

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ANA PAULA BALDUINO SILVA DUARTE

**REGULAÇÃO EM SAÚDE E A PROMOÇÃO DE EQUIDADE NO ACESSO À
ASSISTÊNCIA EM PRESIDENTE KENNEDY/ES**

VITÓRIA – ES

2021

ANA PAULA BALDUINO SILVA DUARTE

**REGULAÇÃO EM SAÚDE E A PROMOÇÃO DE EQUIDADE NO ACESSO À
ASSISTÊNCIA EM PRESIDENTE KENNEDY/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – Emescam como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Profª Drª Maressa Cristiane Malini de Lima.

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA/ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

D812r Duarte, Ana Paula Balduino Silva
Regulação em saúde e a promoção de equidade no acesso
à assistência em Presidente Kennedy/ES / Ana Paula Balduino Silva
Duarte. - 2022.
65 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maressa Cristiane Malini de Lima.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2022.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Equidade – serviços de
saúde – Presidente Kennedy (ES). 3. Regulação – fiscalização em
saúde. I. Lima, Maressa Cristiane Malini de. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III.
Título.

CDD 362.12

ANA PAULA BALDUINO SILVA DUARTE

**REGULAÇÃO EM SAÚDE E A PROMOÇÃO DE EQUIDADE NO
ACESSO A ASSISTÊNCIA EM PRESIDENTE KENNEDY/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 16 de agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA

maressa cristiane malini de lima

Prof^ª. Dr^ª. Maressa Cristiane Malini de Lima
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora

Giselle Carraro

Prof^ª. Dr^ª. Giselle Carraro
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Marcello Dala Bernardina Dalla

Prof. Dr. Marcello Dala Bernardina Dalla
Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação –
ICEPI - SESA

Dedico este trabalho aos meus pais Paulo e Ojacinéia, pela oportunidade do estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força e sabedoria para lidar com as angústias nos momentos em que tudo se mostrava difícil, e pela fé que me dava a certeza de que eu seria capaz.

Aos meus familiares, que mesmo com toda a dificuldade sempre acreditaram nos meus sonhos e se dedicaram incansavelmente para me ajudar a alcançá-los. Este trabalho também é de vocês.

Ao meu esposo, obrigada por toda a torcida, por acreditar em mim e me incentivar, e aos meus filhos.

Meu primogênito Lorenzo, tão companheiro que desde cedo compreendia que a mamãe precisava de tempo para estudar. Meu pequeno Théo que veio em meio a tudo isso, mudando minha rotina, acelerando e acalentando ao mesmo tempo meu coração em um momento de Pandemia, que o mundo está atravessando em que tivemos que nos readaptar para sobrevivermos.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Maressa Cristiane Malini de Lima, pela paciência, compreensão, incentivo e dedicação em meio a todas minhas dificuldades e inseguranças na conclusão deste trabalho.

Aos profissionais da Regulação da Secretaria Municipal de Saúde do município de Presidente Kennedy pela parceria e disponibilidade para a coleta de dados.

Aos meus colegas de trabalho pelas colaborações.

Ao Programa de Desenvolvimento do Ensino Técnico e Superior de Presidente Kennedy (PRODES), desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Presidente Kenn

A sua estrada é somente sua. Outros podem acompanhá-lo, mas ninguém pode andar por você.

Rumi.

RESUMO

A gestão em saúde é um dos alicerces para o desenvolvimento de um sistema de saúde de qualidade que responda efetivamente as demandas da população. A política de Regulação tem como objetivo programar uma gama de ações, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade e da resolutividade destas ações facilitando a disponibilização dos serviços de assistência à saúde, preferencialmente àqueles que se apresentarem em situações prioritárias, indo ao encontro do princípio doutrinário do SUS da equidade. A pesquisa tem o objetivo de analisar a Política de Regulação Assistencial em um município no sul do Espírito Santo na perspectiva dos profissionais que atuam nesse serviço de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa por meio da aplicação de questionário semiestruturado e análise de documentos oficiais. A pesquisa foi conduzida com seis profissionais que compõe a central de regulação de Presidente Kennedy/ES, que responderam perguntas relacionadas à capacidade de ofertas dos serviços, a vulnerabilidade de setor, assim como, os entraves e desafios enfrentados pelos gestores e profissionais da regulação em suas práticas. Para a análise documental foram utilizados documentos importantes que regulamentam a política de regulação no Brasil, no estado do Espírito Santo e no município de Presidente Kennedy/ES. Após a coleta de dados foi realizada a análise de conteúdo de acordo com a metodologia proposta por Bardin. Com os dados coletados foi possível descrever o histórico da política de regulação em saúde do município e identificar suas potencialidades e fragilidades em relação aos padrões estabelecidos pela Política Pública de regulação e as normas estabelecidas pelos Protocolos de Regulação. De acordo com os profissionais participantes, a ausência de um regulador e uma capacitação continuada são os principais entraves para a oferta de serviço equânime no município em estudo.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. Regulação e fiscalização em saúde.

ABSTRACT

Health management is one of the foundations for the development of a quality health system that effectively responds to the demands of the population. The Regulation policy aims to program a range of actions, seeking to contribute to improving the access, completeness and resoluteness of these actions, facilitating the provision of health care services, preferably to those who present themselves in priority situations, meeting the SUS doctrinal principle of equity. The research aims to analyze the Care Regulation Policy in a municipality in the south of Espírito Santo from the perspective of professionals working in this health service. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach through the application of a semi-structured questionnaire and analysis of official documents. The survey was conducted with six professionals who make up the regulation center of Presidente Kennedy/ES, who answered questions related to the capacity to offer services, the vulnerability of the sector, as well as the barriers and challenges faced by managers and regulatory professionals in their practices. For the document analysis, important documents that regulate the regulation policy in Brazil, in the state of Espírito Santo and in the city of Presidente Kennedy/ES were used. After data collection, content analysis was performed according to the methodology proposed by Bardin. With the collected data, it was possible to describe the history of the city's health regulation policy and identify its strengths and weaknesses in relation to the standards established by the Public Policy for regulation and the standards established by the Regulation Protocols. According to the participating professionals, the absence of a regulator and continued training are the main obstacles to the provision of equitable service in the municipality under study.

Keywords: Public health policies. Equity in Access to Health Services. Regulation and supervision in health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de Presidente Kennedy	22
Figura 2 - Classificação de risco	37
Figura 3 - Fluxo de acesso a agência de regulação no município de Presidente Kennedy/ES até o ano de 2015.....	43
Figura 4 - Fluxo de acesso a central de regulação do município de Presidente Kennedy/ES durante os anos de 2015 - 2019.....	45
Figura 5 - Fluxo de acesso de regulação atual do município de Presidente Kennedy/ES	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil dos participantes da pesquisa.....	40
Quadro 2 - Categorias de respostas à pergunta “Quais são as ações desenvolvidas pela Regulação de Acesso?”	40
Quadro 3- Categorias de respostas à pergunta “Qual sua percepção em relação a equidade?”	41
Quadro 4 - Categorias de respostas à pergunta “Quais são as limitações enfrentadas no cotidiano?”	41
Quadro 5 - Categorias de respostas à pergunta “Sugestão para superação”?	42

LISTA DE SIGLAS

AMA	Agência Municipal de Agendamento
APS	Atenção Primária à Saúde
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
SISREG	Sistema de Regulação
SRCI	Superintendência Regional no município de Cachoeiro de Itapemirim
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 METODOLOGIA	20
3.1 CONTEXTO DO LOCAL	20
3.2 TIPO DE PESQUISA.....	22
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	23
3.3.1 Critérios de inclusão	23
3.3.2 Critérios de exclusão	23
3.4 MÉTODO, TÉCNICA E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	23
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
3.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	25
3.6.1 Riscos do estudo	25
3.6.2 Benefícios do estudo	25
3.7 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	25
4. REFERENCIAL TEÓRICO	27
4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	27
4.2 REGULAÇÃO EM SAÚDE	30
4.3 POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO	31
4.4 AÇÃO REGULATÓRIA.....	33
4.5 SISTEMA DE REGULAÇÃO	35
4.6 PROTOCOLOS	36
4.7 INFRAESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS.....	37
5 CAPÍTULO 2 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	40

5.1 HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL.....	42
5.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL.....	47
5.3 QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES	58
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	59
APÊNDICE B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EMESCAM	60
ANEXOS	61
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	62
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63

1 INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A partir desse direito constitucional, define-se o macro objeto da política da saúde e a responsabilidade indiscutível do Estado, definindo um modelo de assistência gratuito às ações e serviços de saúde (ALMEIDA *et al.*, 1999).

O Sistema Único de Saúde (SUS) em sua essência representa o maior movimento social de inclusão já realizado na história brasileira. É fruto de uma trajetória militante em prol da igualdade no acesso à saúde, amparado pela Constituição de 1988, consagrando a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Embora o SUS seja uma das maiores conquistas para a população Brasileira, a luta pela igualdade no acesso aos serviços de saúde ainda continua (SOUZA, 2009). Segundo a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), o SUS tem o compromisso de prestar assistência universal e integral de forma equânime e de boa qualidade à população.

No Brasil, desde 1988, a descentralização é um dos princípios organizativos do SUS. Foi regulamentada através da Lei 8080/90, sendo enfatizada como uma das principais diretrizes a serem seguida, de classes e empassos enfrentados pelo SUS desde sua criação, visando romper com o modelo de assistência em saúde antigamente instituído em nosso país. A descentralização, assim concebida, implica necessariamente em transferência de poder decisório associado aos recursos mínimos necessários para garantir o seu exercício concreto (ELIAS, 1996). Essa ideia de descentralização do SUS se baseia na lógica de que a gestão municipal estaria mais próxima a realidade da sua população, organizando melhor suas demandas e ofertas de acordo com as necessidades de cada usuário.

A literatura enfatiza a importância da autonomia da gestão administrativa para o deslocamento do poder para a capacidade dos governos locais. A municipalização em saúde é compreendida por descentralização territorial político-administrativa, pois envolve diretamente o nível local do governo, estando relacionada com a distribuição

do poder, reconhecendo a responsabilidade política do município para com a saúde da sua população, onde o município passa a assumir o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações, partindo para a concretização dos princípios da Constituição. Sendo assim, associa-se a municipalização com o deslocamento do poder.

Em consonância com o processo de descentralização e avanço da gestão do SUS, o Ministério da Saúde (MS) institui, por meio da Portaria nº 1.559, de agosto de 2008, a Política Nacional de Regulação, que estabelece a necessidade de estruturar ações de regulação, controle, gerenciamento e avaliação no âmbito do SUS, visando o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho. Para tanto, apresenta a regulação como um dos instrumentos de gestão do SUS, que visa a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A central de regulação é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda de acordo com as hipóteses diagnósticas de cada solicitação, com a finalidade de garantir o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, minimizando assim, a angustiante espera de um diagnóstico e promovendo um tratamento precoce (BRASIL, 2006).

De acordo com a proposta de Protocolos de Regulação para as consultas e exames especializados, as solicitações deverão ser embasadas em documentos de referência e contrarreferência, constando de história clínica, detalhamento de exame físico, hipótese diagnóstica e exames complementares já realizados com resultados, além do CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), coerente com a necessidade de cada usuário, pois este é um dado indispensável para a orientação da Regulação na priorização de casos (BRASIL, 2015).

Uma solicitação bem referenciada necessita ter uma justificativa clara e objetiva, para que a mesma seja atendida com rapidez, devendo seguir o protocolo clínico que justifique sua importância, pois é na hipótese diagnóstica bem detalhada que é determinada a classificação de risco de cada solicitação, sendo ela de emergência,

urgência, não urgente e eletiva, dentro das cotas disponíveis no Município de origem (BRASIL, 2015).

A Central de Regulação é uma estrutura física que recebe todas as solicitações originadas da Atenção Primária, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, garantindo o atendimento integral de forma rápida e de qualidade aos usuários do Sistema de Saúde (BRASIL, 2015).

Cabe a Regulação garantir o acesso aos usuários de forma adequada, garantindo os princípios de equidade e integralidade, uma vez que ela é responsável pelas ações diretas e finais da Atenção Primária. O conceito de regulação mais disseminado no SUS está relacionado ao conceito da regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Traduzido como controle do acesso do usuário e adequação da oferta a cada Município e ao Estado cabe estabelecer regras claras de como atuar nas diferentes modalidades de gestão e como deve ser essa atuação, em especial quanto à regionalização, descentralização e garantia do acesso do usuário do SUS, cujos princípios e diretrizes estão descritos na Lei 8.080 de 1990, acesso universal e igualitário; integralidade da assistência, ou seja, todo cidadão tem o direito a uma atenção à saúde integral; equidade na assistência e no acesso de forma regionalizada e hierarquizada; eficiência no uso dos recursos disponíveis, bem como, na qualidade da prestação dos serviços e capacidade de resposta às necessidades de saúde da população.

Para que esta política tivesse aplicabilidade prática, o Ministério da Saúde, no Departamento de Informação do SUS, criou o Sistema de Regulação (SISREG), uma ferramenta on-line, conectada as plataformas nacionais com outros sistemas do Ministério da Saúde, para o gerenciamento de todo o complexo Regulatório, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos. Quando o paciente necessita de atendimento especializado, indicado pela Atenção Primária, sua solicitação é colocada em uma fila, onde ele aguarda seu agendamento, sem data prevista para atendimento, uma vez que, cada paciente apresenta uma hipótese diagnóstica diferente (BRASIL, 2008).

Com base no exposto, e por não ter havido até o momento estudos sobre a política de regulação no município, surge a seguinte questão a ser investigada: Quais os desafios enfrentados na política de Regulação em Saúde para efetivação do princípio da equidade no município de Presidente Kennedy?

1.1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Esta dissertação de mestrado está vinculada à área de concentração em Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais e na linha de pesquisa em Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local, do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

Neste estudo será discutido a interface entre o serviço de Regulação do município de Presidente Kennedy e a efetivação do princípio da equidade a partir da percepção dos profissionais envolvidos no sistema de regulação municipal.

Estudos desta natureza são importantes para analisar os instrumentos regulatórios, estabelecer protocolos e critérios específicos a fim de identificar estratégias para melhorias no atendimento a demanda do setor, de forma a promover a equidade no atendimento.

A principal motivação para a realização desta pesquisa se deu pela experiência profissional da pesquisadora com atuação na Central de Regulação, participando desde o início da implantação do processo de sistema de regulação no município, onde observou-se a importância de um olhar minucioso para cada solicitação, fator este, crucial para um agendamento em tempo hábil de acordo com as vagas ofertadas. Muitas vezes a solicitação é devolvida ou negada pela simples falta de interpretação ou sensibilidade. Daí seu interesse em estudar esse objeto de pesquisa a fim de ampliar o conhecimento pessoal e da área de pesquisa. Além desse crescimento pessoal, esta pesquisa também pode colaborar para com mudanças positivas nos pontos considerados sensíveis e impeditivos do pleno funcionamento do setor.

Como fator social, este estudo pode contribuir com estratégias que tragam resolutividade dos problemas ainda na atenção Primária e facilitar o acesso dos usuários de forma equânime aos serviços de saúde e também dos usuários que necessitam de um atendimento especializado no município de Presidente Kennedy/ES.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer e analisar a política de Regulação do município de Presidente Kennedy/ES e a efetivação do princípio da equidade a fim de contribuir para melhor compreensão da estrutura, eficiência, formação profissional, acessibilidade aos serviços e operacionalização desta política.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o histórico da política de regulação em saúde do município em estudo;
- Discutir a importância do serviço de regulação em saúde municipal e os desafios encontrados pelo município para a efetivação do princípio da equidade a partir da percepção dos profissionais envolvidos no sistema de regulação municipal a fim de demonstrar a necessidade de fomentar ações que ofereçam aos usuários do SUS o acesso pleno aos serviços de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 CONTEXTO DO LOCAL

A pesquisa será realizada em Presidente Kennedy, município de pequeno porte que está localizado no litoral Sul do Espírito Santo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui, hoje, cerca de 11.742 habitantes, em um território de 583,932 km². Cidade com maior PIB per capita do país, por conta do repasse dos recursos dos *royalties*, sua economia, no entanto, é majoritariamente ligada à agricultura, setor responsável por cerca de 70% da arrecadação da prefeitura.

O acesso ao município é pela BR-101 Sul, no km 418, sentido Vitória–Campos. No trevo, entra-se na ES-162, seguindo 20 km até a cidade de Presidente Kennedy, ou pela Rodovia do Sol (ES-060) passando por Marataízes e novamente pegando a ES-162, são 15 km. Ou, ainda, pela RJ-224, sentido a Vitória, que são 21 km.

Presidente Kennedy possui belas praias em sua orla de 16 km de extensão, sendo as mais conhecidas: Praia das Neves a 27,6 km, cerca de 29 minutos do centro, e Praia de Marobá a 19,8 km, cerca de 21 minutos do Centro. A Praia de Marobá recebe cerca de mil pessoas por final de semana no verão.

A economia na região é basicamente da pecuária, cultivo de mandioca, maracujá, cana-de-açúcar, leite, mamão e da exploração de petróleo. O município é o maior produtor de leite do estado do Espírito Santo, com destaque para a região oeste.

A educação oferecida pela rede municipal de Presidente Kennedy é a terceira mais bem avaliada no Estado, segundo o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Os dados divulgados recentemente pelo Ministério da Educação, referentes a 2015, apontam que os investimentos da Prefeitura na área têm alcançado os objetivos.

Além disso, Presidente Kennedy investe no Programa do Desenvolvimento da Educação Superior e Técnico (Prodes), com bolsas de estudos para cerca de 900

kennedenses nas faculdades dos municípios vizinhos, além de pós-graduação e mestrado.

O município investe também em cursos de qualificação profissional, em parceria com o Sistema S, capacitando cerca de 1,3 mil pessoas por ano.

Todos esses investimentos são para profissionalizar a população local, criando mão de obra qualificada, para atender as expectativas de demandas de surgimentos de novos postos de trabalho.

A História do Município, cuja trajetória histórica da localidade remonta ao ano de 1581, quando vindo do Rio de Janeiro, o padre José de Anchieta construiu uma igreja de madeira na Planície de Muribeca, às margens do rio Itabapoana. Até então, a região era habitada por índios Puris e Botocudos.

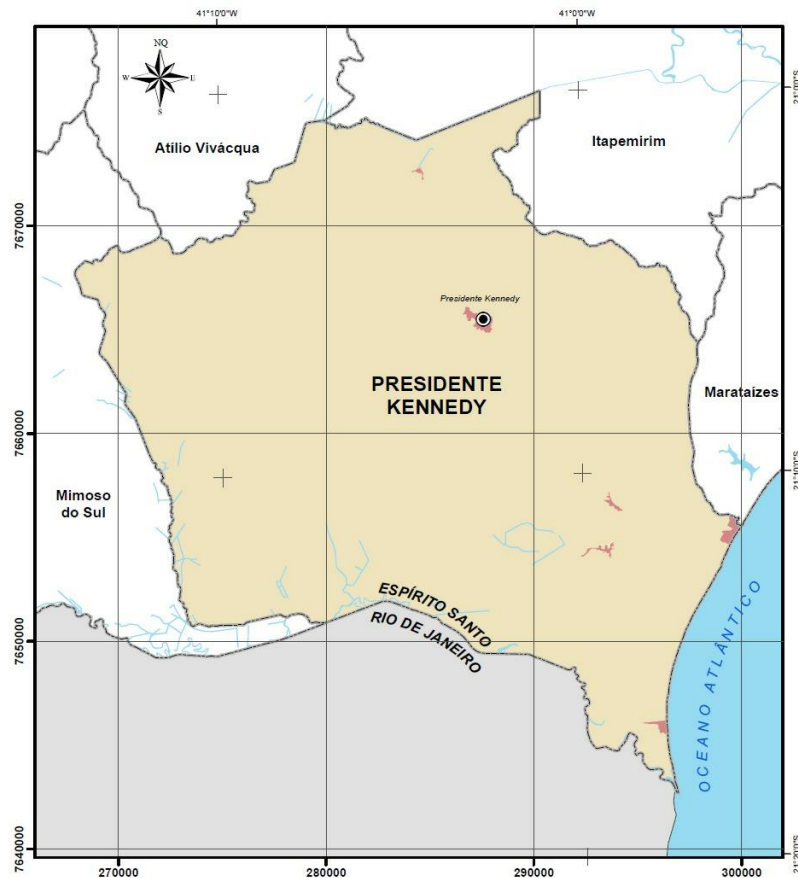
Anchieta instalou ainda residência, oficinas, enfermaria, horto, pomar, criadouro de peixe, casa de farinha e usina de açúcar. Mais de um século depois, outro jesuíta, padre André de Almeida, instituiu, nas imediações da igreja, a Fazenda Muribeca, legalizada em 1702.

A propriedade tinha 9 léguas e meia de frente por 8 léguas e meia de fundo e foi uma das maiores fazendas pecuárias do Brasil, abrangendo o sul do Espírito Santo e norte do Rio de Janeiro, até a região de Campos dos Goytacazes-RJ.

O território de Presidente Kennedy foi desmembrado de Itapemirim com a emancipação em 30 de dezembro de 1963 através da Lei Estadual nº 1918. A lei estadual de criação/fundação da cidade entrou em vigor no dia 4 de abril de 1964, assim, conseguindo a sua autonomia administrativa, a chamada emancipação política.

O município se chamaria Batalha, mas com o assassinato do presidente norte-americano John F. Kennedy, fato que abalou o mundo, o deputado estadual Adalberto Simão Nader tomou a iniciativa de sugerir que se homenageasse o político que criou a Aliança para o Progresso, programa de ajuda aos países do 3º Mundo.

Figura 1 - Mapa de Presidente Kennedy



Fonte: Instituto Jones Santos Neves

O cenário do estudo apresentado terá como base a Secretaria de Saúde Municipal, que abriga a central de regulação em saúde do município. Nestes estabelecimentos estão localizados os profissionais responsáveis pela gestão e execução desse serviço de saúde, que agrupam todos os agendamentos de consultas e exames solicitados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

3.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, o qual melhor se encaixa para a presente dissertação de mestrado. Como há pouco conhecimento sobre o tema no município, foi necessária uma pesquisa exploratória através da aplicação de questionários, e o método exploratório foi fundamental. Segundo Gil (2017), o estudo exploratório tende a ser mais flexível no planejamento, porque pretende observar e

compreender os mais variados aspectos relativos ao fenômeno estudado pelo pesquisador, aperfeiçoa as ideias ou descobre intuições.

É comum que as pesquisas exploratórias sejam também descritivas, desta forma, o estudo descritivo, que tem o objetivo de descrever um determinado fenômeno (GIL, 2017), foi usado neste trabalho através do capítulo de referencial teórico, para descrever a análise documental e as respostas dos questionários aplicados.

Como é uma pesquisa exploratória e descritiva, a metodologia usada foi a pesquisa qualitativa que, segundo Gephart e Robert (2004), fornecem uma narrativa da visão da realidade dos indivíduos. Desta forma, o propósito é explorar os documentos analisados e a experiência dos participantes para expressá-las na forma descritiva.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa os profissionais envolvidos no sistema de regulação em saúde do Município de Presidente Kennedy/ES.

3.3.1 Critérios de inclusão

Serão incluídos nesta pesquisa todos os funcionários e gestores envolvidos na execução do sistema de regulação do município de Presidente Kennedy/ES.

3.3.2 Critérios de exclusão

Os profissionais que estiverem afastados do local de trabalho por motivos de saúde e/ou particulares no período da pesquisa.

3.4 MÉTODO, TÉCNICA E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo busca compreender a política pública de regulação em saúde. Para alcançar os objetivos estabelecidos nesta pesquisa, a coleta de dados se baseou em duas técnicas: a análise documental e um questionário aplicado aos trabalhadores envolvidos no sistema de regulação do município de Presidente Kennedy/ES.

Para auxiliar na coleta de dados dos documentos oficiais criados pela administração do município, foi produzido um roteiro de análise, de acordo com os critérios propostos por Cellard (ANEXO A). A análise documental oferece vantagens como a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas (CELLARD, 2008).

Para esta análise documental foram selecionados os seguintes documentos: “Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores” e portaria de regulação de Presidente Kennedy (PK).

O questionário semiestruturado (ANEXO B) aplicado aos trabalhadores participantes desta pesquisa foi elaborado pela pesquisadora, que teve como base o documento “Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores”, uma obra elaborada pelo Ministério da Saúde da série “Pactos Pela Vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para a aplicação do questionário, foi realizado um questionário contendo cinco (05) perguntas estruturadas, aplicadas no ambiente do trabalho em área reservada, com duração média de 40 (quarenta) minutos. Nele pautou-se sobre experiências, desempenho das ações, fragilidades, superação, necessidade e fluxo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos na análise documental e no questionário aplicado aos profissionais da central de regulação de presidente Kennedy/ES foram submetidos a análise de conteúdo baseada na proposta metodológica de Laurence Bardin, a qual é organizada em três fases: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Na pré-análise foi feita uma leitura prévia dos dados obtidos do roteiro e do questionário e foram considerados a análise de contexto, análise do autor ou autores, autenticidade de confiabilidade do texto, natureza do texto e conceitos-chaves e lógica interna.

Para exploração do material, foram selecionadas categorias e subcategorias, conforme o roteiro (ANEXO A), onde foram descritas sobre os pontos relevantes dos documentos encontrados e de como é feita a gestão das Unidades.

E por último, foi feita uma análise crítica e construtiva sobre a atual gestão dos resíduos de serviços de saúde no município segundo os dados obtidos. O retorno da pesquisa aos funcionários que participaram da pesquisa e da secretaria de saúde foi enviar o trabalho pronto.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi baseada na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) que normatiza pesquisa com seres humanos, e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EMESCAM na Plataforma Brasil sob o parecer N° 4.239.030. As informações coletadas foram acessadas com exclusividade pelos pesquisadores e permanecerão arquivadas por cinco anos.

3.6.1 Riscos do estudo

Os riscos são mínimos, incluem constrangimento e o tempo do sujeito para responder ao questionário aplicado, e serão minimizados com a garantia do sigilo na identificação dos participantes da pesquisa e agendamento prévio. O tempo estruturado para a entrevista foi de trinta (30) minutos.

3.6.2 Benefícios do estudo

O estudo realizado poderá oferecer subsídio para melhorar a realidade da Política de Regulação em Saúde Municipal e a efetivação do princípio da equidade para os usuários.

3.7 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A dissertação contém a seguinte estrutura: Introdução, dois capítulos e Considerações Finais.

O primeiro capítulo deste estudo será uma revisão narrativa com o intuito de sustentar a discussão dos resultados. Para isso serão abordadas questões referentes a:

Conceitos do Sistema de regulação assistencial a saúde, suas ações, protocolos, infraestrutura e recursos humanos. No segundo capítulo, abordaremos as fragilidades, entraves e desafios enfrentados pelos gestores e profissionais para fomentar ações que ofereçam aos usuários do SUS o acesso pleno aos serviços de saúde.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo busca conceber a criação do Sistema Único de saúde e a forma como o mesmo está estruturado.

4.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido a partir de princípios que trouxeram consigo uma proposta inovadora no sentido de um sistema universal e de caráter igualitário. É uma das conquistas históricas mais fortes na trajetória brasileira no campo das políticas sociais (BRASIL, 2020). Antes do surgimento do SUS, a sustentação dos direitos sociais era por meio da Previdência Social, baseado em torno das categorias profissionais, onde somente aquele que contribuía recebia alguma assistência à saúde. O benefício era assegurado devido ao contrato estabelecido na empresa, unicamente enquanto empregado e não um direito de cidadania garantido. Vale ressaltar que as maiores empresas que asseguravam melhores salários, conseqüentemente, também proporcionavam acesso diferenciado a assistência à saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O movimento da reforma sanitária (MRSB), que nasceu no início da década de 1970, constituiu um movimento em prol da saúde como um direito de todos, em um período de redemocratização, com o intuito de nomear as transformações necessárias para a área da saúde, assumindo uma política alternativa com direitos à saúde garantidos, que visava a reconstrução da cidadania (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Este movimento trata-se de uma ocasião histórica na qual cidadãos se uniram em prol de seus direitos em busca de um sistema de saúde que fosse justo e digno, inclusão social, universalização e integração da assistência, reduzindo assim, as desigualdades sociais (CELUPPI *et al.*, 2019). No ano de 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o título: Saúde é Democracia, onde grupos de médicos, entre outros profissionais, integraram discussões políticas assegurando que a saúde é um direito de todos e, que qualquer cidadão, independentemente de qualquer vínculo empregatício, deveria ter direito à saúde, contrariando o que preconizava o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) em sua essência representa o maior movimento social de inclusão já realizado na história brasileira, o mesmo é resultado de uma trajetória militante em prol da igualdade no acesso à saúde, amparado pela Constituição de 1988, consagrando a saúde como direito de todos e dever do Estado (SOUZA, 2009). A ideia do SUS foi assegurar um modo de vida digna com equidade e justiça social, apesar de ainda estar bem distante do sistema necessário.

No Brasil, desde 1988, a descentralização é um dos princípios do SUS, regulamentado através da Lei 8.080/90, sendo enfatizada como uma das principais diretrizes¹ a ser seguida, a qual implica transferência de poder e competência do órgão central para os órgãos locais, pressupondo uma organização voltada com novas estruturas administrativas, para que os objetivos sejam alcançados de forma efetiva, mantendo o equilíbrio entre autonomia e interdependência, viabilizando a implantação dos princípios² do SUS (SPEDO *et al.*, 2009). Sendo assim, a Constituição estabelece que esse sistema deve ser constituído por uma rede hierarquizada de ações e serviços, observando a equidade e o atendimento integral dos usuários.

Para a elaboração de um sistema universal, igualitário e integral, é fundamental a formulação e adequação das políticas públicas no cotidiano dos setores dos serviços de saúde, mediante as práticas desenvolvidas. É na prática do dia a dia que se observa a precariedade no atendimento, a insatisfação dos usuários, a inadequação dos serviços, além da desigualdade no acesso do sistema de saúde (ALVES, 2005).

¹ Diretrizes são o conjunto de recomendações técnicas e organizacionais voltadas para problemas específicos, produzidas pelo Ministério da Saúde, com o concurso de especialistas de reconhecido saber na área de atuação, de abrangência nacional, e que funcionam como orientadores da configuração geral do sistema em todo o território nacional, respeitadas as especificidades de cada unidade federativa e de cada município.

² Princípios são a universalização, a equidade e a integralidade. Sendo estes: **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso em: 22 nov. 2021.

Para Alves (2005), o princípio da integralidade permite aprofundamento a exposição e o dimensionamento de diversos fatores de risco, uma vez que o paciente é visto como um todo, facilitando a prevenção de doenças. A relação do profissional de saúde para com o usuário vai muito além de um olhar técnico, é saber reconhecer no outro um sujeito semelhante a si mesmo, de maneira humanizada, permitindo uma melhor condução terapêutica, uma vez que muitos pacientes carecem de informação em saúde e necessitam apenas de uma orientação para garantia de seu bem-estar.

Tendo em vista que a gestão municipal estaria mais próxima a realidade de cada município, na década de 1990, o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família, associado ao processo de descentralização político-administrativo do setor, contribuindo para a consolidação do SUS, com a expectativa de um modelo assistencial a partir da Atenção Básica de Saúde, garantindo atendimento as necessidades individuais e coletiva, promovendo saúde e prevenindo doenças (SOUZA, 2009).

Cabe a Atenção Básica à Saúde (APS) encaminhar para a o médico especialista somente os casos sem resolutividade, na tentativa de aperfeiçoar a assistência, possibilitando criar uma cultura de que o usuário só deve procurar a Atenção Secundária com suas reais necessidades identificadas na APS, ou seja, após a mesma ter esgotado toda sua capacidade de condução do caso (BRASIL, 2015). Essa proposta de fluxo vem favorecendo a equidade e a universalidade da assistência, uma vez que os profissionais da equipe de saúde são capacitados para executar busca ativa dos casos notificados através de visitas domiciliares, a fim de prestar assistência curativa ao paciente que, muitas das vezes, não procura atendimento, seja por fatores culturais, sociais ou até mesmo psicológicos, podendo apresentar doenças que ainda não se manifestaram.

O atendimento humanizado garante que o usuário mantenha vínculos com a sua Unidade de Saúde, mantendo feedback caso ele necessite de um atendimento especializado, proporcionando seguimento e acompanhamento do seu cuidado, não devendo permanecer vinculado a Atenção Secundária ou Terciária (BRASIL, 2015).

Considerando a necessidade de ampliação do acesso às ações e a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e a integração aos serviços de saúde, configurou-se a regulação em saúde como uma importante ferramenta para transpor os desafios do Sistema Único de Saúde, sendo esta responsável por disponibilizar o acesso do usuário de acordo com sua necessidade, respeitando os limites da oferta, além de garantir a equidade.

4.2 REGULAÇÃO EM SAÚDE

A busca pela equidade no acesso aos serviços de saúde é uma necessidade explícita nos serviços de saúde e a regulação pode assim ser entendida como um instrumento essencial para manter o equilíbrio desse sistema, tendo em vista que esse sistema é formado através de leis, regras, protocolos, critérios e prioridades (VILARINS *et al.*, 2012).

A regulação em saúde tem como uma das suas principais funções a definição de normas, que inclui tanto o ato de regulamentar e elaborar regras quanto as ações que garantem o cumprimento dessas normas, além das técnicas que asseguram a fiscalização, controle, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde (FIGUEREDO, ÂNGULO-TUESTA; HARTZ, 2019). No setor saúde, a regulação é compreendida como um planejamento de gestão/política que visa a produção de cuidados, construindo possibilidades em conjunto, em prol da equidade, envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais capacitados entre outros, direcionando as ofertas e as demandas de acordo com as necessidades dos usuários, a fim de garantir o bem-estar, ofertando serviços de saúde com qualidade.

Para além disso, a regulação em saúde possibilita a distribuição de recursos de forma ordenada, que venha a satisfazer às necessidades dos usuários, garantindo o direito à assistência adequada, alcançando os objetivos do SUS com qualidade e equidade (PEITER *et al.*, 2016).

Segundo Gamarra (2018), regulação em saúde é um instrumento crucial para reduzir as desigualdades sociais a fim de promover a saúde e o bem-estar da população de forma equânime, promovendo equidade e acessibilidade no atendimento. O princípio da equidade constitui um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde,

reconhecido como fator essencial para a justiça social, sendo entendido por dar mais a quem mais necessita, o que vem em contradição ao princípio da igualdade social. Em resumo, equidade pode ser definida como uma justiça natural e reconhecimento imparcial do direito de cada usuário, onde todos precisam de atenção, mas não necessariamente dos mesmos atendimentos (ALBRECHT *et al.*, 2017).

A vulnerabilidade requer uma assistência minuciosa, uma atenção especializada, seguindo esse raciocínio, pode-se afirmar que a regulação em saúde se faz uma importante ferramenta para efetivar o exercício do princípio da equidade, pelo fato de atuar amparado nos protocolos, ou seja, prioriza a real necessidade do usuário (PEITER *et al.*, 2016). A Regulação é um importante equalizador entre a oferta e a demanda, assegurando as necessidades dos usuários, garantindo atendimento satisfatório baseado nos protocolos e nas diretrizes estabelecidas (VILARINS *et al.*, 2012). É entendido que o termo regulação é baseado quando se refere aos serviços disponibilizados pelo Estado, sendo um poderoso instrumento de gestão para atender as necessidades dos usuários dentro dos critérios de organização com as prioridades estabelecidas.

A utilização do processo regulatório envolve a racionalização da gestão, podendo se tornar um potente equalizador social do sistema de saúde, com vistas a amortizar a desigualdade relacional corrente no que diz respeito aos entes públicos, além de atenuar a relação entre a demanda e a oferta (VILARINS *et al.*, 2012).

4.3 POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, instituída a partir da Portaria GM nº 1.559/2008, tem como finalidade promover acesso aos serviços de saúde de forma equânime, integral e qualificada no âmbito de uma rede regionalizada e hierarquizada, visando aprimorar os processos de trabalho e organizar as redes de fluxos assistências (BRASIL, 2008). Esta política consolida um importante eixo para a gestão do Sistema Único de Saúde no que se refere a garantia de uma oferta regulada dentro de um fluxo que permite um caminho mais cabível na resposta da necessidade do usuário.

A portaria organiza as ações de regulação em três grupos de atuação: regulação dos sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso ou relação ou regulação assistencial. Esses grupos são necessários no intuito de reforçar as necessidades da estrutura da regulação, além de fortalecer os instrumentos de gestão do SUS. A Regulação dos Sistemas de Saúde é considerada a mais ampla, a qual tem como foco a produção de bens e serviços de saúde. Nessa dimensão verificam-se as regulamentações que devem ser seguidas para execução das políticas de saúde, além da elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão, como: o planejamento, financiamento e fiscalização de sistemas de saúde; o controle social e ouvidoria em saúde; a vigilância sanitária e epidemiológica; a regulação da saúde suplementar; a auditoria assistencial ou clínica; e a avaliação e incorporação de tecnologia em saúde (BRASIL, 2008).

Essa dimensão é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Contempla as seguintes ações: cadastramento de usuários (no Sistema do Cartão Nacional de Saúde); cadastramento de estabelecimentos e de profissionais da saúde (no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES); contratualização de serviços de saúde; habilitação para a prestação de serviços de saúde; elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; Programação Pactuada e Integrada (PPI); avaliação de desempenho dos serviços, da gestão, e da satisfação dos usuários; avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; avaliação dos indicadores epidemiológicos; e avaliação das ações e serviços nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2008).

A Regulação do Acesso (ou Regulação Assistencial) tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. É efetivada pela disponibilização de serviço assistencial mais adequado à necessidade do cidadão. Essa dimensão contempla as ações de regulação médica (regulação da atenção pré-hospitalar e hospitalar – controle dos leitos disponíveis –); regulação da atenção às urgências; e regulação das agendas de consultas e procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e ainda, o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e

protocolos pactuados (BRASIL, 2008). Com essa visão, Magalhães Junior (2006) afirma que a regulação Assistencial consiste em oferecer a melhor opção de atenção aos atendimentos adequados, atendendo as necessidades do usuário de modo ordenado, oportuno, equânime e qualificado, garantindo acesso e resolutividade as demandas e aos vários serviços ofertados pelo sistema de saúde.

O Decreto 7.508/11 que regulamenta a Lei 8080/90, assegura que o usuário deve ter acesso garantido com equidade ao cuidado continuado à saúde, seja em qual for a modalidade dos serviços em saúde, seja desde um simples raio x até um transplante de coração. Baseado nessa visão, a “ação regulatória” é considerada o elemento que ordena esses fluxos assistenciais, sendo o mediador (se refere a ação regulatória, se sim, passa para o feminino: a mediadora) entre gestão e serviços e entre serviços e usuários.

4.4 AÇÃO REGULATÓRIA

A “ação regulatória” é caracterizada como um processo minucioso de monitoramento e avaliações de procedimentos, onde o(s) profissional(is) de saúde observa(m) todos os critérios, desde os critérios clínicos até os exames complementares, cumprindo os protocolos estabelecidos para prestar a assistência mais adequada a cada caso de forma ágil, promovendo assim, a equidade de acesso (BRASIL, 2006). Sendo assim, ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos de assistência relacionando a gestão e os vários tipos de serviços em saúde.

Autores afirmam que o usuário deve ser avaliado e atendido de acordo com suas necessidades em consonância à classificação de risco, independente do seu nível social (PEITER *et al.*, 2016). Portanto, cabe ao profissional de saúde e ao gestor de saúde corrigir essas desigualdades, baseando-se em protocolos de regulação e no princípio da equidade, a qual deve ser entendida como aquela que ocorre de acordo com as necessidades em saúde, e não em função de outras variáveis, como renda, etnia, gênero, ou residência geográfica. Para tanto, é necessário que esses profissionais estejam capacitados e encorajados para a abordagem deste indivíduo.

Os serviços de saúde devem ser baseados na classificação de risco de cada usuário, respeitando seus dados clínicos para que os agravos à sua saúde possam ser evitados. Alguns determinantes são cruciais para favorecer ou não um atendimento. A iniquidade em saúde está associada a inúmeros agravos à saúde, onde o usuário, por vezes, drasticamente é avaliado pela cor, pela classe social, pelo grau de escolaridade, pelo gênero, enfim, por diversos fins, sendo discriminado, gerando assim, os piores atendimentos em saúde.

Para melhorar o fluxo assistencial, o Ministério da Saúde disponibilizou o Sistema de Regulação (SISREG) para atender as demandas de maneira humanizada dentro dos protocolos, otimizando o fluxo dentro da oferta disponível (SISREG, 2008). Contudo, para que esta ferramenta seja eficaz é necessário que haja profissionais capacitados para que os objetivos do sistema sejam alcançados de maneira adequada e satisfatória (PEITER *et al.*, 2016). A má utilização do sistema acarreta deficiência na transferência de informações, seja por falta de interpretação dos dados clínicos, o que reflete no momento da classificação de risco, seja por falta de conhecimento e familiaridade com os protocolos que são essenciais para orientar todo o processo de regulação.

Cabe ao município e ao Estado estabelecer regras claras de como atuar nas diferentes modalidades de gestão e como deve ser essa atuação, em especial, quanto à regionalização, descentralização e garantia do acesso do usuário do SUS, cujos princípios e diretrizes estão descritos na Lei 8.080 de 1990:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

4.5 SISTEMA DE REGULAÇÃO

Para a administração e organização das demandas, o Ministério da Saúde, no período de 1999-2002, disponibilizou o Sistema de Regulação (SISREG), sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (SISREG, 2008). O SISREG é uma ferramenta do DATASUS com o módulo de regulação ambulatorial para consultas de especialidades e exames através de um sistema informatizado, sendo um instrumento estratégico para gestão, devido ao fato de se integrar com outros bancos de dados gerenciados pelo Ministério da Saúde, tais como: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), Tabela de Procedimentos, Cartão Nacional de Saúde (CNS), dentre outros.

O sistema trabalha com identificação individual (login e senha próprios), vinculados ao município solicitante. Todo operador é cadastrado pela equipe do Complexo Regulador. Após o cadastramento, o operador terá acesso a todo menu de especialidade e/ou exame disponibilizado pelo Complexo Regulador Estadual. Para acessar o SISREG, deverá a Central de Regulação entrar na internet e acessar o site: <http://sisregiii.saude.gov.br/> (BRASIL, 2015).

O SISREG é um sistema que organiza todas as solicitações que necessitam de agendamento. Antigamente, o usuário saía da Unidade de saúde com sua solicitação e precisava agendar os serviços de saúde em cada setor e, muitas vezes, retornava sem resposta. Atualmente, esse mesmo usuário chega na Central de Regulação (Unidade solicitante), entrega a sua solicitação e recebe um número de protocolo. Quando o agendamento é realizado, o paciente é informado através de um contato, ou pelo seu Agente Comunitário de Saúde (ACS). Porém, o paciente deve ficar atento caso seu agendamento não seja realizado dentro do prazo esperado, pois há casos que o sistema devolve ou cancela a solicitação, atendendo ao comando do médico regulador, devido a necessidade de informações complementares. Muitas vezes isso ocorre pela falha de critérios, seja por falta de resultados de exames anteriores ou outros dados específicos que são determinantes para priorização de cada caso (BASTOS *et al.*, 2020). Daí a necessidade do paciente sempre solicitar ao operador a

situação de andamento da sua solicitação através do seu código de inserção ou seu Cartão Nacional do SUS (CNS).

A partir da utilização e das experiências adquiridas, o sistema original vem passando por processos de aprimoramento e atualização, para garantia de melhoria das suas versões, uma vez que o mesmo é o responsável por garantir o controle do acesso das demandas e os serviços ofertados (PEITER *et al.*, 2016).

Entre as inúmeras tarefas do SISREG, destacam-se a distribuição dos recursos assistenciais disponíveis, identificação das áreas de desproporção entre a oferta e a demanda, configuração do controle de acesso dos usuários ao sistema, organização das filas de espera por prioridade, distribuição das cotas por consultas/procedimentos/1º retorno, geração de arquivos para bases de dados nacionais, geração de relatórios operacionais e gerenciais, entre outras infinitudes de funções (BRASIL, 2006).

4.6 PROTOCOLOS

De acordo com o Ministério da Saúde (2006, p. 17), “os protocolos de regulação são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento, que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente, entre os níveis de complexidade da atenção”. Os protocolos são baseados em evidências clínicas, orientando as condutas e procedimentos referentes aos fluxos das consultas especializadas, para determinar a condução das decisões terapêuticas, onde é observado o grau de complexidade e, para a partir disso, gerar a resolutividade de cada caso.

Portanto, o encaminhamento para atenção secundária deve ser bem referenciado, com justificativa clara e objetiva, para que a mesma seja atendida o mais rápido possível, devendo seguir o protocolo clínico que justifique sua importância.

Os protocolos irão definir a classificação de risco de forma que os agendamentos possam ser realizados de forma ágil, equânime, obedecendo os critérios e garantindo atendimento aos casos prioritários, onde a demanda sempre será maior que a oferta (PEITER *et al.*, 2016).

Figura 2 - Classificação de risco



* VERMELHO - P0 (prioridade zero) Emergência, necessidade de atendimento imediato. AMARELO - P1 (prioridade um) Urgência, atendimento o mais rápido possível. VERDE - P2 (prioridade dois) Não urgente AZUL- P3 (prioridade três) Atendimento eletivo.

Fonte: Elaborada pelo autor (2020)

Vale ressaltar que esta avaliação deve ser realizada por um profissional de saúde, levando em consideração a classificação de risco, estabelecendo a alternativa assistencial adequada.

4.7 INFRAESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS

A central de regulação é uma estrutura física que recebe todas as solicitações, avalia, processa e agenda, contribuindo para otimizar a utilização dos recursos, garantindo atendimento de qualidade da ação, resposta adequada aos problemas clínicos e satisfação aos usuários (BAGATINI, 2017). Para que a central apresente resultados satisfatórios, é necessário que sua infraestrutura seja adequadamente bem distribuída para comportar os profissionais, receber as atividades diárias e processá-las. O ideal é que essa estrutura física seja composta por: área de regulação, coordenação, sistema de informação para a instalação dos operadores, área administrativa, sala de reunião, sala de arquivo, sanitários e outros (BRASIL, 2006). Cada área física deve ser proporcional com as especificidades e a demanda nela existente.

Além de uma estrutura física adequada, é necessário insumo apropriado para um bom desempenho de cada um desses ambientes, e por se tratar de sistemas, se faz necessário a informatização de todo setor, e de toda a rede de serviços que compõe todo o fluxo de regulação, assim como, uma estrutura de manutenção podendo esta estar alocada nas estruturas gerais da administração), além de aparelhos telefônicos, aparelhos de fax, impressoras e todo o mobiliário.

Para apresentar um resultado de excelência, a estruturação das centrais de regulação exige um quantitativo de profissionais capacitados, responsáveis pela execução de ações específicas, lembrando que o quantitativo de recursos humanos dependerá da estrutura e da necessidade local (BRASIL, 2006).

A equipe deve ser formada pelos seguintes profissionais:

- a) *Coordenador*: responsável pelo funcionamento e rotinas de toda a central de regulação, além de instituir as rotinas de trabalho, conduzir as relações de pactuação, participar de todas as reuniões, além de ser o interlocutor entre a gestão e a rede de serviços;
- b) *Regulador*: responsável pela execução da avaliação técnica dos laudos, promove o agendamento das consultas, baseado nos critérios clínicos, com ênfase nos protocolos de regulação. Além de atuar sobre a demanda reprimida dos procedimentos regulados, definir a distribuição de cotas, autorizar ou não a realização do procedimento entre outros;
- c) *Solicitante/Operador*: responsável pelas marcações de procedimentos apenas dentro das normas impostas pelo Sistema, devendo este apresentar dinamismo, conhecimentos básicos de informática e saúde, bem como, um bom relacionamento com o público. O Solicitante deve primar pela humanização de suas ações e possui as seguintes atribuições: Ser bom ouvinte, lembrar que, mesmo nos momentos mais extremos, o usuário SUS é quem tem a razão, estar sempre atento às alterações no sistema, ser cauteloso ao procedimento ou exame a ser marcado, para evitar transtornos ao usuário e, em caso de dúvidas, recorrer ao gerente do sistema ou superior hierárquico mais próximo, ser ético e tratar das informações de trabalho apenas dentro do trabalho;
- d) *Atendente de Regulação*: responsável pelo atendimento de regulação, que consiste na capacidade de preenchimento de laudos a partir de informações prestadas por telefone e/ ou outros meios de comunicação, de acordo com as informações dos laudos preenchidos pelas unidades solicitantes, além de ser o responsável por contatar com o paciente informando o agendamento de sua solicitação entre outros.

Vale ressaltar que todas as ações que não tem resolutividade na atenção primária, isto é, usuários que necessitam de consultas especializadas ou exames especializados, serão encaminhados para a regulação e para garantia de uma melhor conduta, mesmo em situações de demandas reprimidas ou escassez de recursos do município, é necessário a presença do regulador, pois o mesmo é responsável por avaliar minuciosamente os laudos médicos observando a necessidade de cada caso e pela consulta da disponibilidade assistencial mais adequada, baseado nas evidências clínicas.

5 CAPÍTULO 2 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo terá como temática a discussão da Política de Regulação em Saúde do município de Presidente Kennedy-ES. Os resultados apresentados aqui foram coletados do questionário semiestruturado (APÊNDICE B) aplicado aos profissionais responsáveis que atuam na Central de Regulação do Município.

Neste trabalho foram avaliadas as percepções de 04 profissionais que atuam na central de regulação do município de Presidente Kennedy/ES, cujo perfil é apresentado no Quadro 1:

Quadro 1 - Perfil dos participantes da pesquisa

Identificação	Formação	Cargo que exerce	Tempo no cargo (meses)
Profissional P1	Medicina/Regulador	Reguladora /Estado	372
Profissional P2	Nutrição/Pedagogia	Coordenador (a)	72
Profissional P3	Serviço Social	Assistente Social	84
Profissional P4	2º Grau Completo	Oficial Administrativo	48

Fonte: Material produzido para ilustrar esta pesquisa (2021).

As respostas obtidas por meio do questionário semiestruturado foram categorizadas com o propósito de responder aos objetivos desta pesquisa. Desta análise foi possível estabelecer as categorias demonstradas nos Quadros 2, 3, 4 e 5 a seguir:

Quadro 2 - Categorias de respostas à pergunta “Quais são as ações desenvolvidas pela Regulação de Acesso?”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
Acesso ao serviço de saúde	Acesso equânime	[...] As demandas iniciam-se à nível Municipal, onde podem, conforme a complexidade, serem solucionadas dentro do território ou serem encaminhadas para atendimento a nível regional, estadual ou interestadual conforme aumente o grau de complexidade do procedimento [...] (P1)
	Acesso qualificado	[...] acesso aos munícipes da melhor forma possível [...] (P4)
	Acesso integral	Disponibilizar acesso à saúde para todos os usuários do município (P4)

Fonte: elabora pela autora.

Quadro 3- Categorias de respostas à pergunta “Qual sua percepção em relação a equidade?”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
Equidade		<p>[...] Equidade é ofertar mais a quem mais precisa [...] (P1)</p> <p>[...] A prioridade não é feita em cima dos protocolos, não condizendo com o objetivo da equidade [...] (P2)</p> <p>[...] A aplicação desse princípio exige do aplicador sensibilidade e bom senso para sua aplicação [...] (P3)</p> <p>[...] os quadros clínicos são muito mal descritos e por isso o paciente não pode ser bem avaliado e classificado corretamente [...] (P4)</p>

Fonte: elabora pela autora.

Quadro 4 - Categorias de respostas à pergunta “Quais são as limitações enfrentadas no cotidiano?”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
Fragilidades na Regulação do Município de Presidente Kennedy/ES	Ausência de Recursos Humanos capacitado	<p>[...] falta de médico regulador e enfermeiro, pois todos os funcionários são técnicos, e a demanda da regulação é maior que a oferta, por isso a importância do profissional para fazer triagem, para que se possa marcar a urgência de forma correta e de acordo com a necessidade do paciente [...] (P2)</p> <p>[...] número inadequado de profissionais [...] (P4).</p>
	Alta demanda	<p>[...] Hoje a demanda de exames é muito maior que a oferta que temos disponível [...] (P4)</p> <p>[...] Pequena oferta em grande parte dos procedimentos [...] (P1)</p> <p>[...] A demanda é maior que a oferta [...] (P2)</p>
	Ausência de Protocolos	<p>[...] Os exames são avaliados pelos atendentes [...] (P2)</p> <p>[...] A demanda é realizada por ordem de chegada e de acordo com a procura do paciente [...] (P2)</p> <p>[...] Infelizmente como AMA, e não como regulação [...] (P3)</p> <p>[...] Há preferencialização de pacientes [...] (P4)</p>
	Ausência de Médicos e Enfermeiros compondo as equipes de regulação Municipal	<p>[...] Ausência de médicos e Enfermeiros compondo as equipes de regulação municipal [...] (P1)</p> <p>[...] As limitações encontradas são a falta de médico regulador e enfermeiro [...] (P2).</p>

Fonte: elabora pela autora.

Quadro 5 - Categorias de respostas à pergunta “Sugestão para superação”?

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADORES
Superação das fragilidades	Capacitação dos profissionais	[...] Conscientização dos profissionais “solicitantes” quanto à necessidade de inserir informações nas solicitações tanto para os médicos quanto para os profissionais que inserem no sistema (SISREG) [...] (P2) [...] Capacitação dos profissionais. A regulação pode ser uma importante ferramenta para que se alcance a igualdade na atenção à saúde. Constituição /Fortalecimento do trabalho em rede [...] (P1) [...] a grande maioria não são capacitados como deveria ser, recebendo cursos adequados para exercerem seu trabalho com excelência [...] (P4)
	Aumentar a oferta	Aquisição de procedimentos de acordo com a demanda. (P1)
	Contratação de um Regulador	[...] Contratação de Médico Regulador e Enfermeiros para compor as equipes municipais [...] (P1) [...] a falta de médico regulador e enfermeiro, pois todos os funcionários são técnicos, e a demanda da regulação é maior que a oferta, por isso a importância do profissional para fazer triagem [...] (P2) [...] médico regulador e enfermeiro, melhorando a avaliação dos pedidos evitando as devoluções, que muitas vezes precisam ser realizadas por falta de um quadro clínico [...] (P4)

Fonte: elabora pela autora.

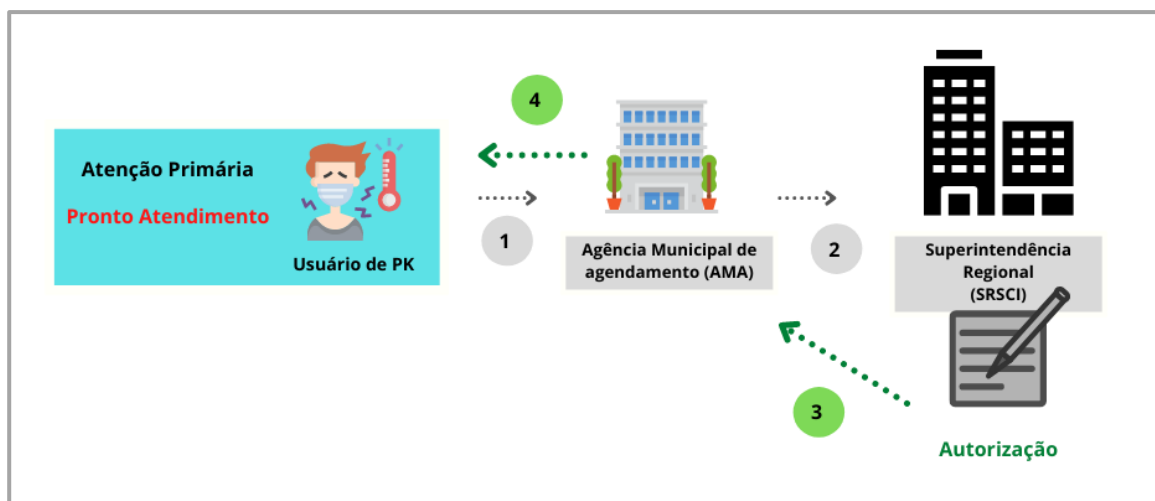
5.1 HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL

A política de regulação no município de Presidente Kenedy/ES até o ano de 2015 era desenvolvida pela Agência Municipal de Agendamento (AMA) com o intuito de qualificar o direito social, sendo essa uma das ações com a regulamentação do SUS, em atendimento as demandas decorrentes a procura do usuário por atendimento com especialistas. A AMA possuía o objetivo de organizar e estabelecer o fluxo de atendimento oriundos da atenção primária e do Pronto Atendimento Municipal, até seu último desfecho. Todos os trâmites eram realizados manualmente e as solicitações de exames e cirurgias eram enviados para a Superintendência Regional no município de Cachoeiro de Itapemirim (SRCI) via malote semanalmente pelo motorista com

recibo em cadernos conhecidos por protocolo. Todas as solicitações enviadas deveriam estar com a guia de Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPAI), que se trata de um sistema para transcrição dos quantitativos dos atendimentos prestados nos ambulatorios, as quais necessitam ser devidamente preenchidas, contendo todos os dados dos pacientes, além de anexo com toda a documentação dele. Assim que houvesse vaga nos prestadores, a SRCI autorizava as solicitações, informando a data e horário disponível e colocava no malote para devolver ao município.

As consultas com os especialistas eram agendadas via telefone em horário específico. Os pacientes que procuravam atendimento na AMA para consultas tinham seus nomes e contatos anotados em um caderno que constava todas as especialidades disponíveis. Após todos os municípios agendarem, era disponibilizado um outro horário para que os municípios tentassem disputar as sobras, uma vez que nem todos os municípios utilizavam sua cota inteira, ou seja, há especialidades que não são tão necessárias para um, mas para o outro é. A Figura 3 simplifica o fluxo de acesso inicial da política de regulação do município de Presidente Kennedy/ES.

Figura 3 - Fluxo de acesso à agência de regulação no município de Presidente Kennedy/ES até o ano de 2015



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

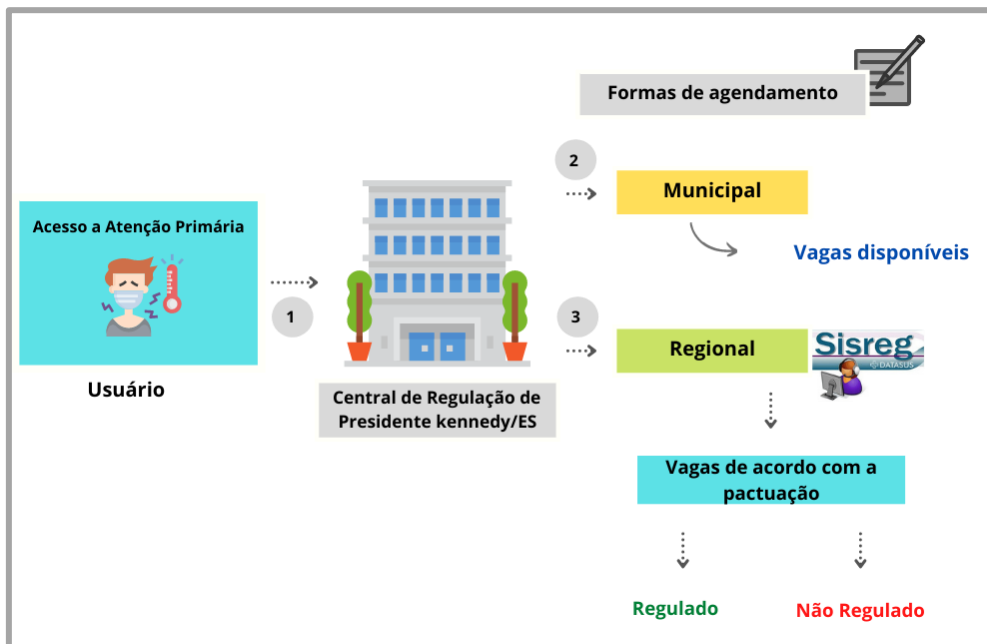
No ano de 1999-2002, o Ministério da Saúde disponibilizou o Sistema de Regulação (SISREG), para a administração, organização das demandas, e gerenciamento, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na

utilização dos recursos (SISREG, 2008). O SISREG é uma ferramenta do DATASUS, com o módulo de regulação ambulatorial para consultas de especialidades e exames através de um sistema informatizado. Portanto, era um sistema que não atendia diretamente a região sul do estado do Espírito Santo/ES, se tratava de uma central estadual. A região sul do ES só tinha acesso aos procedimentos que eram disponibilizados na região metropolitana (Vitória), ou seja, os procedimentos mais complexos não eram ofertados na região sul.

No ano de 2015, o SISREG passou por um novo processo, abrindo parâmetro para regulação regional, no qual o município de Presidente Kennedy/ES passou a solicitar via sistema à SRCI. Desta forma, foi uma nova fase para o sistema no intuito de desconstruir o conceito AMA e construir o conceito Central Municipal de Regulação com conscientização e responsabilização.

Desse modo, o paciente era atendido pela Atenção primária e encaminhado para atenção secundária somente quando esgotada toda condução do caso na APS para aperfeiçoar sua assistência, o paciente era direcionado à Central de Regulação para a entrega da sua solicitação e recebia um número de protocolo. Assim que o agendamento era realizado, o paciente era informado através de um contato, ou pelo seu Agente Comunitário de Saúde (ACS). Porém, o paciente precisava ficar atento caso seu agendamento não fosse realizado dentro do prazo esperado, pois havia casos que o sistema devolvia ou cancelava a solicitação, atendendo ao comando do médico regulador da SRCI, devido a necessidade de informações complementares, uma vez que a central de regulação do município de Presidente Kennedy não possui médico regulador. A Figura 4 demonstra a política de regulação de Presidente Kennedy/ES compreendida entre os anos de 2015 até o ano de 2019.

Figura 4 - Fluxo de acesso à central de regulação do município de Presidente Kennedy/ES durante os anos de 2015 - 2019



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Recentemente, no ano de 2020, um novo fluxo de regulação está sendo implementado no Município de Presidente Kennedy/ES, substituindo o SISREG (sistema de regulação). Esta nova política de regulação foi denominada de Regulação Formativa Territorial, sendo baseada na Portaria GM/MS 2.5461/11 a qual redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, cujo objetivo é apoiar a consolidação das Redes de Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Utiliza o sistema MVSOU (uma plataforma onde o software dá suporte para toda a cadeia de atendimento, sendo uma ferramenta sistêmica que reúne um conjunto de soluções otimizando o fluxo de dados entre os setores hospitalares e operadores de saúde), no qual o profissional regulador incorpora a competência de educação permanente e de assistente de referência. Ocorre através de solicitação e resposta entre profissionais de saúde de uma equipe da Atenção Primária e Especialistas vinculados, na forma assíncrona, com respostas obedecendo aos prazos de até 72 horas úteis a contar do envio da solicitação pelo médico solicitante.

De acordo com essa recente regulação, o profissional solicitante da APS acessa o MVSOU e escolhe o item de agendamento que o Cidadão necessita ser referenciado. Preenche os campos obrigatórios da Solicitação, principalmente, e o

CID 10 para especificar o problema de saúde abordado. A Solicitação é direcionada, por meio do Sistema, ao Profissional de Referência (Médico Especialista na área que o Cidadão foi referenciado) para avaliação. Avaliada a solicitação e o risco do Cidadão, esse profissional poderá devolver emitindo opinião formativa, manter em Regulação ou Autorizar a Solicitação.

Após o profissional de referência avaliar o quadro clínico e o risco do Cidadão, ele pode levar a dois desfechos: 1) Constatar que o paciente é passível de ser tratado na APS e fará a opinião formativa na Solicitação, orientando o manejo clínico seguro na APS pelo médico solicitante. 2) Constatar que o paciente necessita de acompanhamento no Nível Especializado, porém, em virtude da Pandemia de Covid-19 e da Portaria 038-R, de 19 de março de 2020, realiza-se a opinião formativa na ferramenta MV e orienta-se o manejo provisório pelo médico assistente solicitante da APS, retornando com essa Solicitação ao Regulador quando a consulta for disponibilizada.

A seguir é apresentado, na figura 5, o novo fluxo de regulação da atual política de regulação em saúde do município de Presidente Kennedy/ES.

Figura 5 - Fluxo de acesso de regulação atual do município de Presidente Kennedy/ES



Fonte: elabora pela autora.

5.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL

O acesso aos serviços de saúde é um tema complexo que envolve aspectos políticos, econômicos e sociais organizativos, sendo configurado como uma condição que viabiliza a entrada do usuário na rede de serviços, possibilitando seu atendimento, independente da renda, localização geográfica e condições socioeconômicas, estando ligado diretamente na capacidade do indivíduo obter sua necessidade acolhida dentro da oferta e da disponibilidade de recursos. O conceito de acesso é descrito por Jesus e Assis (2010) como o modo que o sistema se organiza para atender as necessidades, focando a oferta dos serviços e o fluxo do atendimento que irá determinar a qualidade da atenção no tempo adequado.

De acordo com os dados obtidos nos questionários aplicados aos trabalhadores envolvidos na regulação em saúde do município de Presidente Kennedy/ES, a regulação busca construir uma prática compreendida por ações em saúde, voltada à população que busca atendimento, dando respostas adequadas a cada demanda, conforme revela a fala deste profissional:

“[...] Disponibilizar o acesso a saúde para os moradores do município, da melhor forma possível, sendo realizado o primeiro atendimento, recebido o pedido e assim que disponível a vaga, agendado” (P4).

Barros e Amaral (2017) ressaltam que a existência de barreiras aos usuários, como fila para atendimento, é uma característica de desorganização do sistema, gerando falha no acesso. Almeja-se uma intervenção para a redução do agendamento em longo prazo e diminuir o tempo de espera para a consulta médica, porém, para que isso ocorra é necessário a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização dos serviços, acolhimento, buscando sempre a resolutividade.

De acordo com um dos profissionais participantes da pesquisa:

“A demanda é realizada por ordem de chegada e de acordo com a procura do paciente” (P2).

O acesso é um conceito que muitas vezes é empregado de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde. As dimensões de análise da categoria de acesso, em busca de uma totalidade concreta, teriam que ser alicerçadas no princípio da equidade.

Para apresentar um resultado de excelência, a estruturação das centrais de regulação exige um quantitativo de profissionais capacitados, responsáveis pela execução de ações específicas (BRASIL, 2006). Geralmente a equipe é formada pelos seguintes profissionais: Coordenador, Regulador, Solicitante/Operador e Atendente de Regulação.

O regulador é uma das peças-chave da central de regulação, sendo sua necessidade evidenciada em todas as falas dos profissionais envolvidos na participação do questionário aplicado. O regulador é responsável pela avaliação crítica e técnica dos laudos de solicitação, promoção do agendamento das consultas, baseado na classificação de risco de acordo com os protocolos de regulação pactuados. Além disso, atua sobre a demanda reprimida de procedimentos regulados, monitora a demanda, que requer autorização prévia, verifica as evidências clínicas das solicitações por meio da análise de laudo médico, observando os critérios de prioridade, autoriza ou não a realização do procedimento, defini a alocação da vaga de acordo com os recursos necessários para o melhor atendimento, avalia as solicitações de alteração de procedimentos já autorizados e a solicitação de procedimentos especiais, além de orientar e avaliar o preenchimento dos laudos médicos.

De acordo com as respostas obtidas nos questionários, alguns participantes apontaram que a falta do profissional regulador no município de Presidente Kennedy/ES dificulta o acesso pleno ao atendimento, uma vez que os técnicos não possuem conhecimento suficiente para estabelecer as prioridades em relação a alta demanda e baixa oferta, como cita na fala:

“[...] As limitações encontradas são, a falta de médico regulador e enfermeiro, pois todos os funcionários são técnicos, e a demanda da regulação é maior que a oferta, por isso a importância do profissional para

fazer triagem, para que se possa marcar a urgência de forma correta e de acordo com a necessidade do paciente” (P2).

Os reguladores têm o papel de se posicionarem entre o sistema e o usuário, interagindo para a garantia do acesso oportuno aos serviços de saúde. O processo de regulação obedece a hierarquização do atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido pela patologia do usuário (BASTOS, 2019).

No município em estudo nota-se uma lacuna no que se refere ao profissional regulador, uma vez que muitos processos poderiam ser solucionados se houvesse a participação do mesmo, conforme afirma a fala de um dos participantes dos questionários:

“[...] Há necessidade de um profissional regulador para melhor avaliação dos pedidos, evitando assim as devoluções por falta de um quadro clínico bem descrito” (P4).

O detalhamento dos fatores limitantes enfrentados pelos profissionais de saúde na regulação do município de Presidente Kennedy/ES revelam alguns entraves, tal como, a falta de interpretação das solicitações, uma vez que a maioria dos profissionais que atuam na regulação são técnicos, não possuindo habilidades para compreensão dos termos patológicos, portanto, realizam uma inserção deficiente no sistema, com detalhamento insuficiente, fazendo com que o sistema negue ou devolva para complementação de dados. Este trâmite pode causar uma morosidade na solicitação do paciente, podendo ser fator determinante em seu processo doença. O estudo demonstra a necessidade de implementações, a fim de proporcionar ações de melhorias, devendo ser iniciada pela contratação de um regulador, para que se possa trabalhar com os critérios de prioridade, proporcionando assim, um agendamento mais ágil e de forma equânime, garantindo acesso aos usuários e diminuindo as filas de espera.

A instituição do SUS, pela Constituição de 1988, destaca o princípio da Universalização, que pretende traduzir o entendimento de um tratamento mais equitativo.

A equidade é abordada de diferentes modos por autores, mesmo estando bastante próxima à palavra igualdade, podendo até constar como sinônimo, sendo um princípio que requer que se concentre nos mais necessitados. Alguns caracterizam-na nas condições de vida, de dificuldades no acesso dos serviços, outros abordam como capacidade ao nível de renda, onde a doença não pode ser evitada.

O conceito equidade é incorporado ao parâmetro da justiça e distribuição igualitária. A ideia de equidade até mesmo substitui o conceito de igualdade. A igualdade significa uma distribuição homogênea, a cada pessoa uma mesma quantidade, na mesma proporção. A equidade, por sua vez, leva em consideração que as pessoas são diferentes e que, todavia, possuem diferentes necessidades.

O Ministério da Saúde afirma que, se o SUS oferecesse o mesmo atendimento para todas as pessoas, na mesma proporção, certamente estaria oferecendo coisas desnecessárias para alguns e deixando de atender as reais necessidades de outros, mantendo as desigualdades, e retomando a estaca zero (BRASIL, 2020).

5.3 QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

De acordo com Santos e Vicentin (2012), um dos objetivos da administração pública é ofertar serviços à população com excelência e qualidade. Para isso, é fundamental o investimento na qualificação profissional como ferramenta para possibilitar o aperfeiçoando das habilidades e propiciar a melhoria na qualidade do atendimento.

O atendimento em saúde exige respeito à singularidade, acolhimento ao desconhecido e aceitação dos limites de cada situação. A política pública deve proporcionar condições necessárias para que os profissionais que estão voltados ao atendimento tenham suas necessidades atendidas, como valorização, e capacitação para um melhor desenvolvimento das suas atribuições. O profissional que se sente valorizado pela instituição que pertence está mais apto a atender com eficiência e de forma mais humanizada.

Fortes (2004) cita em seus estudos que a humanização vem sendo tratada como direito dos usuários, autonomia e satisfação. A humanização está ligada à ética, que

discute os princípios, as regras morais, além do bom convívio social. Na área da saúde, principalmente, o usuário necessita de um atendimento especializado, uma vez que o processo doença gera fragilidade, o tornando sensível. Para tanto, é essencial que o profissional tenha a sensibilidade para atender de maneira humanizada, criando condições para que este usuário possa se sentir acolhido, evitando quaisquer constrangimentos ou discriminação para sua dignidade humana. Há casos em que o paciente deixa de procurar atendimento por intimidação de preconceito, fazendo com que seu processo doença se agrave ainda mais. Há também aqueles casos onde o paciente carece apenas de atenção e um atendimento acolhedor. As vezes um atendimento ou uma boa orientação já resolve o seu problema.

A análise dos dados coletados com os participantes desta pesquisa apontou a necessidade desses profissionais, envolvidos na regulação em saúde do Município de Presidente Kennedy/ES, por capacitação continuada, o que, segundo esses, auxiliaria na hora de tomar decisão, como demonstra a fala:

“[...]Muitos, ou a grande maioria dos funcionários não são capacitados como deveria ser, recebendo treinamento e cursos adequados para exercerem seu trabalho com excelência” (P4).

O Ministério da Saúde, em 2003, em sua nova gestão estabeleceu a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), visando atingir todos os níveis de atenção em saúde, destacando também o papel do gestor no processo de humanização, pois este é o responsável por proporcionar condições adequadas para que seus servidores sejam valorizados, capacitados e conseqüentemente os usuários tenham seus direitos garantidos com atendimento de excelência. Nota-se que, muitas vezes, os serviços são ineficazes devido à falta de comunicação entre os gestores e os profissionais, falta de conhecimento das fragilidades do setor, falta de programação e elaboração de um plano de ação.

Fragilidades desta natureza também foram observadas na análise dos dados sobre o serviço de regulação em saúde, do Município de Presidente Kennedy/ES, com relação ao seu planejamento e eficiência na relação entre e gestores, profissionais e usuário, conforme relatado pelo profissional:

“[...] Falta de eficiência na relação profissionais/usuários, profissionais/profissionais e profissionais/gestores. Falta de planejamento, as atividades ocorrem por inércia. Além da deficiência na integralidade das ações” (P3).

Como proposta para superar essa fragilidade da relação entre os gestores e profissionais é necessário que se desenvolva competências com foco na melhoria pautado nos princípios do SUS.

De acordo com um dos profissionais participantes, o fluxo da central de regulação do município de Presidente Kennedy/ES envolve um sistema que interage e articula dispositivos a fim de facilitar o acesso aos serviços de saúde, contribuindo com ações cotidianas, equilibrando a oferta e a demanda.

“[...] O paciente passa pela unidade de saúde, onde é avaliado pelo médico. O procedimento solicitado da entrada na central de regulação. Os exames são avaliados pelos profissionais (atendentes) que trabalham na Central, depois é passado para o operador do SISREG para dar entrada no sistema do SUS” (P2).

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objetivo garantir a prestação de serviços à população, por meio de ações diretas e finais dirigida aos prestadores públicos e privados. Portanto, é essencial seu funcionamento adequado para que as necessidades dos usuários sejam atendidas, pois, sem ela, os usuários ficariam peregrinando de porta em porta buscando atendimento.

“[...] Além das marcações de consultas, exames e cirurgias via SISREG, há o agendamento das especialidades atendidas dentro do município e o sistema do Consórcio” (P3).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa, buscou-se identificar a relação do princípio da equidade e a realização das ações do serviço de Regulação em saúde, descrevendo as fragilidades e potencialidades de sua aplicabilidade no serviço de saúde no município de Presidente Kennedy/ES. A Política de Regulação da Atenção à Saúde tem como objetivo orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, organizar a oferta de serviços de acordo com as necessidades de saúde da população, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações, possibilitando o acesso dos usuários as ações de saúde especializadas. O desenvolvimento da pesquisa levou a construção de quatro categorias temáticas: Acesso ao Serviço de Saúde; Equidade; Fragilidades na Regulação e Superação para os Desafios. A primeira categoria abordou o fluxo do atendimento, bem como os trâmites necessários que levam o desfecho final do usuário. A segunda categoria apontou que os profissionais envolvidos demonstraram reconhecer a função da regulação e sua relação com o princípio da equidade, porém, a prática desta ação não é posta em prática devido as limitações. A terceira categoria, a mais discutida, demonstrou algumas fragilidades, demonstrando necessidade de capacitação dos recursos humanos envolvidos na regulação, especialmente voltada à sensibilização e conscientização quanto a utilização das cotas disponíveis. Notou-se também a falta de protocolos para norteamento das solicitações, uma vez que esses profissionais relatam realizarem o atendimento por ordem de chegada e não na priorização do caso. A falta de um profissional regulador é mencionada inúmeras vezes, uma vez que a maioria dos profissionais envolvidos na regulação do município são atendentes, sem conhecimento técnico. A quarta e última categoria foi desenvolvida a partir das ações de superação esperadas por estes profissionais para melhor funcionamento do fluxo de acesso da regulação, e descreveu que os profissionais anseiam por ações que possam otimizar o processo de demanda e oferta, bem como contratação de um profissional regulador, criação de protocolos e capacitação dos profissionais. O desenvolvimento desta pesquisa enfrentou importante dificuldade na discussão dos resultados obtidos devido à escassez de documentos que estabelecem o funcionamento do sistema municipal e seu fluxo. Outra dificuldade, devido à escassez de estudos, foi discutir a Nova Formativa Territorial que está sendo implantada, sendo

entendida como fase atual da regulação em saúde, em substituição ao SISREG, sendo um modelo de atenção e de organização do sistema de serviços de saúde para a reorientação do modelo assistencial, integrando a Atenção Primária em saúde (APS) com a atenção ambulatorial especializada e com a atenção hospitalar até a mais alta complexidade, com a organização dos fluxos assistenciais a partir do referenciamento compartilhado de condições de saúde entre serviços e profissionais de saúde dos diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários, visando a integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e eficácia clínica. Acredita-se que as contribuições deste estudo são de importante valia para o desenvolvimento de ações, buscando aperfeiçoar os recursos disponíveis, buscando garantir a melhor alternativa diante das necessidades de atenção à saúde da população.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, C. A. M. *et al.* O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, 2017.
- ALMEIDA, C. *et al.* **A reforma sanitária brasileira**: em busca da equidade. Pesquisa em Saúde Pública. Documentos técnicos. Washington, D.C: OPAS, 1999.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic.**, Saúde, Educ., v.9, n.16, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832005000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 abr. 2021.
- BAGATINI, C. L. T. A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde: o caso do Rio Grande do Sul. 2017. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Economia da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, 2017. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/bvsecos/tcc_Carmen_Bagatini.pdf. Acesso em: 5 abr. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, F. P. C.; AMARAL, T. C. L. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. **An Inst Hig Med Trop**, v. 16, Supl. 3, 2017, S39- S45. Disponível em: <https://anaisiht.com/index.php/ihmt/article/view/42/35>. Acesso em: 5 abr. 2021.
- BASTOS, L. B. R. **Regulação da saúde no estado do Pará**: um estudo na região metropolitana de Belém. 2019. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/9534/5/Tese%20-%20Luzia%20Beatriz%20Rodrigues%20Bastos%20-%202019.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2021.
- BASTOS, L. B. R. *et al.* Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 25, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde n.º. 8.080**. Regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. 2ª edição Brasília, 1991. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1. Brasília-DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores**. Brasília, 2006. Vol.6.
- BRASIL. **Portaria nº 1.559, de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.
- BRASIL. **Decreto nº 7.058, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde

- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008.

BRASIL. **Proposta de Protocolos de Regulação Para Acesso a Consultas e Exames Especializados.** 1ª Versão Revisora para Homologação. Vitória. Março 2015.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis, Vozes, 2008.

CELUPPI, I. C. *et al.* 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302-313, abr-jun, 2019.

ELIAS, P. E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Saude soc.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996.

FIGUEIREDO, A. T.; ANGULO-TUESTA, A.; HARTZ, Z. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290215, p. 1-26, 2019.

FORTES, P. A. de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, set-dez 2004.

GAMARRA, T. P. das N. A produção acadêmica sobre regulação em saúde: um recorte a partir da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. **SALUSVITA**, Bauru, v. 37, n. 2, p. 323-340, 2018.

GEPHART Jr.; ROBERT, P. Qualitative Research and the Academy of Management Journal. From the Editors. **Academy of Management Journal**, 2004, Vol. 47, No. 4, 454-462.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privados-dependentes:** a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS:** política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PEITER, C. C. *et al.* Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016.

SANTOS, R. M. dos; VICENTIN, R. Qualificação profissional técnico-científica dos servidores públicos: por um atendimento de excelência. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3369, 21 set. 2012.

SISREG. **Manual do Operador Solicitante SISREG III** (Solicitação e Agendamento de Consultas e Procedimentos). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Datasus, 2008.

SOUZA, L. E. P. F. de. O *SUS* necessário e o *SUS* possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.3, pp.911-918, 2009.

SPEDO, S. M. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], vol.25, n.8, pp.1781-1790, 2009.

VILARINS, G. C. M. *et al.* A Regulação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO



APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE REGULAÇÃO EM SAÚDE MUNICIPAL

Caro Profissional,

Este trabalho faz parte de uma avaliação relacionada as Políticas de Regulação do município de Presidente Kennedy—ES e, você, foi escolhido para contribuir com esta pesquisa. Segue abaixo algumas orientações:

- Não existe resposta certa ou errada. Em caso de dúvidas responda o máximo possível do assunto do seu ponto de vista pessoal;
- Evite deixar questões em branco;
- Não é necessário identificar-se por nome; respeitando assim o sigilo das informações.

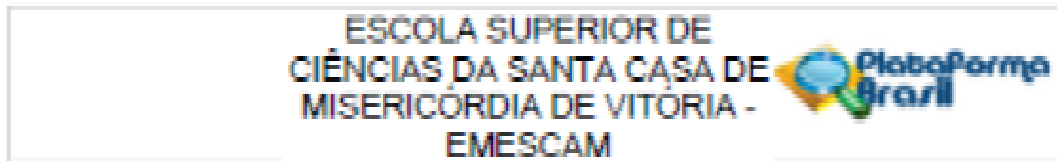
Identificação da função exercida na Central de Regulação

Data do início das atividades no estabelecimento/ nesta unidade:

- 1) Quais são as ações desenvolvidas na Regulação de Acesso a Saúde no Município de Presidente Kennedy?
- 2) Qual sua percepção em relação a equidade?
- 3) Quais são as limitações enfrentadas no cotidiano?
- 4) Sugestões para superação.
- 5) Atuação dos profissionais do setor de Regulação em Acesso.

Presidente Kennedy, ____/____/____.

APÊNDICE B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EMESCAM

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A POLÍTICA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO/ES

Pesquisador: Maresca Cristiane Malini de Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34925320.2.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.235.030

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Estado do Espírito Santo

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Jairo Friks Teixeira, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMAS), em função de Secretário Municipal de Saúde da mesma, autorizo a realização da pesquisa intitulada A POLÍTICA DE REGULÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, sob a responsabilidade da pesquisadora Mareisa Cristiane Malini de Lima.

Comunica que os procedimentos da referida pesquisa a serem realizados nesta instituição somente poderão ter início após a apresentação da Carta de Aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição Proponente, conforme disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Presidente Kennedy-ES, de 03 de Fevereiro 2020.


 Jairo Friks Teixeira
 Secretário Municipal de Saúde
 Presidente Kennedy-ES, 03/02/20
 Secretário Municipal de Saúde
 Jairo Friks Teixeira
 CPF: 726 453 64784

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada: A POLÍTICA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO/ES sob a responsabilidade de Maressa Cristiane Malini de Lima.

JUSTIFICATIVA: A “central de regulação” é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda de acordo com as hipóteses diagnósticas de cada solicitação, com a finalidade de garantir o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, minimizando assim a angústia a espera de um diagnóstico e promovendo assim a equidade em saúde. Portanto, a busca de informação e conhecimento científico sobre a realidade da Política Municipal de Regulação em Saúde pode repercutir em investimentos em ações voltadas para melhorias desse serviço ofertado pelo município.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA: Este trabalho tem como objetivo analisar a interface entre o serviço de Regulação do município de Presidente Kennedy e a efetivação princípio da equidade a partir da percepção dos profissionais envolvidos no sistema de regulação municipal.

PROCEDIMENTOS: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com análise quanti e qualitativa com base em dados secundários, coletados em documento oficiais (Políticas Públicas de Regulação de Acesso e Protocolos) e entrevistas com funcionários envolvidos na regulação em saúde do Município.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: A pesquisa será realizada no município de Presidente Kennedy, na central de regulação em saúde e terá duração de 3 meses. O tempo previsto para responder o questionário é de no máximo trinta (30) minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS: O estudo apresenta como risco o constrangimento e o tempo do sujeito para responder ao questionário aplicado. Considerando que a Resolução CNS 466/12 dispõe em seu item V: “Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. Os riscos serão minimizados com a garantia do sigilo na identificação dos participantes da pesquisa e agendamento prévio. O tempo previsto para responder o questionário é de no máximo trinta (30) minutos.

BENEFÍCIOS: O estudo realizado poderá apresentar uma análise concreta sobre a realidade da Política de Regulação em Saúde Municipal e a efetivação do princípio da equidade para os usuários. Isso possibilitará evidenciar a existência da demanda reprimida, possíveis fragilidades no protocolo municipal de regulação e investimento em políticas públicas voltadas para melhorias desse serviço ofertado pelo município.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

Rubrica do paciente/responsável

Rubrica do pesquisador responsável

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o(a) pesquisador(a) MARESSA CRISTIANE MALINI DE LIMA, no telefone (27) 99865-5057, ou endereço RODOVIA DO SOL, 1740, APT 1404, PRAIA DE ITAPARICA. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

PRESIDENTE KENNEDY, ____/____/____

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “A POLÍTICA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO/ES”, eu, MARESSA CRISTIANE MALINI DE LIMA, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

Rubrica do paciente/responsável

Rubrica do pesquisador responsável