-042-55	OXIDO DE ZINCO 150MG/G + VITAMINA A 5000UI/G + VITAMINA D 8000UI/G POMADA BISNAGA 45G / MULTIDERME	755.040	0,8995

Empresa Vencedora – Itens 09, 10, 12, 15, 16, 19, 22, 25, 34, 37, 61, 71, 86, 87, 90, 92, 97, 98, 99, 101, 103, 107, 108, 117, 123, 135, 139, 147, 165, 166, 168, 188 e 191: PRATI, DONADUZZI & CIA LTDA
 CNPJ: 73.856.593/0001-66
Valor Total Adjudicado: R\$ 8.185.792,1592

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
09	6505.17.008-53	NISTATINA 100.000U/MIL SUSPENSÃO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 50ML + DOSADOR / PRATI	110.000	0,9860
10	6505.17.031-08	METRONIDAZOL 100MG/G (10%) GELEIA VAGINAL BISNAGA MINIMO 50G COM 7 APLICADORES / PRATI	320.892	1,3100
12	6505.17.070-03	MICONAZOL CREME VAGINAL 20MG/G (2%) CREME VAGINAL BISNAGA 80G + APLICADORES / PRATI	198.000	1,3200
15	6505.18.004-83	METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI	1.850.697	0,0269
16	6505.18.006-45	METRONIDAZOL 400MG/MIL SUSPENSÃO ORAL FRASCO 50ML + DOSADOR / PRATI	54.184	1,0100
19	6505.18.029-89	ALBENDAZOL 400MG/MIL SOL. ORAL FR 10 ML / PRATI	300.900	0,4800
22	6505.20.001-46	ALOPURINOL 100MG COMPRIMIDO / PRATI	1.887.800	0,0159
25	6505.21.008-78	ATENOLOL COMPRIMIDO DE 100 MG / PRATI	5.941.811	0,0190
34	6505.29.006-43	PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI	2.084.571	0,0180
37	6505.29.016-15	PREDNISONA 3MG/MIL SOLUCAO ORAL FRASCO 80M + DOSADOR / PRATI	118.800	2,5000
61	6505-08-050-74	ACICLOVIR COMPRIMIDO 200MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI	1.210.000	0,0566
71	6505-17-006-91	NISTATINA 25.000UI/G CREME VAGINAL BISNAGA 80G + APLICADOR / PRATI	660.000	0,9350
86	6505.05.002-05	MALEATO DE DEXLOFENRAMINA SOLUCAO ORAL 0,4MG/MIL (0,04%) FRASCO 100ML / PRATI	463.100	0,6000

87	6505.05.004-76	PROMETAZINA 25MG / PRATI	12.382.656	0,0145
90	6505.06.004-21	SULFATO FERROSO 40MG, COMPRIMIDO (40MG DE FERRO ELEMENTAR) / PRATI	14.805.218	0,0250
92	6505.07.007-28	VERAPAMIL, CLORIDRATO, 80MG COMPRIMIDO REVESTIDO / PRATI	2.586.012	0,0230
97	6505.08.043-45	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI	2.750.000	0,0400
98	6505.08.052-36	AMOXICILINA PO PARA SUSPENSÃO ORAL 50MG/MIL FRASCO 60ML / PRATI	849.420	0,8600
99	6505.08.068-01	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO DE, 500MG COMPRIMIDO / PRATI	1.453.932	0,0730

101	6505.08.110-40	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO / PRATI	1.132.500	0,3190
103	6505.08.118-18	AMOXICILINA 500MG CAPSULA CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI	9.721.140	0,0450
107	6505.08.189-90	SULFAMETOXAZOL 400MG/MIL + TRIMETOPRIMA 80MG/MIL SUSPENSÃO ORAL FRASCO 50 ML / PRATI	220.000	0,6200
108	6505.08.207-07	FLUCONAZOL 150MG CAPSULA / PRATI	774.400	0,1099
117	6505.11.007-40	METFORMINA 850MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI	49.500.000	0,0349
123	6505-04-013-05	OMEPRAZOL CAPSULA GELATINOSA DURA 20MG / PRATI	3.850.000	0,0320
125	6505-08-093-04	ITRACONAZOL 100MG CAPSULA CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI	533.851	0,2599
135	6505-24-003-22	DIGOXINA 0,05MG/MIL ELIXIR PEDIATRICO FRASCO 60ML / PRATI	33.000	3,2500
139	6505-29-015-34	DEXAMETASONA 0,1MG/MIL ELIXIR FRASCO COM 120ML / PRATI	11.440	0,6498
147	6505-40-212-06	SULFIADAZINA DE PRATA CREME 1% (10MG/G) BISNAGA 50G / PRATI	288.713	1,4700
165	65.05.05.013-69	LORATADINA 1MG/MIL SOL ORAL FRASCO MINIMO 60ML / PRATI	330.000	0,9500

166	6505.15.036-08	LOSARTANA POTASSICA 50MG COMP / PRATI	44.900.000	0,0330
168	6505.17.083-23	MICONAZOL, NITRATO 2% LOCAO CREMOSA, FRASCO MINIMO 30GR / PRATI	33.000	0,7100
188	6505-14-007-01	DIMETICONA 75MG/MIL SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 10ML / PRATI	454.300	0,3500
191	6505-23-009-54	BROMIDRATO DE FENOTEROL 5MG/MIL (0,5%) SOLUCAO PARA NEBULIZACAO FRASCO CONTA-GOTAS 20ML / PRATI	301.771	0,8900

Empresa Vencedora – Itens 13 e 130: KADEMED MEDICAMENTOS LTDA
 CNPJ: 04.773.356/0001-19
Valor Total Adjudicado: R\$ 20.623,4840

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
13	6505.18.002-11	MEBENDAZOL 100MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / SOBREAL	684.236	0,0190
130	6505-13-002-43	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 4MG/MIL (0,4%) SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 10ML / TEUTO	36.300	0,2100

Empresa Vencedora – Item 14: NATULAB LABORATORIO S.A
 CNPJ: 02.456.955/0001-83
Valor Total Adjudicado: R\$ 89.849,9000

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
14	6505.18.003-00	MEBENDAZOL 200MG/MIL SUSPENSÃO ORAL FRASCO MINIMO 300ML + DOSADOR / HELMILAB	256.714	0,3500

Empresa Vencedora – Itens 20 e 186: NATIVITA INDÚSTRIA E COMERCIO LTDA-EPP
 CNPJ: 65.271.900/0001-19
Valor Total Adjudicado: R\$ 290.613,5200

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
20	6505.18.039-03	PERMETRINA LOCAO A 1% FRASCO DE 60ML / PERMETRAT	77.392	0,8850
186	6505-13-005-86	BROMOPRIDA 4MG/MIL SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 10ML / DIGEVITA	440.000	0,5400

Empresa Vencedora – Itens 21, 49, 66, 72, 73, 113, 131, 192, 193, 194, 197 e 201: CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA
 CNPJ: 44.734.671/0001-51
Valor Total Adjudicado: R\$ 3.813.254,8200

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
21	6505.19.003-56	BIPERIDENO 2MG / CINETOL	6.600.000	0,0449
49	6505.38.002-00	CLOROPROMAZINA 25MG / LONGACTIL	2.209.000	0,0749
66	6505-10-009-59	CLONAZEPAM 0,5MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / CLOPAM	5.662.800	0,0260
72	6505-38-006-34	HALOPERIDOL COMPRIMIDO 1MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / HALO	1.568.600	0,0374
73	6505-38-007-15	HALOPERIDOL COMPRIMIDO 5MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / HALO	16.800.000	0,0240
113	6505.10.007-97	FENOBARBITAL 40 MG/MIL SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 20 ML / FENOCORIS	66.000	1,2600
131	6505-19-002-75	CARBIDOPA 25MG + LEVODOPA 250MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PARIDOPA	1.870.000	0,1598
182	6505-38-011-00	MALEATO DE LEVOMEPRAMAZINA COMPRIMIDO 25MG CARTELA / LEVOZINE PLASTICO/ALUMINIO / LEVOZINE	3.110.652	0,0900
193	6505-38-012-82	CLORIDRATO DE LEVOMEPRAMAZINA 40MG/MIL (4%) SOLUCAO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS MINIMO 20ML / LEVOZINE	16.500	5,3700
194	6505-38-019-59	MALEATO DE LEVOMEPRAMAZINA COMPRIMIDO 100MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / LEVOZINE	5.474.040	0,3100
197	6505-38-026-34	CLORIDRATO DE FLUFENAZINA COMPRIMIDO REVESTIDO 5MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / FLUFENAN	630.930	0,1600
201	6505-48-004-17	CLORIDRATO DE IMPRAMPINA COMPRIMIDO REVESTIDO 25MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / IMPRA	5.390.000	0,0340

Empresa Vencedora – Itens 26 e 36: CHIESI FARMACÉUTICA LTDA
 CNPJ: 61.363.032/0001-46
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.449.800,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
26	6505.23.002-22	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO COM 50 MCG EM SPRAY NASAL / CLENIL	22.000	17,9000
36	6505.29.010-94	DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA 250MICG/QUILO AEROSOL FRASCO DOSADOR 200 DOSES+ESPACADOR / CLENIL	44.000	24,0000

Empresa Vencedora – Itens 27, 195, 196 e 202: HELP FARMA PRODUTOS FARMACÉUTICOS LTDA
 CNPJ: 02.460.736/0001-78
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.067.992,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário R\$
27	6505.23.004-50	SULFATO DE SALBUTAMOL 2MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / AEROLIN	22.000	0,1380
195	6505.38.034-20	RISPERIDONA 1MG COMPRIMIDO / RIPEVIL	2.200.000	0,0250
196	65.05.38.021-73	RISPERIDONA 3MG COMPRIMIDO / RIPEVIL	2.200.000	0,0500
202	6505-47-028-79	POLIVITAMINAS VIT A, VIT B1, VIT B2, VIT PP, VIT B6, VIT B5, VIT H, VIT C, VIT D, VIT E + SAIS MINERAIS FRASCO CONTA-GOTAS 20ML / PROTOVIT	200.000	4,5000

Empresa Vencedora – Itens 28, 79 e 155: FARMACE - INDÚSTRIA QUÍMICO-FARMACÉUTICA CEARENSE LTDA
 CNPJ: 06.628.333/0001-46
Valor Total Adjudicado: R\$ 550.022,00

DECRETO "P" N.º 896 DE 21 DE NOVEMBRO DE 2012.
Publicado no D.O. Rio de 22/11/2012 página 06
Processo n.º 09/003.235/2011
MÉDICO (ENDOCRINOLOGIA)
Comparecer dia 03/12/2012 às 11:00 h

CLASSIFICAÇÃO	NOME
15	OLGA DE CASTRO SANTOS
16	FLAVIA MONTENEGRO LIBONATI DA SILVA
17	MARIA CAROLINE ALVES COELHO AMARAL
18	MARIANA APARECIDA MACHADO TEIXEIRA
19	VANESSA CAVALCANTE DA CUNHA TEIXEIRA
20	ANDREA RUIZ ALEGRIA
21	DANIELA BRAECHER MEIRELLES
22	LUIANA BARBOSA FIGUEIREDO
23	JULIANA MALHEIROS GIORGETTA
24	ROSANA LEAL SANTOS
25	GEORGIA ALEXANDRA CESCATO NAVARRETE
26	GEMILTON ALVES RANGEL JUNIOR
27	JULIANA DE OLIVEIRA GONCALVES CORTES
28	SOLANGE WARSZAWSKI
29	CAROLINA DE ABREU LISBOA
30	LUCIA FLAVIA RAMALHO CARPILOVSKY
31	ELDA AFFONSO BOTELHO
32	JANINE REZENDE E SILVA CARVALHO
33	CATIA CRISTINA SILVA SOUSA VERGARA PALMA
34	OLAVO DE SOUZA COSTA
35	LETICIA MAURICIO GARCIA JAPIASSU
36	FABIO MAIA VALLIM ARAUJO
37	PRISCILLA VIEIRA DE LIMA
38	MONICA CRISTINA ELIAS SILVA
39	PRISCILA VIEIRA LIMA BARBOSA DOS SANTOS
(*)3	PATRICIA ECHENIQUE MATOS

(*) Final de Fila

DECRETO "P" N.º 897 DE 21 DE NOVEMBRO DE 2012.
Publicado no D.O. Rio de 22/11/2012 página 06
Processo n.º 09/003.235/2011
MÉDICO (GASTROENTEROLOGIA)
Comparecer dia 03/12/2012 às 12:00 h

CLASSIFICAÇÃO	NOME
15	THAIS RIBEIRO DA COSTA LINO
16	VIVIANE LOZANO ESPASANDIN
17	FERNANDA DE AZEVEDO MARQUES
18	CIBELE FRANZ FONSECA
19	PAULA SILVEIRA NUNES PEREIRA
20	RENATA BUSSADA PILLAR
21	LAURA SCOFIELD FONSECA LOZANO
22	DANIELA MARTINS MARIZ
(*)3	ANA CAROLINA GONZALEZ GALVAO FERREIRA

(*) Final de Fila

DECRETO "P" N.º 898 DE 21 DE NOVEMBRO DE 2012.
Publicado no D.O. Rio de 22/11/2012 página 06
Processo n.º 09/003.235/2011
MÉDICO (GERIATRIA E GERONTOLOGIA)
Comparecer dia 03/12/2012 às 12:00 h

CLASSIFICAÇÃO	NOME
11	GE SE SIQUEIRA PRATES
12	ISABEL JUDITH CORREIA JUREMA

DECRETO "P" N.º 899 DE 21 DE NOVEMBRO DE 2012.
Publicado no D.O. Rio de 22/11/2012 página 06
Processo n.º 09/003.235/2011
MÉDICO (NEFROLOGIA)
Comparecer dia 03/12/2012 às 12:00 h

CLASSIFICAÇÃO	NOME
13	CAMILLA CUNHA CORREA
14	JADILSON PAULO OLIVEIRA PEREIRA JUNIOR
15	DANIELLE FIGUEIREDO DA CUNHA
16	SILVIA CURI DE FRANCA
17	ELCO OLIVEIRA NUNES
18	ALVARO LUIS STEINER FERNANDES DE SOUSA
19	SALOMAO MANSUR NETTO
20	MARINA CANUTO DE FIGUEIREDO
21	SOLANGE MARIA SERRA BARUKI
22	RAQUEL SOBREIRA FERNANDES
23	TATIYANNA BASILE DO LAGO
24	RONALDO DE CASTRO BORGES
(*)8	JOAO PAULO ZUMACK

(*) Final de Fila

DECRETO "P" N.º 900 DE 21 DE NOVEMBRO DE 2012.
Publicado no D.O. Rio de 22/11/2012 página 06
Processo n.º 09/003.235/2011
MÉDICO (OPTALMOLOGIA)
Comparecer dia 03/12/2012 às 14:00 h

CLASSIFICAÇÃO	NOME
37	VIVIAN ROCIO REGIO DO NASCIMENTO
38	CAMILA FLAVIA VIEIRA BRENHA
39	ALESSANDRA SANTOS TORRES
40	BIANCA FERREIRA MONTEIRO
41	VALESKA APARECIDA RIGUETTE COSTA
42	ROBERTA DE CARVALHO E CARVALHO
43	EUGENIO FRANCISCO DIAS DE ALMEIDA
44	DANIELLE G. G. GRIZOTTI HAI FELD
45	CLARISSA CAMPOLINA DE SA MATTOSINHO
46	BRUNO LEONARDO BARRANCO ESPORCATE
47	PRISCILA RYMER
48	ERIKA MARQUES DEMORI
49	CLAUDIA MARIA DE CARVALHO FURTADO
50	LUIZ AUGUSTO SUZUKI SELL
51	GISELE BRANDAO SOUZA CUNHA
52	ISABELA VIEIRA DE SOUSA
53	ALESSANDRA ALMEIDA ROCHA
54	JOEL CARLOS BARRIOS SILVEIRA FILHO
(*)31	CLAUDIA DE OLIVEIRA MOREIRA GRIZOTTI

(*) Final de Fila

DECRETO "P" N.º 901 DE 21 DE NOVEMBRO DE 2012.
Publicado no D.O. Rio de 22/11/2012 página 06
Processo n.º 09/003.235/2011
MÉDICO (OTORRINOLARINGOLOGIA)
Comparecer dia 03/12/2012 às 15:00 h

CLASSIFICAÇÃO	NOME
8	ARMANDA DE OLIVEIRA FACHE DE FARIA
9	ELAYNE TEIXEIRA COTTS PAULA
10	PAULA MAGALHAES LEITE JESUS
11	LARA SILVA DE CARVALHO

DECRETO "P" N.º 902 DE 21 DE NOVEMBRO DE 2012.
Publicado no D.O. Rio de 22/11/2012 página 07
Processo n.º 09/003.235/2011
MÉDICO (PROCTOLOGIA)
Comparecer dia 03/12/2012 às 15:00 h

CLASSIFICAÇÃO	NOME
8	LEONARDO FERNANDES VALENTIM
9	VIVIANE CASTRO SOUZA PASSOS
10	FERNANDA SOUTO PADRON F. V. DA CUNHA
11	LUCIANA DE OLIVEIRA FILHO
12	ANA CLAUDIA LEITE DA SILVA
13	RODRIGO REGO LINS
14	PAULA ALVES DA CONCEICAO
15	PAULA DE LIMA E SILVA GARCIA
16	SABRINA GOECKS RIBEIRO MARINS
17	LUCIANA DA COSTA FLACH
18	MARIA ROBERTA MENEGUETTI SERAVALI
19	FERNANDO ANTONIO P. DE ANDRADE

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

1 (uma) Foto tamanho 3", colorida e recente.
Original e Cópia da Carteira de Identidade.
Original e Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social.
Original e Cópia do CPF.
Original e Cópia de comprovante de qualificação exigida para exercer o cargo (Diploma, Certificado ou Histórico Escolar que informe a conclusão do curso).
Obs: Sendo Instituição de Ensino privada, o Diploma, Certificado ou Histórico Escolar, informando a conclusão do curso com aproveitamento, também deve ter Firma Reconhecida da autoridade que assina o documento.
Certificado de reservista, se do sexo masculino.
Original e Cópia do Título de Eleitor (comprovações de votação da última eleição).
Original e Cópia do Certificado de Reservista (Dispensa de Incorporação, Carta Patente ou Incorporação de Reservista), se do sexo masculino.
Original e Cópia da Certidão de Casamento (se casado) ou da Certidão de Nascimento (se solteiro).
Original e Cópia da Cédula de PIS/PASEP (caso não tenha, trazer declaração de nada consta do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal).
Original e Cópia da Certidão de Nascimento dos filhos menores de 21 (vinte e um) ou 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se cursando Graduação de Nível Superior.

Caso exista dependente por força de decisão judicial, original e Cópia do Termo da Curatela e Termo de Guarda e Posse, na hipótese de adoção.

Original e Cópia do comprovante de residência (fonte de luz, gás, água ou telefone convencional), emitido há no máximo 60 dias, onde conste seu endereço completo, inclusive CEP.

Original e Cópia da Carteira de Naturalização (se for estrangeiro naturalizado).

OBS: Se o candidato já for ocupante de outro cargo ou emprego público, na esfera Municipal, Estadual ou Federal, na ocasião da posse, após a devida aprovação na perícia médica, deverá comparecer no Setor de Acumulação de Cargos da SMA, munido do seu contracheque para regularizar esta situação funcional. Caso o cargo seja inacumulável, apresentar o protocolo de exoneração ou rescisão do Contrato de Trabalho.

EXAMES EXIGIDOS PELA GERÊNCIA DE PERÍCIAS MÉDICAS (VALIDADE DE 30 DIAS)

Hemograma completo com contagem de plaquetas, Glicemia, Laudo Oftalmológico completo descritivo de acuidade visual com e sem correção, tonometria, fundoscopia e biomicroscopia, Eletrocardiograma para os candidatos com 35 anos ou mais, com laudo.

COORDENADORIA LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES

GERÊNCIA DE LICITAÇÕES

EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 030/2012

Órgão Gestor: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.
Objeto: Aquisição de medicamentos objetivando suprir as necessidades das diversas Unidades Hospitalares ou de Atenção Básica da rede da Secretária Municipal de Saúde Defesa Civil (SMSDC).
Processo: 09-002315/2012.
Modalidade: Pregão Eletrônico - SMSDC/SRP nº 361/2012.
Validade da Ata: 12 (doze) meses a partir da publicação no Diário Oficial do Município.

Órgão Gerenciador da Ata de Registro: Coordenadoria de Licitações e Aquisições.
Órgão Participante: Unidades Municipais de Saúde.

Empresa Vencedora - Itens 01, 09, 17, 19, 22, 25, 31, 33, 36, 40, 43, 46, 53, 54, 56, 70, 75, 88, 94, 95, 96, 100, 101, 106, 109, 119, 121, 122, 125, 136, 142, 143, 146, 147, 176, 183, 185, 193 e 209: PRATI DONADUZZI & CIA LTDA

CNPJ: 73.856.593/0001-88

Valor Total Adjudicado: R\$ 18.290.623,50

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário
01	85060400372	DIPIRONA (METAMIZOL) COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLASTICOALUMINIO / Prati	14.000.000	R\$ 0,0430
09	85060401360	OMEPRAZOL CAPSULA GELATINOSA DURA 20MG / Prati	12.000.000	R\$ 0,0345
17	85060600982	CETIRIZINA SOLUCAO ORAL 1MG ML FRASCO 75 ML / Prati	100.000	R\$ 3,7900
19	85060601792	LORATADINA 10MG/ML SOL ORAL FRASCO MINIMO 60ML / Prati	350.000	R\$ 1,2700
22	85060604221	SULFATO FERROSO 400MG COMPRIMIDO (40MG DE FERRO ELEMENTAR) / Prati	20.200.000	R\$ 0,0251
25	85060700728	VERAPAMIL CLORIDRATO 80MG COMPRIMIDO REVESTIDO / Prati	2.500.000	R\$ 0,0475
31	85060604348	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICOALUMINIO / Prati	5.200.000	R\$ 0,0480
33	85060605230	ANXILINA PO PARA SUSPENSÃO ORAL 60MG/ML FRASCO 80ML / Prati	1.200.000	R\$ 0,5950
36	85060800801	CIPROFLOXACINA, CLORIDRATO DE 500MG COMPRIMIDO / Prati	2.500.000	R\$ 0,0995
40	85060905304	TRACONAZOL 100MG CAPSULA CARTELA PLASTICOALUMINIO / Prati	640.000	R\$ 0,1420
43	85060611040	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO / Prati	1.200.000	R\$ 0,2270
46	85060811818	AMOXICILINA 600MG, EMBALAGEM FRACIONADA, FRACAO UNITARIA COM LOTE E VALIDADE PRODUTO / Prati	10.000.000	R\$ 0,1530
53	85060819990	SULFAMETOXAZOL 400MG ML + TRIMETOPRIMA 80 ML/MG SUSPENSÃO ORAL FRASCO 90 ML / Prati	220.000	R\$ 0,5850
54	85060820707	FLUCONAZOL 150MG CAPSULA / Prati	770.000	R\$ 0,1445
56	85060820408	AZITROMICINA 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO MINIMO DE 15ML / Prati	60.000	R\$ 1,6300

Empresa Vencedora – Itens 01, 02, 09, 12, 15, 17, 20, 29, 30, 31, 34, 37, 40, 43, 48, 49, 51, 55, 69, 82, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 98, 99, 102, 111, 113, 114, 119, 120, 128, 134, 135, 138, 139, 167, 182: PRATI. DONADUZZI & CIA LTDA
 CNPJ: 73.856.593/0001-66

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
01	65050100372	CIPROXA (METAMIZOL) COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI. DONADUZZI	14.280.000	0,0510
02	65050101344	PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/PRATI. DONADUZZI	7.486.520	0,3370
09	65050401305	OMEPRAZOL CAPSULA GELATINOSA DURA 20MG/PRATI. DONADUZZI	13.625.119	0,3349
12	65050500205	DEYCLORFENIRAMINA, MALEATO SOLUÇÃO ORAL 6 4MG/ML (0,04%) FRASCO 160ML/PRATI. DONADUZZI	504.000	0,6790
15	65050503992	CETIRIZINA SOLUÇÃO ORAL 1MG/ML FRASCO 75 ML/PRATI. DONADUZZI	50.720	4,8400
17	65050501792	LORATADINA 1MG/ML SOL. ORAL FRASCO MÍNIMO 60ML/PRATI. DONADUZZI	112.560	1,4600
20	65050602421	SULFATO FERROSO 40MG, COMPRIMIDO 40MG DE FERRO ELEMENTAR/ PRATI. DONADUZZI	23.520.000	0,3260
29	65050403455	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/PRATI. DONADUZZI	2.688.000	0,8440
30	65050405074	ACICLOVIR COMPRIMIDO 200MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/PRATI. DONADUZZI	1.208.600	0,8853
31	65050505226	ALOXILINA PO PARA SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML FRASCO 60ML/PRATI. DONADUZZI	586.800	0,5400
34	65050806801	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO DE, 500MG COMPRIMIDO/PRATI. DONADUZZI	3.354.960	0,1237
37	65050609304	ITRACONAZOL 100MG CAPSULA CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/PRATI. DONADUZZI	357.200	0,3941
40	65050811040	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO/PRATI. DONADUZZI	1.092.000	0,2985
43	65050811818	AMOXICILINA 500MG, EMBALAGEM FRAÇONAVEL FRASCO UNITARIA COM LOTE E VALIDADE PRODUTO / PRATI. DONADUZZI	10.416.000	0,1400
48	65050818980	SULFAMETOXAZOL 400MG/ML + TRIMETOPRIMA 80MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 50 ML / PRATI. DONADUZZI	102.744	0,8100
49	65050820707	FLUCONAZOL 150MG CAPSULA/PRATI. DONADUZZI	604.800	0,1199
51	65050822208	AZITROMICINA 400MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO MÍNIMO DE 150ML/PRATI. DONADUZZI	87.360	1,0500
55	65051102740	METFORMINA 850MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/PRATI. DONADUZZI	75.500.000	0,3476
69	65051101309	METFORMINA 500MG COMPRIMIDO/PRATI. DONADUZZI	9.576.000	0,3447
82	65051503008	LOSARTANA POTÁSSICA 50MG COMP/PRATI. DONADUZZI	58.800.000	0,0500
86	65051703681	NISTATINA 25.000UO CREME VAGINAL BISNAGA 50G + MÍNIMO 10 APLICADORES / PRATI. DONADUZZI	445.200	2,7285
87	65051703853	NISTATINA 100.000UO/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO CONTÁ-GOTAS 50ML + DOSADOR/PRATI. DONADUZZI	78.120	1,2000
88	65051703106	METRONIDAZOL 100MG/5 (10%) GELÉIA VAGINAL BISNAGA MÍNIMO 50G COM 7 APLICADORES/PRATI. DONADUZZI	235.200	3,0199
89	65051704093	NEOMICINA, SULFATO 5MG/G + BACITRACINA 200UO/G POMADA BISNAGA 10G/PRATI. DONADUZZI	655.200	0,6800

92	65051707009	MICONAZOL, CREME VAGINAL 200MG/5 (2%) CREME VAGINAL BISNAGA 50G + ACOMPANHADO DE 7 APLICADORES, NO MÍNIMO/PRATI. DONADUZZI	132.720	3,2600
93	65051708242	MICONAZOL, NITRATO DE 2% CREME, MÍNIMO 20G/PRATI. DONADUZZI	136.400	1,2997
98	65051800483	METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/PRATI. DONADUZZI	3.378.000	0,6571
99	65051800645	METRONIDAZOL 400MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 60ML + DOSADOR/PRATI. DONADUZZI	56.800	1,3600
102	65051802989	ALBENDAZOL 400MG/ML SOL. ORAL FR 10 ML/PRATI. DONADUZZI	453.600	0,8568
111	65052000145	ALOPURINOL 100MG COMPRIMIDO/PRATI. DONADUZZI	5.376.000	0,3380
113	65052107785	ATEMOLOL 50MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/PRATI. DONADUZZI	84.168.000	0,3263
114	65052105876	ATEMOLOL COMPRIMIDO DE 100 MG/PRATI. DONADUZZI	0,552.000	0,0348
119	66052300984	FENOTEROL, BROMIDRATO DE 5MG/ML (0,5%) SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO FRASCO CONTRA-GOTAS 20ML / PRATI. DONADUZZI	137.760	1,3985
120	65052301693	IPRATROPIO, BROMATO DE 0,25MG/ML (0,25%) SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO FRASCO CONTRA-GOTAS 20ML / PRATI. DONADUZZI	136.080	0,5099
128	65052400322	DIGOXINA 0,25MG/ML ELIXIR PEDIÁTRICO FRASCO 60ML/PRATI. DONADUZZI	7.560	5,0700
134	65052600643	PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/PRATI. DONADUZZI	2.830.800	0,0497
135	65052600724	PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/PRATI. DONADUZZI	4.200.000	0,0853
138	65052601534	DEXAMETASONA 0,5MG/ML ELIXIR FRASCO COM 120ML/PRATI. DONADUZZI	16.800	1,0200
139	65052601615	PREDNISOLONA 5MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO 60ML + DOSADOR/PRATI. DONADUZZI	151.200	2,1750
167	65053802335	HALOPERIDOL 5MG/ML (0,2%) SOLUÇÃO ORAL FRASCO 20 ML/PRATI. DONADUZZI	31.584	1,6900
182	65054701273	VITAMINA B1 (TIAMINA) 300MG COMPRIMIDO / PRATI. DONADUZZI	2.654.400	0,0610

Empresa Vencedora – Itens 03 e 04: FARMACE - INDÚSTRIA QUÍMICO-FARMACÉUTICA CEARENSE LTDA
 CNPJ: 06.628.333/0001-48

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
03	65056110416	DIPIRONA (METAMIZOL) 500MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTRA-GOTAS MÍNIMO 100ML FARMACE	1.143.600	0,3950
04	65050121612	SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTRA-GOTAS MÍNIMO 120ML / FARMACE	467,040	0,3960

Empresa Vencedora – Itens 06, 14, 33, 73, 90 e 144: S3 MED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
 CNPJ: 08.660.958/0001-83

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
06	6505121884	ACIDO ACETILSALICÍLICO COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/ACETILCOR	134.400	0,0300
14	65050500900	CETIRIZINA DI-CLODRIDRATO DE COMPRIMIDO REVESTIDO 10MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/ CETIHEXAL	540.960	0,2930
33	65050808470	SULFADIAZINA COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/SULFADINA	285.600	0,1200
73	65051300324	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/ PLABEL	1.512.000	0,0400

90	65051704265	OXIDO DE ZINCO 100MG/G + VITAMINA A 5000UO/G + VITAMINA D 5000UO/G POMADA BISNAGA 40G THEODER! BABY	593.378	1,0000
144	65052001758	ESPIRANOGLACTONA 100MG, COMPRIMIDO. ALCOSTERIN	1.052.000	0,0080

Empresa Vencedora – Itens 07, 08, 13, 55, 58, 59, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 186 e 188: CRISTALIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA
 CNPJ: 44.734.671/0001-31

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
07	65050300207	DIÁZEPAM 5MG/COMP/CRISTALIA	8.384.000	0,1280
08	65050300160	DIÁZEPAM COMPRIMIDO 10MG CARTELA PLASTICO ALUMINIO/COMP/CRISTALIA	8.736.000	0,1270
13	65050500478	PROMETAZINA 25MG/PAKERGAN/CRISTALIA	5.403.360	0,0640
55	65051000525	FENCARBITAL 100MG, COMPRIMIDO, FENCORIS/CRISTALIA	7.560.000	0,0446
58	65051000989	CLONAZEPAM 0,35G, COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/CLOPAM/CRISTALIA	8.728.000	0,0856
59	65051001082	CLONAZEPAM 2MG, COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/CLOPAM/CRISTALIA	15.960.000	0,0510
157	65050600200	CLOPRORAZINA 20MG/LONGACIL/CRISTALIA	2.604.000	0,1516
158	65050600391	CLOPRORAZINA 100MG/LONGACIL/CRISTALIA	4.872.000	0,1320
159	65052600472	CLOPRORAZINA 400MG/ML LONGACIL/CRISTALIA	4.301	4,8800
160	65053600634	HALOPERIDOL COMPRIMIDO 1MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/ HALOCRISTALIA	899.600	0,0583
161	65050600715	HALOPERIDOL COMPRIMIDO 5MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/ HALOCRISTALIA	11.056.400	0,0379
162	65053900687	HALOPERIDOL DECANATO SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML AMPOLA 1ML / HALOCRISTALIA	81.480	3,0000
163	65053801100	LEVOMEPRONAZINA, MALEATO COMPRIMIDO 5MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/ LEVOZINE/CRISTALIA	1.512.000	0,2100
164	65050601282	LEVOMEPRONAZINA, CLORIDRATO 40MG/ML (4%) SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTRA-GOTAS MÍNIMO 20ML / LEVOZINE/CRISTALIA	6.400	5,6000
165	65053801530	LEVOMEPRONAZINA, MALEATO COMPRIMIDO 100MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/ LEVOZINE/CRISTALIA	2.352.000	0,0520
168	65053802173	LEVOMEPRONAZINA, MALEATO COMPRIMIDO 30MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/ RISPERIDONA 3MG/CRISTALIA	2.688.000	0,0599
169	65053802634	FLUFENACINA, CLORIDRATO COMPRIMIDO REVESTIDO 3MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/ FLUFENANICRISTALIA	319.200	0,1190
189	65053803420	COMPRIMIDO/ RISPERIDONA/ CRISTALIA	6.384.000	0,0695
186	65054800141	AMITRIPTILINA 25MG/AMITRI/CRISTALIA	15.120.000	0,0445
188	85054800417	IMPIRAMINA, CLORIDRATO COMPRIMIDO REVESTIDO 25MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO/ IMPRA/CRISTALIA	4.200.600	0,1490

Empresa Vencedora – Itens 11, 79 e 185: GEOLAB INDÚSTRIA FARMACÉUTICA S/A
 CNPJ: 03.485.572/0001-04

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
11	65050500125	DEYCLORFENIRAMINA, MALEATO 1MG, COMPRIMIDO/ HYSTIN	5.040.000	0,0470

02	65050101344	PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	7.499.520	0,0336
09	65050401306	OMEPRAZOL CAPSULA GELATINOSA DURA 20MG / PRATI, DONADUZZI	60.000.000	0,0452
15	65050500962	CETIRIZINA SOLUCAO ORAL 1MG/ML FRASCO 75 ML / PRATI, DONADUZZI	90.720	3,2100
17	65050501792	LORATADINA 1MG/ML SOL. ORAL FRASCO MINIMO 60ML / PRATI, DONADUZZI	112.560	1,4399
29	65050804345	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	2.689.000	0,0571
30	65050805074	ACICLOVIR COMPRIMIDO 200MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	1.209.600	0,0666
31	65050805236	AMOXILINA PO PARA SUSPENSAO ORAL 50MG/ML FRASCO 60ML / PRATI, DONADUZZI	586.000	1,5100
34	65050806601	SULFADIAZINA COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	3.354.960	0,1285
36	65050809061	ERITROMICINA ESTEARATO OU ETILSUCCINATO SUSPENSAO ORAL 50MG/ML FRASCO 50ML / PRATI, DONADUZZI	30.912	3,0740
37	65050809304	ITRACONAZOL 100MG CAPSULA CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	587.200	0,4099
40	65050811040	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO / PRATI, DONADUZZI	1.092.000	0,2669
47	65050818990	SULFAMETOXAZOL 400MG/ML + TRIMETOPRIMA 80MG SUSPENSAO ORAL FRASCO 50 ML / PRATI, DONADUZZI	102.144	0,2500
48	65050820707	FLUCONAZOL 150MG CAPSULA / PRATI, DONADUZZI	600.000	0,1300
63	65051100740	METFORMINA 850MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	75.600.000	0,0590
67	65051101399	METFORMINA 500MG COMPRIMIDO / PRATI, DONADUZZI	14.000.000	0,0539
72	65051300596	BROMOPRIDA 4MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTRA-GOTAS 10ML / PRATI, DONADUZZI	252.000	0,8499
74	65051400701	DIMETICONA 75MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTRA-GOTAS 10ML / PRATI, DONADUZZI	302.400	0,5900
78	65051502032	CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	109.200.000	0,0179
80	65051503608	LOSARTANA POTASSICA 50MG COMP / PRATI, DONADUZZI	100.000.000	0,0407
84	65051700691	NISTATINA 25.000UIG CREME VAGINAL BISNAGA 80G + MINIMO 10 APLICADORES / PRATI, DONADUZZI	445.200	2,7900
85	65051700853	NISTATINA 100.000UIG SUSPENSAO ORAL FRASCO CONTRA-GOTAS 30ML + DOSADOR / PRATI, DONADUZZI	78.120	1,2800
86	65051703100	METRONIDAZOL 100MG/G (10%) GELIEIA VAGINAL BISNAGA MINIMO 50G COM 7 APLICADORES / PRATI, DONADUZZI	235.200	3,0600
87	65051704093	NEOMICINA, SULFATO 5MG/G + BACITRACINA 250UIG POMADA BISNAGA 10G / PRATI, DONADUZZI	655.200	0,7799
91	65051708242	MICONAZOL, NITRATO DE 2% CREME, MINIMO 20G / PRATI, DONADUZZI	134.400	1,2900
96	65051800483	METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	3.376.800	0,3584
97	65051800645	METRONIDAZOL 40MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 60ML + DOSADOR / PRATI, DONADUZZI	59.800	1,3900
98	65051802989	ALBENDAZOL 400MG/ML SOL. ORAL FR 10 ML / PRATI, DONADUZZI	453.600	0,7800
107	65052000146	ALOPURINOL 100MG COMPRIMIDO / PRATI, DONADUZZI	10.000.000	0,0350
109	65052100795	ATENOLOL 50MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	84.166.000	0,0259
122	65052400322	DIGOXINA 0,05MG/ML ELIXIR PEDIATRICO FRASCO 60ML / PRATI, DONADUZZI	7.560	4,7600
128	65052900643	PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	2.830.800	0,0476
129	65052900724	PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI, DONADUZZI	4.200.000	0,0958
132	65052901534	DEXAMETASONA 0,1MG/ML ELIXIR FRASCO COM 120ML / PRATI, DONADUZZI	16.800	0,8584
133	65052901615	PREDNISOLONA 3MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 60M + DOSADOR / PRATI, DONADUZZI	200.000	1,9499

161	65053802335	HALOPERIDOL 2MG/ML (0,2%) SOLUCAO ORAL FRASCO 20 ML / PRATI, DONADUZZI	31.584	1,4280
166	65054010360	DEXAMETASONA, ACETATO 0,1% (1MG/G) CREME BISNAGA 10G / PRATI, DONADUZZI	873.600	0,6090
190	65050802130	ERITROMICINA, ESTOLATO 500MG, COMPRIMIDO / PRATI, DONADUZZI	94.116	0,3999

Empresa Vencedora - Itens 03, 95, 140 e 168: NATULAB LABORATÓRIO S.A
CNPJ: 02.456.955/0001-83
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.340.477.5020

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
03	65050110416	DIPIRONA (METAMIZOL) 500MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTRA-GOTAS MINIMO 10ML / MAXALGINA 10ML	1.143.600	0,4057
95	65051900300	MEBENDAZOL 20MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO MINIMO 30ML + DOSADOR / HELMILAB 30ML	206.640	0,6350
140	65053100578	OLEO MINERAL PURO FRASCO 100ML / LAXENOL 100 ML	206.840	1,4350
168	65054100199	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL (FORMULA OMS) ENVELOPE 27,9G / HIDRAPLEX PÓ 27,9G	1.431.864	0,3150

Empresa Vencedora - Itens 04, 19, 23, 25, 33, 49, 51, 52, 70, 76, 88, 90, 92, 99, 110, 115, 116, 123, 135, 138, 170, 171, 174, 175, 176, 182 e 184: SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAUDE LTDA
CNPJ: 11.896.538/0001-42
Valor Total Adjudicado: R\$ 12.240.981,24

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
04	65050121612	PARACETAMOL 200MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO CONTRA-GOTAS MINIMO 15ML / PARACETAMOL GENÉRICO	467.040	0,4000
19	65050600260	SULFATO FERROSO SOLUCAO ORAL, 25MG DE FERRO ELEMENTAR/ML FRASCO CONTRA-GOTAS 30ML / FERSIL	272.160	0,5170
23	65050700728	VERAPAMIL, CLORIDRATO, 80MG COMPRIMIDO REVESTIDO / VERAPAMIL GENÉRICO	2.352.000	0,0370
25	65050801087	CEFALEXINA COMPRIMIDO REVESTIDO 500MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / CELLEXINA	6.668.000	0,1660
33	65050806470	SULFADIAZINA COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / SULFAZINA	285.600	0,1410
49	65050822408	AZITROMICINA 40 MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO MINIMO DE 15ML / AZITROPHAR	87.360	1,9200
51	65051000100	CARBAMAZEPINA 200MG / CARBAMAZEPINA GENÉRICO	39.450.000	0,0780
52	65051000282	FENITOINA 100 MG COMPRIMIDO / FENITOINA GENÉRICO	4.200.000	0,0714
70	65051300243	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 4MG/ML (0,4%) SOLUCAO ORAL FRASCO CONTRA-GOTAS 10ML / METOCLOPRAMIDA GENÉRICO	92.400	3,3600
76	65051500984	METILDOPA 250MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / TENSIOVAL	9.408.000	0,1090
88	65051704255	OXIDO DE ZINCO 150MG/G + VITAMINA A 5000UIG + VITAMINA D 800UIG POMADA BISNAGA 45G / VITAGLOS	800.000	1,8300
90	65051707009	MICONAZOL CREME VAGINAL 20MG/G (2%) CREME VAGINAL BISNAGA 80G + ACOMPANHADO DE 7 APLICADORES, NO MINIMO / MICOZEN	150.000	3,1900
92	65051708323	MICONAZOL, NITRATO 2% LOCAO CREMOSA, FRASCO MINIMO 30GR / MICONAZOL GENÉRICO	45.360	1,7400
99	65051803407	IVERMECTINA 6MG COMP / IVERMECTINA GENÉRICO	262.080	0,3190
110	65052100876	ATENOLOL COMPRIMIDO DE 100 MG / ATENOLOL GENÉRICO	6.552.000	0,0260
115	65052300964	FENOTEROL, BROMIDRATO DE 5MG/ML (0,5%) SOLUCAO PARA NEBULIZACAO FRASCO CONTRA-GOTAS 20ML / BROM.D.FENOTEROL	137.760	1,3500
116	65052301693	IPRATROPIO BROMINATO DE 0,25MG/ML (0,25%) SOLUCAO PARA NEBULIZACAO FRASCO CONTRA-GOTAS 20ML / IPRATROPIO GENÉRICO	136.080	0,5100
123	65052400403	DIGOXINA COMPRIMIDO 0,25MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / DIGOXINA GENÉRICO	3.000.000	0,0360
135	65053000271	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / ALDOSTERIN	6.720.000	0,0780

COORDENADORIA LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES
EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 073/2015
Órgão Gestor: Secretaria Municipal de Saúde.
Objeto: REGISTRO DE PREÇOS PARA PREVISÃO ESTIMADA DE COMPRA DE MEDICAMENTOS.
Processo: 09/001266/2015
Modalidade: Preço Eletrônico - SMS/SRP nº 579/2015.
Validade da Ata: 12 (doze) meses a partir da publicação no Diário Oficial do Município.
Órgão Gerenciador da Ata de Registro: Coordenadoria de Licitações e Aquisições.
Empresa Vencedora – Itens 01 e 38: **SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE LTDA**
CNPJ: 11.896.538/0001-42
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.258.953,28

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
61	65050121701	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO COMPRIMIDO 100MG CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / DORMEC	49.954.616	0,62
38	65050507016	NORFLOXACINO 400MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / FLOXIMED	1.951.864	0,14

Empresa Vencedora – Itens 06, 17, 25 e 26: **TC ATUAL COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA - ME**
CNPJ: 10.493.969/0001-03
Valor Total Adjudicado: R\$ 3.094.182,74

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
06	65050803903	BENZILPENICILINA PROCAINA 300.060UI + BENZILPENICILINA G POTASSICA 100.090UI INJETAVEL PO LIOFILO FRASCO-AMPOLA + DILUENTE MINIMO 4ML / WONLIN	89.580	3,85
17	65050802130	ERITROMICINA ESTOLATO 500MG COMPRIMIDO / GENERICO	415.454	0,40
25	65050402620	HI-DROXIDO DE MAGNESIO + HI-DROXIDO DE ALUMÍNIO 200MG + 200MG COMPRIMIDO MASTIGAVEL / GASTROGEL	696.192	0,38
26	65051400469	HIOSCIAMINA (N-BUTIL-ESCOPIOLARINA) 10MG COMPRIMIDO / BLS/SCOPAN	6.864.977	0,34

Empresa Vencedora – Item 07: **CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA**
CNPJ: 44.734.671/0001-51
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.080.752,1552

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
07	650519002056	BIPERIDENO 2MG / CINETOL / CRISTÁLIA	7.128.972	0,1516

Empresa Vencedora – Itens 09, 13 e 50: **FUTURA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS DE SAÚDE LTDA**
CNPJ: 17.700.763/0001-48
Valor Total Adjudicado: R\$ 686.182,4015

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
09	65051900276	CANBIDOPA 25MG + LEVODOPA 250MG COMP / TEUTO	1.275.557	0,1555
13	65050512112	CLINDAMICINA CLORIDRATO DE 300MG CAPSULA CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / TEUTO	347.777	0,85
50	650508026492	VARFARINA SÓDICA 5MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / TEUTO	2.055.564	0,0870

Empresa Vencedora – Item 10: **M4X COMÉRCIO E SERVIÇOS EIRELI – ME**
CNPJ: 09.087.070/0001-01
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.704.980,74

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
10	650505060600	CETIRIZINA, DICLORIDRATO DE, COMPRIMIDO REVESTIDO 10MG CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / MEDLEY	985.538	1,73

Empresa Vencedora – Itens 11, 16, 35 e 46: **PROMEFARMA REPRESENTAÇÕES COMERCIAIS LTDA**
CNPJ: 81.706.251/0001-88
Valor Total Adjudicado: R\$ 510.698,5308

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
11	65054420988	CINARIZINA 75MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / GENERICO	1.650.652	0,1999
16	65050818648	DOXICICLINA, CLORIDRATO DE, 100MG COMPRIMIDO / DOXICLIN	500.000	0,1264
35	65051500211	MEBENDAZOL 100MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / MENTELMIN	672.000	0,0559
46	65050806470	SULFADIAZINA COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / SULFAZINA	559.776	0,1410

Empresa Vencedora – Itens 12, 15, 27, 33, 39 e 40: **PRATI DONADUZZI & CIA LTDA**
CNPJ: 73.856.593/0001-86
Valor Total Adjudicado: R\$ 8.466.746,1320

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
12	65050906801	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO DE, 500MG COMPRIMIDO / PRATI DONADUZZI	4.893.655	0,15
15	65050100372	DIPIRICINA (METAMIZOL) COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / PRATI DONADUZZI	23.732.892	0,0560
27	65050803304	ITRACONAZOL 100MG CAPSULA CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / PRATI DONADUZZI	930.000	0,41
33	65051503608	LOSARTANA POTÁSSICA 30MG COMP / PRATI DONADUZZI	110.000.000	0,0289
39	65050401306	OMEPRAZOL CAPSULA GELATINOSA DURA 20MG / PRATI DONADUZZI	70.000.000	0,0330
40	65050101344	PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / PRATI DONADUZZI	12.802.146	0,0361

Empresa Vencedora – Item 14: **NATULAB LABORATORIO S.A**
CNPJ: 02.456.955/0001-83
Valor Total Adjudicado: R\$ 347.429,85

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
14	65050303085	CYNARA SCOLYMUS (ALCACHOFRAL) 300MG COMPRIMIDO / ALCACHOFRAL NATULAB	2.318.199	0,15

Empresa Vencedora – Itens 20 e 45: **COSTA CAMARGO COM. DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA**
CNPJ: 35.325.157/0002-15
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.664.144,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
20	65052304013	FUMARATO DE FORMOTEROL + BUDESONIDA 120MG MCG COM INALADOR MONODOSE OU FRASCO MULTIDOSE MINIMO 60 DOSES / SYMBICORT TURBUHALER	109.400	15,20
45	65051900607	SELEGILINA CLORIDRATO 5MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / INIAR	184.830	0,78

Empresa Vencedora – Item 21: **EXFARMA LTDA**
CNPJ: 05.618.222/0001-66
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.200.000,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
21	650508030101	FUMARATO DE FORMOTEROL 6MG + BUDESONIDA 200MICRODOSE CAPSULA PO INALATORIO COM INALADOR MONODOSE OU FRASCO MULTIDOSE MINIMO 60DOSES / ALENA	120.100	10,00

Empresa Vencedora – Item 23: **BH FARMA COMÉRCIO LTDA - ME**
CNPJ: 42.799.163/0001-26
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.284.235,29

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
23	65051101950	GILICLAZIDA 30MG LIBERAÇÃO CONTROLADA / AZUKON MR	6.585.832	0,1950

Empresa Vencedora – Item 24: **ESTRELA PRODUTOS PARA SAÚDE - EIRELI - ME**
CNPJ: 21.458.610/0001-03
Valor Total Adjudicado: R\$ 475.350,2040

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
24	65050803308	GLYCINE MAX (ISOFLAVONAS-DE-SOJA) 75MG COMPRIMIDO / ISOVIT	1.548.372	0,3070

Empresa Vencedora – Itens 31 e 32: **ONCOVIT DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA**
CNPJ: 10.586.940/0001-68
Valor Total Adjudicado: R\$ 607.500,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
31	65053802802	LEVOTIROXINA SÓDICA 100MG COMPRIMIDO / LEVOTID	3.000.000	0,0510
32	65053802751	LEVOTIROXINA SÓDICA 25MCG COMPRIMIDO / LEVOTID	4.500.000	0,0810

Empresa Vencedora – Item 37: **MARCOFARMA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACÉUTICOS LTDA**
CNPJ: 06.935.554/0001-67
Valor Total Adjudicado: R\$ 112.451,0980

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
37	65050317242	NITROFURANTOINA 100MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO ALUMÍNIO / GENERICO	770.213	0,1460

Empresa Vencedora – Item 41: **UNIÃO QUÍMICA FARMACÉUTICA NACIONAL S.A**
CNPJ: 60.665.981/0009-75
Valor Total Adjudicado: R\$ 745.108,50

43	6515.44.023-91	Pulseira identificação modelo infantil, na cor azul, confeccionada em poliéster resistente, antialérgico, com doze pontos para regulagem de tamanho, que permita inscrição na própria superfície com o uso da caneta esferográfica, com laço envolvel em plástico rígido que não impeça a sua utilização durante a realização de exames radiológicos e bordas laterais que não agredam a pele. / PROTECTOR	19,026	0,31
44	6515.44.022-00	Pulseira identificação modelo infantil, na cor rosa, confeccionada em poliéster resistente, antialérgico, com doze pontos para regulagem de tamanho, que permita inscrição na própria superfície com o uso da caneta esferográfica, com laço envolvel em plástico rígido que não impeça a sua utilização durante a realização de exames radiológicos e bordas laterais que não agredam a pele. / PROTECTOR	12,775	0,51
45	6515.44.024-72	Pulseira identificação modelo adulto, na cor rosa, confeccionada em poliéster resistente, antialérgico, com doze pontos para regulagem de tamanho, que permita inscrição na própria superfície com o uso da caneta esferográfica, com laço envolvel em plástico rígido que não impeça a sua utilização durante a realização de exames radiológicos e bordas laterais que não agredam a pele. / PROTECTOR	45,400	0,79
46	6515.44.021-20	Pulseira identificação adulta amarela confeccionada em poliéster resistente, antialérgico, com doze pontos para regulagem de tamanho, que permita inscrição na própria superfície com o uso da caneta esferográfica, com laço envolvel em plástico rígido que não impeça a sua utilização durante a realização de exames radiológicos e bordas laterais que não agredam a pele. / PROTECTOR	128,530	6,40
47	6515.44.017-13	Pulseira identificação adulta vermelha confeccionada em poliéster resistente, antialérgico, com doze pontos para regulagem de tamanho, que permita inscrição na própria superfície com o uso da caneta esferográfica, com laço envolvel em plástico rígido que não impeça a sua utilização durante a realização de exames radiológicos e bordas laterais que não agredam a pele. / PROTECTOR	66,380	0,31

Empresa Vencedora – Itens 52 e 53: MW DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI
CNPJ: 14.459.413/0001-43
Valor Total Adjudicado: R\$ 231.769,60

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
52	6515.37.006-79	Scalp 21G, composto de câmara de aço inoxidável, bisele atornado com dispositivo de segurança, com protetor firme, asa anatômica, antiderapante e flexível, extensão em PVC transparente, sem memória, medindo aprox. 30cm, compatível com conector fuer lock e fuer slip. Estéril, embalagem individual. / NPH MEDICAL	289.660	0,40

53	6515.37.006-50	Scalp 23G, composto de câmara de aço inoxidável, bisele atornado com dispositivo de segurança, com protetor firme, asa anatômica, antiderapante e flexível, extensão em PVC transparente, sem memória, medindo aprox. 30cm, compatível com conector fuer lock e fuer slip. Estéril, embalagem individual. / NPH MEDICAL	289.788	0,46
----	----------------	---	---------	------

Empresa Vencedora – Itens 56, 57 e 58: IMPACTO PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA – ME
CNPJ: 08.311.656/0001-90
Valor Total Adjudicado: R\$ 284.451,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
56	6515.59.018-85	Sistema CPAP pronga nasal (INFANT CPAP SYSTEM), Nº. 0, composto de pronga nasal, 2 conexões em "T", 2 traquéias corrugadas, touca em algodão e velcro. / IMPACTO MEDICAL	1.570	53,00
57	6515.59.010-90	Sistema CPAP pronga nasal (INFANT CPAP SYSTEM), Nº. 60, composto de pronga nasal, 2 conexões em "T", 2 traquéias corrugadas, touca em algodão e velcro. / IMPACTO MEDICAL	1.895	53,00
58	6515.59.005-22	Sistema CPAP pronga nasal, Nº. 2, composto de pronga nasal, 2 conexões em "T", 2 traquéias corrugadas, touca em algodão e velcro. / IMPACTO MEDICAL	1.902	53,00

Empresa Vencedora – Item 66: INCOTERM INDUSTRIA DE TERMOMETROS LTDA
CNPJ: 87.156.352/0001-19
Valor Total Adjudicado: R\$ 341.909,60

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
66	6515.42.018-55	Termômetro clínico digital temperatura axilar, ponta flexível de borracha, autodesliga, resistente a água, livre de mercúrio, beep sonoro, visor digital grande. Certificado do INMETRO e garantia de 12 meses. / INCOTERM	46.204	7,40

COORDENADORIA LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES
EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 017/2017
Órgão Gestor: Secretaria Municipal de Saúde
Objeto: REGISTRO DE PREÇOS PARA A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENDER AOS ÓRGÃOS E ENTIDADES DA PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO – PCRJ.
Processo: 09/002404/2016
Modalidade: Pregão Eletrônico – SMS/SRP nº 764/2016.
Validade da Ata: 12(doze) meses a partir da publicação no Diário Oficial do Município.
Órgão Gerenciador da Ata de Registro: Coordenadoria de Licitações e Aquisições.
Órgão Participante: Unidades Municipais de Saúde
Empresa Vencedora – Itens 01, 02, 14, 20, 21, 26, 28, 31, 44, 46, 59, 60, 64, 69, 77, 81, 82, 83, 86, 87, 91, 99, 101, 105, 106, 121, 125 e 150: PRATI DONADUZZI & CIA LTDA
CNPJ: 73.856.593/0001-66
Valor Total Adjudicado: R\$ 27.917.407,7699

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
01	65060100372	DIPIRONA (METAMIZOL), COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI DONADUZZI	35.500.000	0,0571
02	65050101344	PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI DONADUZZI	14.548.602	0,0493
14	65059501752	LORATADINA 1MG/ML SOL. ORAL FRASCO MINIMO 62ML / PRATI DONADUZZI	276.660	1,9040

20	65050700728	VERAPAMIL, CLORIDRATO, 80MG COMPRIMIDO REVESTIDO / PRATI DONADUZZI	2.506.035	0,0739
21	65050700809	PROFENONA, CLORIDRATO DE COMPRIMIDO 300MG / PRATI DONADUZZI	118.468	0,45
28	65050804545	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI DONADUZZI	2.731.000	0,0957
28	65050805236	AMOXILINA FO PARA SUSPENSÃO ORAL 500MG/ML FRASCO 80ML / PRATI DONADUZZI	701.084	2,85
31	65050808801	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO DE, 500MG COMPRIMIDO / PRATI DONADUZZI	6.844.017	0,1940
44	65050818980	SULFAMETOXAZOL 400MG/ML + TRIMETOPRIMA 80MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO 50 ML / PRATI DONADUZZI	114,495	0,98
46	65050822408	AZITROMICINA 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO MINIMO DE 15ML / PRATI DONADUZZI	38.590	3,19
59	65051002145	CLONAZEPAM 2,5MG/ML (0,25%) SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 20ML / PRATI DONADUZZI	75,604	1,7789
60	65051100740	METFORMINA 500MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI DONADUZZI	78.173.476	0,1550
64	65051101309	METFORMINA 500MG COMPRIMIDO / PRATI DONADUZZI	18.517.604	0,0760
69	65051300996	BROMOPRIDA 4MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 10ML / PRATI DONADUZZI	257,030	1,1656
77	65051503608	LOSARTANA POTASSICA 50MG COMP / PRATI DONADUZZI	100.650.003	0,0325
81	65051700653	NISTATINA 100.000U/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 50ML + DOSADOR / PRATI DONADUZZI	45.430	1,96
82	65051703100	METRONIDAZOL 1000MG (10%) GELIA VAGINAL BIGNAGA MINIMO 50G COM 7 APLICADORES / PRATI DONADUZZI	237.434	2,77
83	65051704093	NEOMICINA, SULFATO 500G + BACITRACINA 2500U/PGMIDA BIGNAGA 10G / PRATI DONADUZZI	816.703	0,8639
86	65051707049	MICONAZOL CREME VAGINAL 200MG (2%) CREME VAGINAL BIGNAGA 80G, ACOMPANHADO DE 7 APLICADORES, NO MINIMO / PRATI DONADUZZI	415,000	4,75
87	65051708242	MICONAZOL, NITRATO DE 2% CREME, MINIMO 26G / PRATI DONADUZZI	174,720	1,4520
91	65051802989	ALBENDAZOL 40MG/ML SOL. ORAL FR 10 ML / PRATI DONADUZZI	714,051	0,9415
99	65052000146	ALOPURINOL 100MG COMPRIMIDO / PRATI DONADUZZI	13.005.000	0,0473
101	65052100745	ATENOLOL 50MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI DONADUZZI	105.400.000	0,0339
105	65052200994	FENOTEROL, BROMIDRATO DE 5MG/ML (0,5%) SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO FRASCO CONTA-GOTAS 20ML / PRATI DONADUZZI	162,760	2,51
106	65052301603	IPRATROPIO, BROMINATO DE, 0,25MG/ML (0,25%) SOLUÇÃO CONTA-GOTAS 20ML / PRATI DONADUZZI	156,050	0,60

121	65052991215	PREDNISOLONA 3MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO 60ML + DOSADOR / PRATI DONADUZZI	276.526	2,48
125	65053001405	FUROSEÍDA COMPRIMIDO 46MG / PRATI DONADUZZI	20.015.000	0,0250
160	65054010300	DEXAMETASONA, ACETATO 0,1% (1MG/5) CREME BISNAGA 10G / PRATI DONADUZZI	885.950	0,03

Empresa Vencedora- Itens 03, 04, 11 e 166: FARMACE - INDÚSTRIA QUÍMICA FARMACÉUTICA CEARENSE LTDA
CNPJ: 06.628.333/0001-46
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.828.260,0660

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
03	65050110416	DIPIRONA (METAMIZOL) 500MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS MÍNIMO 100ML / FARMACE	1.336.540	0,5595
04	65050121612	PARACETAMOL 200MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS MÍNIMO 150ML / FARMACE	617.040	0,5509
11	65050500200	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO SOLUÇÃO ORAL 6,4MG/ML (0,04%) FRASCO 100ML / FARMACE	860.000	0,76
166	650505190123	SÓDIO, CLORETO DE, 0,9% SOL. NASAL, MÍNIMO 10 ML / FARMACE	374.640	0,54

Empresa Vencedora- Itens 05, 85, 107, 118, 127 e 169: DIMASTER - COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 02.520.829/0001-49
Valor Total Adjudicado: R\$ 8.826.107,1630

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
05	65050121701	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO COMPRIMIDO 100MG CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / SOBRAL	50.054.616	0,0180
65	65051792616	CETOCONAZOL 2% CREME (20MG/5) BISNAGA 30G / HIFOLABOR	300.330	1,8723
107	65050301866	SALBUTAMOL 100MG DOSE AEROSOL FRASCO 200 DOSES, SEM CFC / GLENMARK	212.000	7,22
118	65052900724	PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / HYPERMARCAS	4.402.180	0,2080
127	65053600708	LEVONORGESTREL - ETINILESTRADIOL 150MCG - 30 MCG COMPRIMIDO - CARTELA COM 21 COMPRIMIDOS / MABRA	379.908	0,64
169	65055500158	SINVASTATINA COMPRIMIDO REVESTIDO 20MG CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / SANVAL	70.050.000	0,0969

Empresa Vencedora- Itens 06, 07, 47, 48, 50, 55, 70, 138 e 149: UNIÃO QUÍMICA FARMACÉUTICA NACIONAL S/A
CNPJ: 60.665.981/0009-75
Valor Total Adjudicado: R\$ 6.695.289,35

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
06	65050300207	DIASEPAM 5MG / Uni diazepax	6.454.000	0,2280
07	65050300480	DIASEPAM COMPRIMIDO 10MG CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / Uni diazepax	10.326.241	0,03
47	65050900492	VARFARINA SODICA 5MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / GÊNÉRICO	2.115.564	0,13
48	65051000100	CARBAMAZEPINA 200MG / GÊNÉRICO	20.040.000	0,0640
50	65051000525	FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDO / GÊNÉRICO	7.619.000	0,08
55	65051001335	CARBAMAZEPINA 200MG/ML (2%) SUSPENSÃO ORAL / Uni carbamaz	65.480	5,40
70	65051400466	HIOSCINA (N-BUTIL-ESCOPOLAMINA) 10MG COMPRIMIDO / uni hioscin	6.954.077	0,40
138	65052800391	CLORPRIMAZINA 100MG / Clorpromaz	4.922.000	0,14
149	65053860990	TIORIDAZINA, CLORIDRATO 50MG COMPRIMIDO REVESTIDO CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / UNITIDAZIN	735.000	0,34

Empresa Vencedora- Itens 08, 10, 13, 19, 34, 74, 75 e 79: GEOLAB INDÚSTRIA FARMACÉUTICA S/A
CNPJ: 03.485.572/0001-04
Valor Total Adjudicado: R\$ 10.126.507,1980

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
08	65050401306	OMEPRAZOL CAPSULA GELATINOSA DURA 20MG / OMEPAX	60.860.660	0,0372
10	65050500125	DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 2MG COMPRIMIDO / HYSTIN	5.167.000	0,0760
13	65050501016	LORATADINA 10MG / LORITIL	6.137.000	0,0561
19	65050700132	AMIODARONA, CLORIDRATO DE COMPRIMIDO 200MG CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / AMIORON	2.032.310	0,2829
34	65050902934	ITRACONAZOL 100MG CAPSULA CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / TRAXONOL	1.481.702	0,5445
74	65051501816	ANLIDOFINA, BESILATO 5 MG COMPRIMIDO / BESILAFIN	77.486.000	0,0200
75	65051502037	CAPTROPIL 25MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / CAPTOP	103.280.000	0,0170
79	65051601352	IBUPROFENO 300MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / IBUVIC	22.404.600	0,0877

Empresa Vencedora- Itens 09, 32 e 45: J.F.FARMA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACÉUTICOS LTDA
CNPJ: 24.075.703/0001-15
Valor Total Adjudicado: R\$ 2.567.534,1864

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
09	65050402548	RANITIDINA, CLORIDRATO COMPRIMIDO 150MG CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / GÊNÉRICO	30.102.180	0,0690
32	65050607016	NORFLOXACINO 400MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / FLOXIMED	1.851.864	0,1576
45	65050826707	FLUCONAZOL 150MG CAPSULA / GÊNÉRICO	808.000	0,2460

Empresa Vencedora- Itens 12, 23, 29, 49, 160 e 163: LABORATORIO TELUTO BRASILEIRO S/A
CNPJ: 17.159.229/0001-76
Valor Total Adjudicado: R\$ 5.819.871,4408

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
12	65050500478	PROMETAZINA 25MG / GÊNÉRICO	10.326.646	0,0650
23	65050803535	BENZILPENICILINA G BENZATINA INJETAVEL PO LIOFIL 600.000UI FRASCO-AMPOLA / BEPEBEN	187.837	1,6314
29	65050805517	CEFALOXINA PO PARA SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML FRASCO MÍNIMO 60ML / GÊNÉRICO	406.419	5,90
49	65051026282	FENITOINA 100 MG COMPRIMIDO / GÊNÉRICO	4.680.458	0,1865
160	65054800141	AMITRIPTILINA 25MG / GÊNÉRICO	15.170.000	0,0470
163	65054800621	FLUOXETINA, CLORIDRATO DE CAPSULA GELATINOSA DURA 20MG / GÊNÉRICO	18.060.200	0,0470

Empresa Vencedora- Itens 15, 17 e 165: NUNESFARMA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACÉUTICOS LTDA
CNPJ: 75.014.167/0001-00
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.209.658,6016

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
15	65050800180	ÁCIDO FOLICO 5MG COMPRIMIDO / Nish Fólco	15.746.000	0,0385
17	65050800421	SULFATO FERROSO 40MG, COMPRIMIDO (40MG DE FERRO ELEMENTAR) / Nish Ferro	23.590.000	0,0225
165	65054900128	LOPERAMIDA 2MG COMP / Magnestate	342.896	0,4366

Empresa Vencedora- Itens 16, 18, 80, 88, 109, 158 e 174: NATULAB LABORATORIO S.A
CNPJ: 02.456.955/0001-83
Valor Total Adjudicado: R\$ 2.264.834,58

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
16	65050610200	SULFATO FERROSO, SOLUÇÃO ORAL 25MG DE FERRO ELEMENTAR/ML FRASCO CONTA-GOTAS 30ML / NAFEROL 30 ML	272.160	0,60
18	65050601491	ÁCIDO FOLICO SOL. OPAL 0,2MG/ML MÍNIMO 30ML / AFOLIC INFANTIL	28.224	4,70
80	65051602681	IBUPROFENO SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML, MÍNIMO 30ML / IBUPROTRATI 30 ML	203.248	0,76
88	65051800300	MEBENDAZOL 200MG/ML SUSPENSÃO ORAL FRASCO MÍNIMO 30ML + DOSADOR / HELMILAB	221.840	0,93
109	65052303718	NIKANA GLOMERATA (GUACO) XAPOPE 0,25MG/ML FRASCO 120ML / XAPOPE DE GUACO 100	600.930	1,60
158	65054701275	VITAMINA B1 (TIAMINA) 50MG COMPRIMIDO / BEVITER	3.981.664	0,11
174	65055300085	CYNARA SCOLYMUS (ALCACHOFA) 50MG COMPRIMIDO / ALCACHOPRA NATULAB	2.064.030	0,18

Empresa Vencedora- Itens 22 a 40: AUROBINDO PHARMA INDÚSTRIA FARMACÉUTICA LIMITADA
CNPJ: 04.301.884/0001-75
Valor Total Adjudicado: R\$ 4.830.746,76

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
22	65050801087	CEFALOXINA COMPRIMIDO REVESTIDO 500MG CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / CEFALOXINA GÊNÉRICO	14.375.112	0,24
40	65050811818	AMOXICILINA 500MG / AMOXICILINA GÊNÉRICO	12.213.760	0,1120

Empresa Vencedora- Itens 27, 43 e 112: PHARLAB INDÚSTRIA FARMACÉUTICA S/A
CNPJ: 02.501.297/0001-02
Valor Total Adjudicado: R\$ 535.384,3553

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
27	65050805074	ACICLOVIR COMPRIMIDO 200MG CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / PHARLAB	1.584.327	0,2199
43	65050819649	DODICILINA CLORIDRATO DE, 100MG COMPRIMIDO / DODICILIN	425.700	0,6992
112	65052400403	DIGOXINA COMPRIMIDO 0,25MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / DIGOXINA GÊNÉRICO	4.932.158	0,0350

Empresa Vencedora- Itens 30, 37, 63, 89, 129 e 172: PROMEFARMA REPRESENTAÇÕES COMERCIAIS LTDA
CNPJ: 81.705.251/0001-98
Valor Total Adjudicado: R\$ 3.059.948,7690

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
30	65050805470	SULFADIAZINA COMPRIMIDO 500MG CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / SULFAZINA	565.776	0,1869
37	65050811040	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO / AZITROMICINA	1.321.346	0,4399
63	65051101127	GLIBENCLAMIDA 5MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / GLICONE	16.160.130	0,0142
89	65051800483	METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO / METRONIDAZOL	3.576.000	0,1049
129	65053001356	ESTRIL 1MG/G (0,1%) CREME GINECOLÓGICO BISNAGA 50G + APLICADOR / ESTRIONIL	34.588	6,2996
172	65053003308	GLYCINE MAX (ISOPOLYONAS-DE-SOJA) 75MG COMPRIMIDO / ISODIT	1.700.000	0,3981

COMPARECIMENTO CONFORME TABELA

CPF	NOME	EMPREGO	UNIDADE DE LOTAÇÃO	INÍCIO DO CONTRATO	TÉRMINO DO CONTRATO	COMPARECER EM	HORÁRIO
124.175.447-82	FELIPE BUA MORAES	MÉDICO ORTOFEDIA E TRAUMATOLOGIA	S/SUBHUEHMSA - HOSPITAL MUNICIPAL SOUZAAGUIAR	24/09/2018	24/09/2018	24/09/2018	10:00 às 14:00
136.307.537-36	LUCAS DE ALMEIDA DOS SANTOS	MÉDICO ORTOFEDIA E TRAUMATOLOGIA	S/SUBHUEHMSA - HOSPITAL MUNICIPAL SOUZAAGUIAR	24/09/2018	24/09/2018	24/09/2018	10:00 às 14:00

Documentação necessária:

- 02 (duas) fotos 3x4 coloridas e recentes;
- Carteira de Identidade Civil - ICP / DETRAN / SSP / DIC / IIPC, etc. (original e cópia);
- Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS (original e cópia);
- Carteira Nacional de Habilitação - Condutor (original e cópia);
- CPF (original e cópia);
- Título de Eleitor (com o respectivo comprovante de votação da última eleição - 1º e 2º turnos (original e cópia);
- Comprovante de residência (luz, gás, telefone fixo) emitidos, no máximo, há 60(sessenta) dias (original e cópia);
- Certificado de Reservista (Dispensa de Incorporação, Carta Patente ou Incorporação de Reservista), se do sexo masculino (original e cópia);
- Certidão de Casamento (se casado, separado ou divorciado) ou Certidão de Nascimento (se solteiro) - (original e cópia);
- Cédula de PIS/PASEP (caso não tenha, apresentar Declaração de NADA CONSTA do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal) (original e cópia);
- ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL ADMISSÃO (ASO) EMITIDO POR PROFISSIONAL DA MEDICINA DO TRABALHO (VALIDADE: 30 DIAS DA EMISSÃO);
- Carta de Naturalização, se estrangeiro (original e cópia).

**SUBSECRETARIA DE GESTÃO
COORDENADORIA GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS
EDITAL DE CONVOCAÇÃO CAP Nº 152 DE 18 DE SETEMBRO DE 2018.**

A Coordenação de Administração de Pessoas, convoca o(s) abaixo relacionado(s), tendo em vista aprovação no Processo Seletivo realizado pela Coordenação Geral de Gestão de Pessoas, através do Edital CGGP nº 053/2018, D.O. Rio de 05/07/2018, página 73, com resultado final publicado através do Edital CGGP nº 060/2018, D.O. Rio 13/08/2018, página 63, a comparecer(em) na Rua Afonso Cavalcanti, nº. 455, Bloco 1, 6º andar, sala 615, Cidade Nova - Rio de Janeiro / RJ, conforme calendário abaixo, para firmar contrato de trabalho por tempo determinado, no emprego que menciona, com fundamento na Lei 6.265, de 30 de outubro de 2017, que altera o art. 5º da Lei nº 6.146, de 11 de abril de 2017, autorizando o período de contrato para 01 (um) ano, com possibilidade de prorrogação pelo mesmo período, consoante autorização do Excelentíssimo Senhor Prefeito, exarada no processo nº 09/000.751/2017.

COMPARECIMENTO CONFORME TABELA

CPF	NOME	EMPREGO	UNIDADE DE LOTAÇÃO	INÍCIO DO CONTRATO	TÉRMINO DO CONTRATO	COMPARECER EM	HORÁRIO
121.153.887-71	JULIANA RIBEIRO COELHO ALVES	MÉDICO OBSTETRÍCIA	S/SUBHUEHMSA - HOSPITAL MUNICIPAL FERREIRO MAGALHÃES	24/09/2018	24/09/2018	24/09/2018	10:00 às 14:00
940.913.915-46	BARBARA LUIZA MARTINS OLIVEIRA	MÉDICO ANESTESIOLOGIA	S/SUBHUEHMSA - HOSPITAL MUNICIPAL BARATA FIBEIRO	24/09/2018	24/09/2018	24/09/2018	10:00 às 14:00
126.197.211-69	BRUNA PEREIRA VANCELOTTE ALMEIDA	MÉDICO CIRURGIA GERAL	S/SUBHUEHMSA - HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE	26/09/2018	26/09/2018	26/09/2018	10:00 às 14:00
081.695.887-40	VIVIAN PEDOTO PEREIRA	MÉDICO CLÍNICO	S/SUBHUEHMSA - HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE	26/09/2018	26/09/2018	26/09/2018	10:00 às 14:00
113.383.277-62	PRISCILA FERREIRA SOTO	MÉDICO CIRURGIA GERAL	S/SUBHUEHMSA - HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO	26/09/2018	26/09/2018	26/09/2018	10:00 às 14:00
106.972.497-13	FELIPE SANCHEZ RIBEIRO	MÉDICO NEUROCIRURGIA	S/SUBHUEHMSA - HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO	26/09/2018	26/09/2018	26/09/2018	10:00 às 14:00

Documentação necessária:

- 02 (duas) fotos 3x4 coloridas e recentes;
- Carteira de Identidade Civil - ICP / DETRAN / SSP / DIC / IIPC, etc. (original e cópia);
- Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS (original e cópia);
- Carteira Nacional de Habilitação - Condutor (original e cópia);
- CPF (original e cópia);
- Título de Eleitor (com o respectivo comprovante de votação da última eleição - 1º e 2º turnos (original e cópia);
- Comprovante de residência (luz, gás, telefone fixo) emitidos, no máximo, há 60(sessenta) dias (original e cópia);
- Certificado de Reservista (Dispensa de Incorporação, Carta Patente ou Incorporação de Reservista), se do sexo masculino (original e cópia);
- Certidão de Casamento (se casado, separado ou divorciado) ou Certidão de Nascimento (se solteiro) - (original e cópia);
- Cédula de PIS/PASEP (caso não tenha, apresentar Declaração de NADA CONSTA do Banco do Brasil e da Caixa Econômica Federal) (original e cópia);
- ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL ADMISSÃO (ASO) EMITIDO POR PROFISSIONAL DA MEDICINA DO TRABALHO (VALIDADE: 30 DIAS DA EMISSÃO);
- Carta de Naturalização, se estrangeiro (original e cópia).

**COORDENADORIA DE LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES
GERÊNCIA DE LICITAÇÕES**

PREGÃO ELETRÔNICO: 360/2018

PROCESSO: 09/002.313/2017

OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA A AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PARA OS AGENTES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

À VISTA DA HABILITAÇÃO FORAM ADJUDICADOS:

ITEM	EMPRESA	VALOR UNITÁRIO (R\$) / OBS.
ITEM 01	DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS G.C.R. EIRELI-ME	2,30
ITEM 02	M. B. MARTINS AGROPECUÁRIA EPP	4,96
ITEM 03	M. B. MARTINS AGROPECUÁRIA EPP	4,96
ITEM 04	PHORMA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA	20,79
ITEM 05	PHORMA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA	20,51
ITEM 06	IRMÃOS LOURENÇO COMÉRCIO ATACADISTA LTDA	22,90
ITEM 07	IRMÃOS LOURENÇO COMÉRCIO ATACADISTA LTDA	24,90
ITEM 08	LICITEC COMERCIAL LTDA	27,40
ITEM 09	IRMÃOS LOURENÇO COMÉRCIO ATACADISTA LTDA	22,90
ITEM 10	IRMÃOS LOURENÇO COMÉRCIO ATACADISTA LTDA	22,90
ITEM 11	IRMÃOS LOURENÇO COMÉRCIO ATACADISTA LTDA	22,90
ITEM 12	IRMÃOS LOURENÇO COMÉRCIO ATACADISTA LTDA	22,90
ITEM 13	FRACASSADO
ITEM 14	FRACASSADO
ITEM 15	FRACASSADO
ITEM 16	M. B. MARTINS AGROPECUÁRIA EPP	14,97

**COORDENADORIA DE LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES
GERÊNCIA DE LICITAÇÕES
REMARCAÇÃO DE PREGÃO ELETRÔNICO**

1) PE Nº 407/18 - dia 03/10/18, às 11h

Objeto: Registro de Preços para a aquisição de materiais de consumo laboratoriais para técnicas automatizadas, pertencentes à classe 6505.

Estimativa: R\$ 31.892,40 Proc.: 09/500.965/17

Retirada nos editais consolidados:

Na Internet: <http://ecomprasrio.nj.gov.br> ou <http://www.comprasgovernamentais.gov.br>
No CASS (Centro Administrativo São Sebastião) - Rua Afonso Cavalcanti, 465 - 7º andar - Sala 727 - Bl. 1 - Cidade Nova - Rio de Janeiro - RJ, mediante a apresentação de um pen drive.
Telefone para Contato: (21) 2976-2022 - De 2ª à 6ª feira no horário de 9:00 h às 17:00 h.
A licitação será processada exclusivamente por meio eletrônico, sendo utilizado o sistema Comprasnet, disponibilizado e processado no site: www.comprasgovernamentais.gov.br

**COORDENADORIA LICITAÇÕES E AQUISIÇÕES
EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 085/2018**

Órgão Gestor: Secretaria Municipal de Saúde.

Objeto: REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA.

Processo: 09/001.097/2018

Modalidade: Pregão Eletrônico - SMS/SRP nº 331/2018.

Validade da Ata: 12(dozes) meses a partir da publicação no Diário Oficial do Município.

Órgão Gerenciador da Ata de Registro: Coordenação de Licitações e Aquisições.

Empresa Vencedora - Itens 03, 71, 80 e 97: NATULAB LABORATÓRIO S.A

CNPJ: 02.456.955/0001-83

Valor Total Adjudicado: R\$ 1.208.150,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
03	85556601401	ÁCIDO FÓLICO SOL. ORAL 0,2MG/ML MÍNIMO 30ML AFOLIC	13.500	3,79
71	85551630303	MEBENDAZOL 200MG/L SUSPENSÃO ORAL FRASCO MÍNIMO 30ML - DOSADOR / HELMEX AB 30ML	146.500	1,10
80	85552303718	MIKANIA OLMERATA (GUACO); XAROPE 0,25MG/ML FRASCO 120ML / XARCOPE DE GUACO	516.500	1,79
97	85556600268	SULFATO FERROSO, SOLUÇÃO ORAL 25MG DE FERRO ELEMENTAR/ML FRASCO CONTA-GOTAS 30ML / MASFEROOL 120MG/ML FR	193.060	0,53

Empresa Vencedora - Item 05: INOVAMED COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA

CNPJ: 12.889.035/0001-02

Valor Total Adjudicado: R\$ 165.240,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
05	86555302941	ALEDRONATO DE SÓDIO 70MG, COMPRIMIDO / ENDROSTAN	726.000	0,2255

Empresa Vencedora - Itens 06, 47 e 64: SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE LTDA

CNPJ: 11.866.538/0001-12

Valor Total Adjudicado: R\$ 531.693,40

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
06	855532006148	ALOPURINOL 100MG COMPRIMIDO / ALOPURINOL 100MG	9.603.000	0,0457
47	85553601508	ESTROGENIOS CONJUGADOS 0,625MG COMPRIMIDO REVESTIDO / CARTELA PLASTICO ALUMINIO / MENOPRIN 0,625MG	54.000	0,8940
64	85551803407	IVERMECTINA 6MG COMP / IVERMECTINA 6MG	242.000	0,2547

Empresa Vencedora - Itens 07, 28, 29, 35, 38, 58 e 63: GEOLAB INDÚSTRIA FARMACÉUTICA S/A

CNPJ: 03.485.572/0001-04

Valor Total Adjudicado: R\$ 7.618.019,20

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
37	65050700132	AMIODARONA, CLORIDRATO DE COMPRIMIDO 200MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / AMORCON 200MG COMP	1.903.600	0,2990
28	65051000559	CLONAZEPAM 0,5MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / ZILEPAM	6.298.000	0,0512
29	65051002145	CLONAZEPAM 2,5MG/ML (0,25%) SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 20ML / CLONAZEPAM 2,5MG/ML	129.000	1,45
35	65053500125	DEXTROFENIRAMINA MALEATO, 2MG COMPRIMIDO / HYSTIN 2MG COMP	5.297.200	0,0698
38	65051600204	DICLOFENACO DE POTASSIO 50MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / POLTAX 50 MG COMP	16.800.000	0,0333
58	65051602152	IBUPROFENO 300MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / IBLUVIX 300 MG COMP	25.146.600	0,1309
65	65050808304	TRIAXOLONOL 100MG CAPSULA CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / TRAXONOL 100 MG CAPS	2.471.000	0,9986

Empresa Vencedora - Itens 08, 26, 27 e 45: J R G DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 04.380.569/0001-60
Valor Total Adjudicado: R\$ 18.375.928,2960

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
08	65050811326	ALOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO 500MG/125MG COMPRIMIDO / CLAVULIN	11.955.900	1,28
26	65050810905	CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO / GENERICO	218.360	2,46
27	65054802656	CLOMIPRAMINA 25MG / CLO	1.626.000	0,6577
45	65053000271	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / GENERICO	9.548.640	0,1414

Empresa Vencedora - Itens 10, 25, 39, 42, 72, 77 e 98: NDS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 11.034.934/0001-60
Valor Total Adjudicado: R\$ 9.029.073,21

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
10	65050805236	AMOXICILINA PO PARA SUSPENSÃO ORAL 500MG/5 ML FRASCO 80ML / PRATI DONADUZZI	757.300	3,0464
25	65050808801	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO DE, 500MG COMPRIMIDO / PRATI DONADUZZI	6.229.360	0,18
39	65052400322	DIGOXINA 0,25MG/ML ELIXIR PEDIÁTRICO FRASCO 80ML / PRATI DONADUZZI	3.420	6,36
42	65052809061	ERITROMICINA, ESTEARATO DE ETILSUCINATO SUSPENSÃO ORAL 500MG/5 ML FRASCO 80ML / PRATI DONADUZZI	43.900	4,11
72	65051100740	METFORMINA 850MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI DONADUZZI	98.285.000	0,0485
77	65051800483	METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PRATI DONADUZZI	4.077.200	0,1087
98	65050700728	VERAPAMIL, CLORIDRATO, 80MG COMPRIMIDO REVESTIDO / PRATI DONADUZZI	2.354.500	0,0780

Empresa Vencedora - Itens 13, 14, 15 e 34: AVANTE BRASIL COMÉRCIO EIRELI
CNPJ: 22.706.166/0001-38
Valor Total Adjudicado: R\$ 7.042.908,40

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
13	65050803018	BENZILPENICILINA G BENZATINA INJETAVEL PO LIOFILIO 1.200.000UI FRASCO-AMPOLA + DILUENTE MINIMO 4ML / BEPEBEN	440.000	5,60
14	65050803535	BENZILPENICILINA G BENZATINA INJETAVEL PO LIOFILIO 600.000UI FRASCO-AMPOLA + DILUENTE MINIMO 4ML / BEPEBEN	140.000	6,00
15	65050828403	BENZILPENICILINA G BENZATINA INJETAVEL PO PARA SUSPENSÃO INJETAVEL OU SUSPENSÃO INJETAVEL 1.200.000UI FRASCO-AMPOLA / BEPEBEN	436.800	7,70
34	65052908805	DEXAMETASONA ACETATO DE 4MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / GENERICO	362.242	0,20

Empresa Vencedora - Itens 17 e 67: CRISTALIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA
CNPJ: 44.734.671/0001-51
Valor Total Adjudicado: R\$ 867.254,60

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
17	65051900356	BIPERIDENO 2MG / CRISTALIA-CHETEL	6.428.000	0,1180
67	65053601282	LEVOMEPROMAZINA CLORIDRATO 40MG/ML (4%) SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS MINIMO 20ML / CRISTALIA-LEVOZINE	13.230	8,22

Empresa Vencedora - Itens 20, 49 e 54: UNIÃO QUÍMICA FARMACÉUTICA NACIONAL S/A
CNPJ: 60.665.981/0005-41
Valor Total Adjudicado: R\$ 949.994,10

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
20	65051001335	CARBAMAZEPINA 200MG/ML (2%) SUSPENSÃO ORAL / UNI CARBAMAZ	64.200	12,03
49	65051000797	FENOBARBITAL 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO CONTA-GOTAS 20 ML / GENERICO	43.850	2,45
54	65053802335	HALOPERIDOL 2MG/ML (0,2%) SOLUÇÃO ORAL FRASCO 26 ML / GENERICO	33.840	2,09

Empresa Vencedora - Itens 22 e 22: COSTA CAMARGO COM. DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 36.325.157/0001-34
Valor Total Adjudicado: R\$ 2.392.396,80

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
22	65052101050	CARVEDILOL 12,5MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / KARVIL	15.128.000	0,0859
23	65052101171	CARVEDILOL 3,125MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / KARVIL	14.008.000	0,0737

Empresa Vencedora - Item 32: SOGAMAX DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACÉUTICOS LTDA
CNPJ: 00.857.492/0001-38
Valor Total Adjudicado: R\$ 188.518,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
32	65062708963	DEXAMETASONA 1MG/ML (0,1%) SOLUÇÃO OFTÁLMICA FRASCO 5ML / NOVARTIS	22.550	8,36

Empresa Vencedora - Itens 41, 57, 70 e 85: CIMED INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ: 02.814.497/0007-00
Valor Total Adjudicado: R\$ 7.480.677,20

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
41	65051500357	ENALAPRIL MALEATO DE COMPRIMIDO 160MG / GENERICO / CIMED	137.728.000	0,0265
67	65053000948	HIDROCLOROZIDA 250MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / GENERICO / CIMED	122.719.000	0,0103
70	65053602560	LEVONORGESTREL 0,75MG COMPRIMIDO DIAD / CIMED	30.330	1,10
85	65051704259	OXIDO DE ZINCO 150MG G + VITAMINA D 5000UI G + VITAMINA D 9000UI G POMADA BISNAGA 45G / BABYMED / CIMED	974.000	2,80

Empresa Vencedora - Itens 46, 69 e 92: BIOLAB SANUS FARMACÉUTICA LTDA
CNPJ: 49.475.833/0016-84
Valor Total Adjudicado: R\$ 759.269,60

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
46	65053601356	ESTRIOL 1MG/G (0,1%) CREME GINECOLÓGICO BISNAGA 50G + APLICADOR / STELE 1MG/G CR VAG	35.100	12,25
69	65053603708	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 150µG + 37 µG COMPRIMIDO - CARTELA COM 21 COMPRIMIDOS / GESTRELANO 150µG + 37	407.300	0,99
92	65053602913	PROPILTIOURACIL 100MG COMPRIMIDO / PROPILPRACIL 100MG	131.400	0,5640

Empresa Vencedora - Itens 53, 65 e 66: HOSPINOVA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 12.499.494/0002-60
Valor Total Adjudicado: R\$ 4.686.785,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
53	65051101127	GLIBENCLÂMIDA 5MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / GLIBENCLÂMIDA	75.097.000	0,0160
65	65051901409	LEVODOPA + BENZERAZIDA 200 MG + 50MG COMP / PROLOPA	2.888.000	0,70
66	65051900941	LEVODOPA + BENZERAZIDA 100 MG + 25MG COMP / PROLOPA BD	1.426.000	1,08

Empresa Vencedora - Itens 62 e 93: DIMASTER - COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 02.520.829/0001-40
Valor Total Adjudicado: R\$ 1.625.810,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
62	65094600971	ISOSSORBIDA, MONONITRATO COMPRIMIDO 20MG CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / ZYDUS	19.020.000	0,08
93	65052100280	PROPRANOLOL 40MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / OSORIO DE MORAES	6.894.000	0,0160

Empresa Vencedora - Itens 79 e 86: MULTIFARMA COMERCIAL LTDA
CNPJ: 21.681.325/0001-57
Valor Total Adjudicado: R\$ 2.310.140,00

Item	Código	Especificação / Marca	Quantidade (unidade)	Preço Unitário (R\$)
79	65051707069	MICONAZOL CREME VAGINAL 200MG (2%) CREME VAGINAL BISNAGA 80G + ACOMPANHADO DE 7 APLICADORES, NO MINIMO / NITRATO DE MICONAZOL	334.000	4,97
86	65050101344	PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDO CARTELA PLASTICO/ALUMINIO / PARACETAMOL 500MG	16.234.500	0,04

Empresa Vencedora - Item 84: A7 DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI
CNPJ: 12.664.453/0001-00
Valor Total Adjudicado: R\$ 3.496.163,00

APÊNDICE A

ITRACONAZOL 100MG CÁPSULA CARTELA PLÁSTICO/ALUMÍNIO - REGISTRO DE PREÇO UNIFICADO PARA SUBPAV E SUBVISA										
NÚMERO	PUBLICAÇÃO NO DOM	VALIDADE 12 MESES	GAP NA COBERTURA	QUANTIDADE LICITADA	QUANTIDADE CONSUMIDA SUBPAV	QUANTIDADE CONSUMIDA SUBVISA	SALDO ENTRE O LICITADO E O CONSUMIDO	PREÇO UNITÁRIO	CUSTO TOTAL	EMPRESA VENCEDORA
024/2010	24/05/2010	23/05/2011		434.080				R\$0,3649	R\$158.395,7920	GEOLAB INDÚSTRIA FARMACÊUTICA S.A.
029/2011	29/08/2011	28/08/2012	3 MESES E 6 DIAS	533.851				R\$0,2599	R\$138.747,8749	PRATI DONADUZZI & CIA LTDA.
030/2012	23/11/2012	22/11/2013	2 MESES E 6 DIAS	540.000	488.400		51.600 (+)	R\$0,3400	R\$183.600,0000	PRATI DONADUZZI & CIA LTDA.
049/2013	19/12/2013	18/12/2014	26 DIAS	587.200	587.200		0	R\$0,3941	R\$231.415,5200	PRATI DONADUZZI & CIA LTDA.
005/2015	20/02/2015	19/02/2016	2 MESES E 2 DIAS	587.200	484.959	599.975	497.734 (-)	R\$0,4099	R\$240.693,2800	PRATI DONADUZZI & CIA LTDA.
073/2015	08/12/2015	07/12/2016		930.000			930.000 (+)	R\$0,4100	R\$381.300,0000	PRATI DONADUZZI & CIA LTDA.
004/2016	26/02/2016	25/02/2017	1 MÊS e 26 DIAS	1.012.000	732.960	279.040	82.000 (-)	R\$0,3488	R\$352.985,6000	PRATI DONADUZZI & CIA LTDA.
017/2017	23/03/2017	22/03/2018	5 MESES e 27 DIAS	1.481.762	746.923	733.827	1.012 (+)	R\$0,5445	R\$806.819,4090	GEOLAB INDÚSTRIA FARMACÊUTICA S.A.
085/2018	19/09/2018	18/09/2019		2.471.000	435.571	838.693	1.196.736 (+)	R\$0,8986	R\$2.220.440,6000	GEOLAB INDÚSTRIA FARMACÊUTICA S.A.

Fonte: elaboração própria, 2019.

