

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**REGULAÇÃO EM SAÚDE:  
UM DIÁLOGO COM O PRINCÍPIO DA EQUIDADE**

**CAROLINE CECHINEL**

**FLORIANÓPOLIS  
2014**



**Caroline Cechinel**

**REGULAÇÃO EM SAÚDE:  
UM DIÁLOGO COM O PRINCÍPIO DA EQUIDADE**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina.

**Orientador:** prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

**Florianópolis  
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Cechinel, Caroline  
Regulação em Saúde : um diálogo com o princípio da  
equidade / Caroline Cechinel ; orientador, Walter Ferreira  
de Oliveira - Florianópolis, SC, 2014.  
230 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Regulação em Saúde. 3. Equidade.  
4. Gestão em Saúde. I. Oliveira, Walter Ferreira de . II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



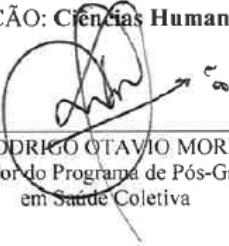
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

*“Regulação em saúde: um diálogo com o princípio da equidade”*

**Caroline Cechinel**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

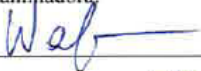
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**



---

PROF. DR. RODRIGO OTAVIO MORETTI PIRES  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:



---

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Presidente)



---

Profª. Dra. Maria Cristina Marino Calvo (Membro)



---

Prof. Dr. Sérgio Fernando Forres de Freitas (Membro)



---

Prof. Dr. Flávio Ricardo Liberali Magajewski (Membro)



Dedido este trabalho aos meus pais, Silesia e Otavio, por alimentarem em mim o amor pelos livros e batalharem comigo para o alcance dos meus sonhos





## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e a toda a Espiritualidade Maior pela oportunidade de desenvolver minha profissão em benefício da coletividade, pelas inspirações nos momentos em que tudo se mostrava difícil, e pela fé que me dava a certeza de que eu seria capaz.

Aos Meus pais, Silesia e Otavio, por acreditarem nos meus sonhos e se dedicarem para me ajudar a alcançá-los. Este trabalho também é de vocês.

Ao Lucas, meu amor, parceiro e melhor amigo, que foi meu grande companheiro no cumprimento deste projeto. Obrigada por toda a torcida, por acreditar em mim e me incentivar. Você desperta o meu melhor.

Aos meus irmãos, Juliano e Amanda pelos momentos em família, e por acompanharem, mesmo de longe, o desenvolvimento desta jornada.

À pequena Alice, que veio em meio a tudo isso, acalentando o meu coração nos momentos mais difíceis. Você é especial.

Ao meu orientador, prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira pela compreensão e incentivo em meio às dificuldades na conclusão deste trabalho.

À Dra. Gabriela Lanzoni, amiga e grande mestre. Nossos encontros eram muito mais do que reuniões de trabalho. Você é uma grande líder.

À prof. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann por me inserir no mundo da pesquisa e me incentivar a seguir na vida acadêmica.

Aos profissionais do Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, pela recepção e disponibilidade para a coleta de dados.



*Em todos os instantes, em todas as situações, com todas as criaturas, diante de quaisquer problemas, à frente de quaisquer lutas, perante todas as ocorrências da estrada e em todas as nossas experiências, por dentro e por fora de nós, jamais nos arredes do trabalho, Senhor.*

*(Chico Xavier)*



## RESUMO

A gestão em saúde é um dos pilares para o desenvolvimento de um sistema de saúde de qualidade que responda efetivamente às demandas da população. Como ferramenta desse processo de gestão, a Regulação em Saúde tem por funções primordiais o encaminhamento do usuário às ações e serviços de saúde adequados as suas necessidades assistenciais, em consonância com a otimização na alocação e distribuição dos recursos financeiros disponibilizados pelo Estado. Assim, facilita a disponibilização de ações e serviços de assistência à saúde, preferencialmente àqueles que se apresentarem em situações prioritárias, indo ao encontro do princípio doutrinário do SUS da equidade. Este estudo objetivou identificar a relação do princípio da equidade e a realização das ações do serviço de Regulação em Saúde em um município de grande porte localizado no sul do país. A pesquisa foi realizada no setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de um município de grande porte do sul do país. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com o uso do Estudo de Caso como referencial metodológico. Utilizou técnicas de grupo focal, análise documental e observação participante para contemplar o objetivo proposto. Para análise dos dados foi utilizada a Análise Temática. O grupo focal contou com a participação de 8 integrantes, incluindo 1 enfermeiro, 4 reguladores, sendo 2 médicos e 2 dentistas, e 3 gerentes, entre eles a gerência de Regulação, gerência de Controle e Avaliação, e a diretora do setor de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria. A análise documental foi desenvolvida em aproximadamente 30 dias, a partir dos documentos: Plano Municipal de Saúde 2011/2014; Instrução Normativa Municipal 003/2013 que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG); manual municipal de Boas Práticas em Saúde; e Proposta de Implementação do Complexo Regulador da Grande Florianópolis. Como resultado da pesquisa, emergiram três categorias temáticas: Ações do Serviço de Regulação em Saúde; Equidade na Regulação em Saúde; e Atuação dos profissionais. Foi evidenciada a importância da capacitação permanente dos recursos humanos envolvidos na regulação, de modo a sensibilizá-los sobre a necessidade de utilização do SISREG como ferramenta unificada para a regulação, e sobre a importância da Estratégia de Saúde da Família como elo entre usuários e serviços de saúde especializados proporcionados pelo setor de regulação. Os profissionais demonstraram compreender a função da Regulação em Saúde no processo de gestão

em saúde, e demonstraram reconhecer sua relação com o princípio da equidade, sendo este revelado como o principal objetivo da Regulação em Saúde. As funções dos diferentes profissionais envolvidos no processo de regulação são bem definidas e compreendidas. Apesar de as funções serem bem delimitadas, os profissionais demonstraram conhecimento da totalidade do processo, e revelaram que, caso necessário, executam as funções de outros profissionais para garantir o bom funcionamento do setor. Por fim, destaca-se a deficiência de estudos científicos desenvolvidos na área da Regulação em Saúde, de maneira a limitar as discussões sobre as informações que emergiram nesta pesquisa.

**Palavras-chave:** Regulação em Saúde; Regulação e Fiscalização em Saúde; Equidade; Equidade no Acesso; Gestão em Saúde; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

The health management is one of the pillars for the development of a quality health system that responds effectively to the demands of the population. As a tool of this management process, the Regulation on Health has as primary functions the referral of the user towards adequate actions and health services to suit his assist needs, in consonance to the optimization in the allocation and distribution of financial resources provided by the State. Thus, it facilitates the availability of actions and health care services preferentially to those who present themselves in priority situations, meeting the doctrinal SUS principle of equity. This study aimed to identify the relation of the principle of equity and the achievement of the actions of in service Health Regulation in the health service of a large city located in the south of Brazil. The research was performed in the Regulation Department of Municipal Health Bureau of a large city in the south of Brazil. This is a qualitative nature study, which uses the Case Study as a methodological reference. It has used focus group techniques, document analysis and participant observation to reach the proposed objective. To analyze the data it was used the Thematic Analysis technique. The focus group was attended by 8 members, including 1 nurse, 4 regulators, being 2 doctors and 2 dentists, and 3 managers, including the Regulation Manager, the Control and Evaluation Manager, and the Director of the Department of Regulation, Control, Evaluation and Auditing. Document analysis was developed in approximately 30 days, using the documents: Municipal Health Plan 2011/2014; Municipal Normative Instruction 003/2013 that regulates the process of appointment scheduling and specialized exams through the Brazilian National Regulation System (SISREG); Good Practice in Health Municipal Manual; Regulation Complex of Florianopolis Metropolitan Region Implementation Proposal. As a result of the research, three theme categories were revealed: Regulation Actions in Health, Equity in Health Regulation, and Professionals Performance. It was evidenced the importance of ongoing training of human resources involved in the regulation process, in order to sensitize them on the need of use of SISREG as a unified tool for regulation, and the importance of the Family Health Strategy as a liaison between users and specialized health care services, provided by the regulatory sector. The professionals showed to understand the function of Health Regulation in the health management process, and demonstrated to recognize its relation with the principle of equity, which is revealed as the main

objective of the Regulation in Health. The roles of the different professionals involved in the regulatory process are well defined and understood. Although the functions are well delimited, the professionals demonstrated knowledge of the entire process, and revealed that, if necessary, could perform the functions of other professionals to ensure the smooth functioning of the department. Finally, stands out the deficiency of scientific studies in the area of health regulation, in a manner to limit the discussions on the information that emerged from this research.

**Keywords:** Health regulation; Health Care Coordination and Monitoring; Equity; Equity in Access; Health Management; Public Health; Unified Health System.



## RESUMEN

La gestión de la salud es uno de los pilares para el desarrollo de un sistema de salud de calidad que responda efectivamente a las demandas de la población. Como una herramienta de este proceso de gestión, la Regulación de Salud tiene como funciones principales la remisión del usuario acciones y servicios de salud adecuados para satisfacer sus necesidades de asistencia, en consonancia con la optimización en la asignación y distribución de los recursos financieros proporcionados por el Estado. Por lo tanto, facilita la disponibilidad de las acciones y servicios de atención a salud preferentemente a los que se presentan en situaciones de prioridad, cumpliendo el principio doctrinal de SUS de la equidad. Este estudio tuvo como objetivo identificar la relación entre el principio de la equidad y el logro de las acciones de salud en el servicio de Regulación en Salud en el servicio de salud de una gran ciudad situada en el sur de Brasil. La investigación se realizó en el Departamento Regulación de la Oficina Municipal de Salud de una gran ciudad en el sur de Brasil. Se trata de un estudio de carácter cualitativo, que utiliza el Estudio de Caso como referencia metodológica. Se utilizó técnicas de grupos focales, análisis de documentos y observación participante para alcanzar el objetivo propuesto. Para analizar los datos se utilizó la técnica de Análisis Temático. El grupo de discusión contó con la participación de 8 miembros, incluyendo 1 enfermera, 4 reguladores, incluidos 2 médicos y 2 odontólogos y 3 gerentes, entre ellos la gerencia de Regulación, la gerencia de Control y Evaluación y la Directora del departamento de Regulación, Control, Evaluación y Auditoría. El análisis documental se desarrolló en aproximadamente 30 días, a partir de los documentos: Plan Municipal de Salud 2011/2014; Instrucción Normativa Municipal 003/ 2013 que regula el proceso de programación de citas y exámenes especializados a través del Sistema de Regulación Nacional de Brasil (SISREG); Manual Municipal de Buenas Prácticas en Salud; Propuesta de Implementación del Complejo de Regulación de la Gran Florianópolis. Como resultado de la investigación, reveló tres categorías temáticas: Acciones de Regulación en Salud, Equidad en la Regulación en Salud, y Actuación de los profesionales. Se evidenció la importancia de la formación continua de los recursos humanos involucrados en el proceso de regulación, con el fin de sensibilizarlos sobre la necesidad de uso del SISREG como una herramienta unificada para la regulación, y la importancia de la Estrategia de Salud de la Familia como un enlace entre los usuarios y

servicios de salud especializados prestados por el departamento de regulación. Los profesionales demostraron entender la función de la Regulación en Salud en el proceso de gestión de la salud, y demostraron reconocer su relación con el principio de equidad, que se revela como el objetivo principal de la Regulación en Salud. Las funciones de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de regulación están bien definidas y comprendidas. Aunque las funciones están bien delimitadas, los profesionales demostraron conocimiento de todo el proceso, y revelaron que, en caso de ser necesario, ejecutan las funciones de otros profesionales para garantizar el buen funcionamiento del departamento. Por último, se destaca la carencia de estudios científicos desarrollados en el ámbito de la regulación de la salud, de manera a limitar los debates sobre la información que surgió de esta investigación.

**Descriptor:** Regulación en Salud; Regulación y Fiscalización en Salud; Equidad; Equidad en el Acceso; Gestión en Salud; Salud Pública; Sistema Único de Salud.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1. Conceituação dos componentes da Regulação da Atenção à Saúde.....	43
Quadro 2. Responsabilidades gerais da gestão do SUS referente à Regulação, segundo as três esferas de governo .....	45
Quadro 3. Distribuição das Centrais de Regulação nas Regiões do Brasil.....	52
Quadro 4. Relação de categorias e subcategorias desveladas pelo estudo. .....	68



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Fluxo de processamento de dados pelo Sistema de Informações .....	50
---	----



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APS: Atenção Primária em Saúde

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde

CEPSH: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

PDR: Plano Diretor de Regionalização

PDI: Plano Diretor de Investimento

PMF: Prefeitura Municipal de Florianópolis

PPI: Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

PubMed / Medline: National Library of Medicine, USA

SES: Secretaria de Estado da Saúde

SI: Sistema de Informações

SIS: Sistema de Informações em Saúde

SISREG: Sistema Nacional de Regulação

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

WHO: World Health Organization





## SUMÁRIO

### *Parte I*

INTRODUÇÃO .....	31
1. OBJETIVOS.....	35
1.1. Objetivo Geral .....	35
1.2. Objetivos Específicos .....	35
2. JUSTIFICATIVA.....	37
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	39
3.1. Equidade .....	39
3.2. Regulação em Saúde.....	41
3.2.1. SISREG – Instrumento para a Regulação em Saúde .....	49
4. METODOLOGIA .....	53
4.1. Revisão Integrativa da Literatura .....	53
4.2. Estudo de Caso .....	54
4.2.1. Grupo Focal.....	55
4.2.2. Análise Documental .....	56
4.2.3. Observação Participante.....	57
4.3. Técnica de análise dos dados – Análise Temática.....	58
4.4. Local de Investigação – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.....	60
4.5. Participantes da Pesquisa.....	61
4.6. Preceitos Éticos e Legais .....	62

### *Parte II*

5. RESULTADOS.....	67
--------------------	----

5.1. Manuscrito 1 - INTERFACE ENTRE REGULAÇÃO EM SAÚDE E EQUIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	69
5.2. Manuscrito 2 - AÇÕES DO SERVIÇO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE: UM ESTUDO DE CASO .....	95
5.3. Manuscrito 3 - REGULAÇÃO EM SAÚDE: UM DIÁLOGO COM O PRINCÍPIO DA EQUIDADE.....	113
5.4. Manuscrito 4 - REGULAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES ESPERADAS PARA OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS .....	133

***Parte III***

CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	161
REFERÊNCIAS .....	165
APÊNDICES .....	175
ANEXOS .....	187

## APRESENTAÇÃO AO LEITOR

Um fator impulsionador para a construção deste trabalho foi o interesse sobre um dos pressupostos básicos do SUS, a equidade. A vivência prática possibilitou à autora verificar o potencial de efetividade deste princípio por meio da Regulação em Saúde, sendo esta, muitas vezes, pouco valorizada e mal utilizada, tornando-se pouco eficiente para a qualificação do sistema.

Desde o início de sua atuação prático-profissional no setor de Regulação em um município do estado de Santa Catarina, a autora evidenciou a importância do investimento intelectual e científico na área de Regulação em Saúde, muitas vezes esquecida ou negligenciada, especialmente em municípios de grande porte, com grande potencial para avançar na qualificação da saúde. Desta forma, a autora identificou que o desenvolvimento deste estudo poderia ser um instrumento de grande valia, e o investimento científico na área traria grandes benefícios ao desenvolvimento científico na área da saúde.

Assim, o trabalho configura-se em três partes principais.

A **Parte I** contém a contextualização do problema, sendo dividida em cinco etapas, a saber: Na **Introdução** é apresentado o tema Regulação em Saúde e sua interface com a equidade, bem como é evidenciada a pergunta de pesquisa, impulsionadora e guia do trabalho; Os **Objetivos** apresentam o objetivo geral da pesquisa, e seus objetivos específicos, que juntos têm o intuito de apresentar o funcionamento do Complexo Regulador de Florianópolis; A **Justificativa** apresenta os motivos e a importância da realização do estudo no contexto proposto, considerando o potencial de qualificação do sistema de saúde do município estudado, e a capacidade de coparticipação da Regulação em Saúde neste processo enquanto instrumento; A **Fundamentação Teórica** traz ao leitor a contextualização do tema, apresentando detalhadamente os conceitos que envolvem a área da Regulação em Saúde, abordando também a princípio doutrinário da equidade, e suas relações; A **Metodologia** foi estruturada em seis itens: “1) *Revisão Integrativa de Literatura*; 2) *Estudo de caso* com 3 subitens, caracterizando as estratégias utilizadas para o seu desenvolvimento, sendo estas Grupo Focal, Análise Documental, e Observação Participante; 3) *Análise Temática* como metodologia de análise dos dados; 4) *Local de Investigação*; 5) *Participantes da Pesquisa* 6) *Preceitos Éticos e Legais*”.

Na **Parte II** estão os **Resultados**, apresentados em formato de artigos científicos, conforme regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Apresenta os resultados do desenvolvimento das etapas metodológicas, sendo estas argumentadas, corroboradas ou contrapostas com a literatura pertinente. Foram produzidos quatro manuscritos, intitulados “Interface entre Regulação em Saúde e equidade: uma revisão integrativa da literatura”; “Ações do serviço de Regulação em Saúde em um município de grande porte: um estudo de caso”; Regulação em Saúde: um diálogo com o princípio da equidade”; e “Regulação em Saúde: ações esperadas para os profissionais envolvidos”. A **Parte III** inclui os elementos pós-textuais: considerações finais; referências; apêndices; e anexos.

Ao final, espera-se atingir os leitores de modo a sensibilizá-los em relação à importância do tema, e difundir o conhecimento sobre a área da Regulação em Saúde, com o intuito de facilitar a qualificação da saúde.

*Parte I*



## INTRODUÇÃO

A gestão em saúde é um dos grandes desafios para consolidação dos sistemas de saúde. A Regulação em Saúde é considerada uma macrofunção da gestão do SUS, que objetiva contribuir para um sistema de saúde que possibilite a oferta de ações e serviços de saúde de forma integral, universal e equânime. O tema Regulação em Saúde passou a ter maior visibilidade e relevância há pouco tempo, devido à dificuldade de compreensão sobre seus conceitos e concepções necessárias para seu exercício, permanecendo, assim, em segundo plano em relação às inúmeras demandas dos gestores de saúde (BRASIL, 2007).

A Regulação pode ser entendida como a “intervenção do governo, por meio de regras, leis e normas, no mercado de prestação de serviços de saúde, ou no sistema de saúde”. Entretanto, tem também como significados: “sujeitar a regras, dirigir, regrar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em, acertar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar” (BRASIL, 2007, p.25).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), “a Regulação é função de governança dos sistemas de saúde; ela está atrelada à função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuições de recursos, bens e serviços de saúde” (OMS, 2000 *apud* OLIVEIRA, 2010).

Regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2007, p.23).

Os sistemas de Regulação em Saúde são direcionados a responderem às funções do SUS voltadas para soluções referentes à otimização na alocação e distribuição de recurso (BRASIL, 2013a). A necessidade das ações de Regulação em Saúde é justificada pela importância do Estado em garantir que as decisões permaneçam

consistentes com o interesse público, e traduzam o interesse dos cidadãos, usuários do SUS, representando a autoridade do Estado sobre as decisões tomadas (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

Desde a sua criação em 1988 pela Constituição Federal, o SUS foi orientado para a lógica de Descentralização e Regionalização, dois dos seus princípios organizativos, com enfoque para a municipalização das ações e serviços de saúde. Nesse contexto, a Regionalização dos serviços e ações de saúde permite maior conhecimento dos problemas de saúde da população de determinada área, e a Descentralização do poder redefine as responsabilidades sobre as decisões tomadas, justificada pela maior chance de acerto quanto maior a proximidade da decisão ao fato, direcionada preferencialmente aos municípios, processo definido como Municipalização (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011).

Devido à realidade do país, em que 70% dos municípios brasileiros possuem menos que 20.000 habitantes, não é necessário uma central de regulação para cada município. Em casos de municípios de pequeno porte, as centrais de regulação devem ser instituídas em regiões de saúde, uma vez que nestes casos as ações de saúde de média e alta complexidade também são, na sua maioria, realizadas segundo estas regiões (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Partindo destes pressupostos, a NOAS 2001 vem a corroborar a colaboração da Regulação em Saúde para a Descentralização e Regionalização.

Para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções



de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação (BRASIL, 2001, p.2).

A NOAS 2001 citou a Regulação em Saúde, definindo-a como meio de garantia de acesso da população aos serviços de saúde. A fragmentação das ações referentes à Regulação em Saúde não foram superadas a partir das sugestões da NOAS 2001. Para tanto, o Pacto em Saúde vem, em 2006, reorientar as práticas da Regulação em Saúde, iniciando uma nova etapa na regulamentação da área, sendo posteriormente acompanhado da legislação vigente (BRASIL, 2001)

O Pacto pela Saúde é um instrumento que orienta a pactuação das três esferas de governo sobre o tema, definindo suas responsabilidades e firmando a Regulação em Saúde como uma importante ferramenta para a gestão do sistema (BRASIL, 2006b).

A capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em Saúde é a sexta das 11 Funções Essenciais em Saúde Pública definidas pela OMS. As Funções Essenciais em Saúde Pública são condições que favorecem a prática da Saúde Pública. Ou seja, são pontos que facilitam o alcance do bem-estar da população, por meio da mobilização e organização atribuídas aos órgãos gestores em saúde, orientando, fortalecendo e qualificando as práticas em Saúde Coletiva, o que denota a relevância do tema (OPAS, 2001).

Em 2008 foi instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, através da portaria 1.559 deste ano, a fim de regulamentar, dentre outras, as ações de Regulação no âmbito do SUS, e fortalecer os instrumentos de gestão, “que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde” (BRASIL, 2008, p.1).

O acesso equânime de que trata esta portaria apenas reforça o que já é garantido pela Constituição Federal de 1988, que trata da saúde em seus artigos 196 até o 200. O artigo 196 afirma que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, o que exige a constante preocupação em garantir o acesso universal aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Segundo este princípio, “todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido e acolhido conforme as suas necessidades”. Assim, o SUS deve considerar as desigualdades dos indivíduos no momento de responder às demandas, a fim de superar tais

iniquidades, sendo assim, um princípio de justiça social (BRASIL, 2006b, p.21).

A associação entre a equidade e a Regulação em Saúde é apresentada já na NOAS 2001. Assim, para se alcançar uma regulação da assistência “voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” é necessário um planejamento prévio e avaliação dos “recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência”; “a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede”; a instrumentalização dos profissionais médicos reguladores, que, orientados por protocolos técnico-operacionais previamente definidos, possam compreender a função exercida e o contexto da Regulação em Saúde; “a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação” (BRASIL, 2001, p.11).

Diante disso, e analisando o contexto econômico da saúde, bem como a necessidade de seguimento do princípio da equidade, faz-se necessária a regulação das ações em saúde. Assim, a Regulação em Saúde demonstra ser uma excelente ferramenta para otimização dos recursos financeiros, a fim de suprir as necessidades de usuários em situações de iniquidades de saúde (BRASIL, 2007).

Com base nestas constatações, este estudo se propõe à seguinte investigação: Como se dá o serviço de Regulação dos serviços de saúde em um município de grande porte da região de saúde da grande Florianópolis / SC, e qual sua relação com o princípio da equidade?

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. Objetivo Geral**

- Identificar a relação do princípio da equidade e a realização das ações do serviço de Regulação em Saúde em um município de grande porte localizado no sul do país.

### **1.2. Objetivos Específicos**

- Fazer um diagnóstico das ações do serviço de regulação dos serviços de saúde realizadas pelo Setor de Regulação no município estudado.
- Verificar a interface entre o Serviço de Regulação e o princípio da equidade.
- Definir ações esperadas para os diferentes profissionais envolvidos na Regulação em Saúde no município.



## 2. JUSTIFICATIVA

As lacunas encontradas na literatura demonstram a necessidade de maiores investimentos em estudos que investiguem a regulação da atenção à saúde, devido ao seu potencial de benefícios para o setor saúde.

Ao se propor a realizar um diagnóstico das ações do setor de regulação à saúde em um município de grande porte, este estudo descreverá ações efetivas ou não para a saúde, gerando maior conhecimento sobre estratégias possíveis para a qualificação da gestão em saúde.

Hoje, o tema Regulação em Saúde se encontra no centro de debates para o enfrentamento dos principais desafios do SUS, sendo uma alternativa para articular a gestão do sistema, e produção do cuidado. Fomentar esta área de interesse através de estudos científicos possibilita articular enfoques direcionados à prestação e oferta de serviços, acesso, financiamento, e cuidados à saúde, enfatizando o papel do Estado em todos estes aspectos.

Relacionada à otimização de recursos, à eficiência e ao custo-benefício, necessários para a gestão do sistema de saúde, mas não suficientes, a Regulação em Saúde tem o potencial de ir além, direcionando seu foco para entraves como a fragmentação do cuidado e a dificuldade do acesso aos serviços de saúde especializados. A produção científica deve, assim, fortalecer a difusão destes objetivos dentro da área da Regulação em Saúde, respaldando os gestores acerca das estratégias que devem ser adotadas para que esta ferramenta seja utilizada de maneira a satisfazer estes objetivos, bem como sensibilizando os profissionais envolvidos.

A realização deste estudo justifica-se ainda, por articular de maneira clara e objetiva, a Regulação em Saúde ao princípio doutrinário do SUS da equidade, proporcionando oportunidades iguais à população quanto aos níveis de saúde. Desta forma, a produção de conhecimento a que se propõe este estudo vem a favorecer o exercício da equidade no cotidiano do serviço da Regulação em Saúde, fortalecendo o SUS através da aplicação de seus princípios.



### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este item tem o propósito de fazer uma breve descrição dos temas que envolvem o serviço de regulação e sua interface com a equidade, desde a contextualização histórica à sua efetividade e facilitação no SUS.

#### 3.1. Equidade

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 define que “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” (BRASIL, 1988, p.33). Com o intuito de regulamentar a Constituição Federal, foi promulgada em 1990 a Lei 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Em seu Capítulo II, esta lei afirma que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS” devem obedecer o princípio da “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990, p.1, p.4).

“Equidade é um termo que pode ter diferentes definições e sua conceituação no setor saúde incorpora a noção de justiça social”, e tem como objetivo a diminuição das desigualdades. Apesar de o acesso às ações e serviços de saúde ser universal no SUS, os indivíduos possuem demandas e necessidades diferentes. Assim, a equidade visa ofertar mais onde a necessidade é maior (BRASIL, 2007, p.19).

Diferencia-se de igualdade, uma vez que “considera a discriminação positiva, ou seja, dar mais a quem mais necessita, tratar desigualmente os desiguais”, sendo algumas destas definições: igual acesso aos serviços de saúde; igual saúde; igual utilização dos serviços de saúde, igual acesso aos serviços de saúde de acordo com as necessidades; igual utilização dos serviços de saúde de acordo com as necessidades (BRASIL, 2007, p.20).

A aplicação deste princípio indica, ainda, que

todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido e acolhido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada aglomerado populacional

existem grupos que vivem de formas diferentes, com problemas específicos em relação ao seu modo de viver, de adoecer e na forma de satisfazer suas necessidades de vida. Dessa forma, os serviços de saúde devem reconhecer e acolher estas diferenças, trabalhando para atender às diferentes necessidades, com respostas rápidas e adequadas, diminuindo as desigualdades existentes na qualidade de vida e saúde de diferentes camadas socioeconômicas da população brasileira (BRASIL, 2006a, p.21).

Na perspectiva de superar as dificuldades apresentadas pelo SUS, foi elaborado pelos gestores das três esferas de governo, em 2006, o Pacto pela Saúde. Neste documento Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), baseando-se nos princípios constitucionais do SUS, definem as “prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS” (BRASIL, 2006b, p.1).

A implantação desse Pacto possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006b, p.3).

Uma das diretrizes para o Pacto pela Gestão é o princípio de regionalização do SUS, que tem como instrumentos de planejamento: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) (BRASIL, 2006b).

O PDR deve estabelecer as regiões de saúde, “objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos”. O PDI apresenta os “recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no



processo de planejamento regional e estadual”. Deve contemplar as necessidades das áreas de ABS e média complexidade em nível regional, de alta complexidade em nível macrorregional, além da área de vigilância em saúde (BRASIL, 2006b, p.6).

Como um dos objetivos da regionalização, o Pacto de Gestão apresenta:

Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão locoregional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país (BRASIL, 2006b, p.6).

As Regiões de Saúde, desenhadas através do PDR, “são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território”. Têm a função de “organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado” (BRASIL, 2006b, p.6).

No que se refere às responsabilidades das três esferas de governo, consta a promoção da

equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais (BRASIL, 2006b, p.13).

Constata-se que dentre os pontos essenciais de pactuação priorizados para o Planejamento do SUS, estão a “cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade” (BRASIL, 2006b, p.11).

### **3.2. Regulação em Saúde**

O SUS objetiva a garantia de acesso integral, universal e equânime aos serviços de saúde, “a prestação do cuidado efetivo, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços, e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população”. Assim, evidencia-se a necessidade de avançar na Regulação em Saúde com foco na concepção econômica, na lógica de mercado, na organização do sistema e dos recursos materiais e humanos necessários (BRASIL, 2007, p.14).

O Pacto de Gestão “estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde”. O objetivo da Regulação da Atenção à Saúde, uma macrofunção de gestão do sistema de saúde, é o direcionamento de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados (BRASIL, 2006b, p.5).

Existem várias concepções aplicadas ao termo *Regulação* utilizado no setor saúde. Dentre elas, entende-se por *Regulação da Atenção à Saúde*, ações como Contratação, Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, Controle Assistencial, Avaliação da Atenção à Saúde, Auditoria Assistencial e regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária (Quadro 1). Por sua vez, a *Regulação Assistencial* é o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles, englobando a *Regulação do Acesso*. Este última estabelece meios e ações para a garantia do acesso universal, integral e equânime (BRASIL, 2007).

Por poder ocorrer uma confusão entre os termos Regulação Assistencial e Regulação do Acesso, vale ressaltar que aquela é prerrogativa do gestor e inclui diversas ações, dentre elas a Regulação do Acesso, enquanto esta é uma função delegada pelo gestor aos funcionários reguladores, que a efetiva “com base em protocolos clínicos, linhas de cuidado, e fluxos assistenciais definidos previamente”, com a função de “orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso”. Assim, o estabelecimento da Regulação do Acesso permite que a programação assistencial se baseie nas necessidades de saúde da população e não somente na disponibilidade de oferta (BRASIL, 2007, p.32).

**Quadro 1. Conceituação dos componentes da Regulação da Atenção à Saúde.**

<b>Ações de Regulação da Atenção à Saúde</b>	<b>Conceito</b>
Contratação	Conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.
Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial	Conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.
Complexo Regulador	Estratégia da Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalares e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial, avaliação, programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.
Auditoria Assistencial ou Clínica	Processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

**Fonte:** BRASIL, 2007

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

- Cada prestador de serviços responde a apenas um gestor;
- A regulação dos prestadores deve ser preferencialmente do município;
- A regulação das referências intermunicipais é de responsabilidade do gestor estadual;
- A operação dos complexos reguladores, no que se refere à referência intermunicipal, pode ser operada:
  - “Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador”;
  - “Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual”; ou “pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região” (BRASIL, 2007, p.34).

O Pacto de Gestão apresentou como suas metas, a “colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação” (Quadro 2) (BRASIL, 2006b, p.12).

**Quadro 2. Responsabilidades gerais da gestão do SUS referente à Regulação, segundo as três esferas de governo**

<b>Esfera de governo</b>	<b>Responsabilidades</b>
Municípios	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;</li> <li>○ Com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território e fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;</li> <li>○ Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;</li> <li>○ Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada, a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde.</li> </ul>
Estados	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.</li> </ul>

<b>Esfera de governo</b>	<b>Responsabilidades</b>
União	Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.</li> </ul>

**Fonte:** BRASIL, 2006b

Na Saúde, assim como nas demais áreas, há forte influência da lógica de mercado, que se resume ao equilíbrio da oferta e da demanda, sendo exitosa quando se tem uma relação com um melhor resultado a um menor custo. No SUS, o usuário não tem poder de decidir sobre a qualidade ou eficácia da melhor intervenção. Para tanto, este poder é do Estado, que por meio dos profissionais de saúde atua em benefício do paciente, demandando os serviços necessários para a população. Como em muitos casos, incentivado por benefícios que o motivem a tanto, o profissional pode solicitar procedimentos desnecessários, gerando maior benefício pessoal e maior ônus ao sistema (BRASIL, 2007).

Ao encontro destes fatos, há a concepção errônea de que maiores tecnologias em saúde proporcionam melhores condições de tratamento e recuperação das doenças. Embora a implementação de novas tecnologias em saúde, dentre novas drogas, tratamentos e meios diagnósticos seja necessária, ela deve acontecer com cautela e frente a sua necessidade. Isso leva ao uso sem critérios destas tecnologias, que no SUS implica em gastos desnecessários de verbas que poderiam ser aplicadas em outras finalidades prioritárias. Por isso há importância em se entender a diferença entre necessidade e demanda, uma vez que nem toda demanda é necessidade, e nem toda necessidade é demandada pela população, sendo muitas demandas geradas pelos próprios serviços de saúde ou prestadores, e não pela necessidade da população. (BRASIL, 2007).

O problema do uso inadequado ou da introdução de novas tecnologias sem critérios não é apenas de

gastos dispendidos, mas de perda de benefícios que poderiam ser alcançados se estes recursos fossem aplicados em outras ações e serviços. Isso é o que os economistas referem-se como noção de custo de oportunidade, ou seja, o custo do recurso é igual ao benefício que deveria ser gerado na sua melhor alternativa de uso (BRASIL, 2007, p.19).

Em função disso, no setor Saúde “deve-se considerar o grau de imperfeição do mercado e de que forma o governo pode assumir suas funções e otimizar os custos, os benefícios e a equidade” (BRASIL, 2007, p.18).

Um dos argumentos contra a atuação do mercado no setor saúde é a sua incapacidade de produzir equidade. O mercado não requer nenhum padrão de distribuição de renda, pelo contrário, reforça o padrão existente. O mercado exacerba as iniquidades, pela alocação de bens e serviços de acordo com a capacidade individual de pagar por eles. Ou seja, no caso da saúde, os mais vulneráveis são excluídos. A equidade tem sido uma preocupação constante e um objetivo a ser alcançado no sistema de saúde, muito embora considerada difícil sua definição e avaliação (BRASIL, 2007, p.18).

A necessidade de atuação do Estado no setor saúde é sugerida por duas razões: a eficiência e a equidade, cujo papel inalienável do gestor dos recursos públicos é o de garantir que os recursos disponíveis sejam alocados com eficiência e com equidade. Uma vez que a equidade é definida como “dar mais a quem mais necessita”, a eficiência está relacionada à relação custo-benefício, ao conceito de produção ao menor custo, ou à diminuição dos custos de produção e maximização de utilização de bens ou serviços, ou à obtenção máxima de resultado a um determinado custo, ou ainda, à obtenção máxima de benefícios a partir dos recursos disponíveis. “Alguns economistas argumentam que ao ser eficiente promove-se equidade. Os recursos devem ir para aqueles em piores condições, pois os indivíduos em piores condições têm maior capacidade de se beneficiar” (BRASIL, 2007, p.20).

Os mecanismos de regulação utilizados pelo Estado definem a aplicação de investimentos em saúde, e, podem garantir “em maior ou menor grau a equidade na distribuição e na sua alocação de bens e

serviços”. Assim, o Estado atua como representante dos usuários na lógica de mercado dentro do setor Saúde, distribuindo a oferta de acordo com as necessidades da população. “Quanto mais forte for a atuação do Estado, por meio da introdução de mecanismos de regulação, melhores devem ser os resultados em termos de qualidade, equidade, e acesso” (BRASIL, 2007, p.21).

A fim de regulamentar e consolidar a Regulação em Saúde, foi instituída em 2008 pela portaria 1.559 de 01 de agosto de 2008, a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, que representa um instrumento de regulamentação das responsabilidades sanitárias assumidas pelas três esferas de governo. Esta política trata de ações de regulação em três dimensões de atuação: Regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2008).

A regulação de sistemas de saúde tem os gestores, federal, estaduais e municipais, como sujeitos, e define a estes, macrodiretrizes para a Regulação em Saúde. A regulação da atenção à saúde é exercida pelas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, conforme o estabelecido pelo Pacto pela Saúde e

tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2008, p.1).

A regulação do acesso, ou regulação da assistência, que será abordada neste estudo, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, sendo os gestores seus sujeitos, abrangendo a regulação médica e exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2007).



### 3.2.1. SISREG – Instrumento para a Regulação em Saúde

O SISREG é um Sistema de Informação em Saúde (SIS), que instrumentaliza a Regulação em Saúde no país. Para entendê-lo, é necessário abordarmos os conceitos de ‘dado’, ‘informação’ e ‘conhecimento’.

Enquanto o ‘dado’ é um elemento em forma bruta, que por si só não conduz à compreensão, necessitando passar por uma etapa de processamento e interpretação para gerar uma informação (BRANCO, 2001), a ‘informação’ pode ser definida como o conhecimento obtido a partir de dados brutos, sendo resultado da análise e combinação de vários dados, o que demanda interpretação do usuário (BRASIL, 2005). Assim, a ‘informação’ é o dado útil, ou seja, é o dado analisado, gerada a partir do registro, classificação, organização, e interpretação do dado, dentro de um contexto para transmitir conhecimento, conduzindo à melhor compreensão de fatos e situações (FERREIRA, 2001).

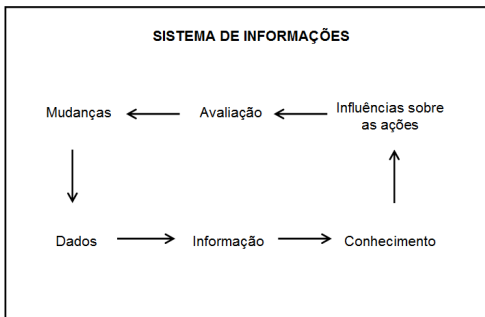
O valor de importância dado a uma informação está intimamente relacionado à capacidade que a mesma tem de proporcionar conhecimento ao indivíduo, sendo este construído a partir da acumulação de informações. Dessa forma, entende-se que o ‘conhecimento’ consolida-se com a constante atualização e análise de antigas e novas informações (MORAES, 1994).

A partir destas considerações, são definidos vários conceitos sobre Sistemas de Informações (SI). O conceito de Sistema pode ser entendido como o conjunto de elementos ou partes de um todo que, independentes, interagem entre si ou com objetos comuns, com determinado objetivo e efetuando determinada função, com foco para o comportamento do todo, de modo a fazer com que cada um dos componentes apresente resultados melhores do que as unidades poderiam ter se funcionassem independentemente. (ALVAREZ, 1990; OLIVEIRA, 2002).

Um SI pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados que proveem informação de suporte à organização, processando dados, de maneira informatizada ou não, e apresentando aos usuários, que emitem sua interpretação (CARVALHO, EDUARDO, 1998). São instrumentos colocados a serviço de determinada Política, estruturados para dar resposta a demandas institucionais (MORAES, 1994). Têm a função de coletar, processar e armazenar dados, e disseminar as informações geradas por ele (BASTOS, 2009).

A qualidade das informações geradas pelos SI depende da qualidade com que estes são alimentados, e aquelas disponibilizadas. Para que o SI cumpra o papel proposto, é necessário que todos os indivíduos envolvidos em sua operacionalização sejam capacitados, a fim de que a coleta e o registro, etapas fundamentais para a qualidade da informação gerada, levem a um resultado confiável. A disponibilização das informações levantadas pelo SI possibilita a realimentação dos dados, com a correção de possíveis erros anteriormente levantados. (BASTOS, 2009). Dessa forma, a aplicação do conhecimento gerado a partir das informações, quando adequadamente avaliado, pode levar a mudanças e melhorias na qualidade dos dados coletados (FIGURA 1) (BRASIL, 2009).

**Figura 1: Fluxo de processamento de dados pelo Sistema de Informações**



**Fonte:** Próprio autor

Na área da saúde, os SIS são chamados Sistemas de informações em Saúde. A OMS o define como importante ferramenta para o controle de doenças. Complementarmente a este conceito, a OPAS enfatiza sua importância à tomada de decisão (BASTOS, 2009). Percebe-se que os SIS são importantes ferramentas que, através do retrato das informações geradas pela interpretação dos dados, traduzem um recorte da realidade, revelando as necessidades e objetivos que devem ser alcançados (MORAES, 1994).

Apesar do reconhecimento da importância dos SIS, e da evolução da área de Tecnologia da Informação, levando a um desenvolvimento de ferramentas inovadoras, seu desenvolvimento e aplicabilidade na área da saúde continuam defasados. Percebe-se, ainda hoje, que a coleta e tratamento dos dados não são completamente confiáveis. Além disso,

sua efetiva articulação com os setores de gestão e planejamento em saúde ainda não é suficiente (BASTOS, 2009).

É inegável que o uso eficiente da informação pode contribuir decisivamente para mudar a forma de gestão do setor Saúde, fornecendo evidências para a definição de prioridades, pautando a alocação de recursos, sugerindo ações sinérgicas para o mesmo objetivo, identificando interfaces para o planejamento intersetorial, monitorando projetos e atividades, avaliando resultados, e difundindo informações entre diferentes categorias de usuários. Mas, em que pese a abundância de dados, disponíveis em bases nacionais e em sistemas de informação que proliferam na administração pública, o seu aproveitamento integral apresenta importantes limitações de ordem prática (BRASIL, 2009, p.137).

Os SIS podem ser classificados segundo sua natureza em: Sistemas de Informações Estatístico-epidemiológicas; Sistemas de Informações Clínicas; e Sistemas de Informações Administrativas. Sistemas de Informações Estatístico-epidemiológicas incluem fatores condicionantes e determinantes de morbidade e mortalidade, dados sobre a demanda, oferta e acesso aos serviços de saúde, e a influência de fatores demográficos, econômicos e sociais sobre a saúde da população. Os dados dos Sistemas de Informações Clínicas referem-se à situação clínica do paciente, referentes ao seu quadro de saúde, resultantes de anamnese, exame físico, exames clínicos, diagnósticos médicos, medicações utilizadas, e registros de procedimentos clínicos e cirúrgicos. Os Sistemas de Informações Administrativas incluem a gestão financeira, de materiais de consumo e permanentes, não sendo restrito ao setor da saúde (CARVALHO, EDUARDO, 1998).

O SISREG é um sistema de informações *on-line*, disponibilizado pelo Ministério da Saúde por meio do DATASUS para gerenciamento e operação das Centrais de Regulação, segue da rede básica à internação hospitalar, e visa a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. É um *software* que funciona através de navegadores instalados em computadores conectados à internet, sendo operado, de um lado, por profissionais das secretarias municipais de saúde, e de outro, por profissionais dos centros

de saúde. O SISREG disponibiliza um espaço *on-line* denominado ambiente de treinamento para que gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática naveguem e conheçam o escopo de funcionalidades que permitem compor uma central de regulação de maneira rápida e prática (BRASIL, 2013a).

O Brasil possui um total de 204 Centrais de Regulação Ambulatorial, e 19 Centrais de Regulação Hospitalar (

Quadro 3), localizando-se na Região Sul, 17 Centrais de Regulação Ambulatorial, e 2 Centrais de Regulação Hospitalar. O Estado de Santa Catarina possui 12 Complexos Reguladores, sendo um deles o Complexo Regulador Estadual, e os demais localizados nos municípios de Biguaçu, Blumenau, Brusque, Canelinha, Florianópolis, Itajaí, Itapema, Joinville, Nova Trento, Palhoça, e São José (BRASIL, 2013b).

**Quadro 3. Distribuição das Centrais de Regulação nas Regiões do Brasil.**

<b>Região</b>	<b>Central de Regulação Ambulatorial</b>	<b>Central de Regulação Hospitalar</b>
Região Nordeste	18	3
Região Norte	16	4
Região Centro-oeste	30	5
Região Sudeste	30	5
Região Sul	17	2

**Fonte: BRASIL, 2013b.**

## **4. METODOLOGIA**

Trata-se uma pesquisa qualitativa do tipo Estudo de Caso. Neste capítulo serão explicadas as etapas de construção deste estudo, que lança mão de uma Revisão Integrativa da Literatura, Análise Documental e técnicas de Grupo Focal e Observação Participante. Serão descritos, ainda, o local de investigação, participantes da pesquisa, bem como os esclarecimentos dos preceitos éticos e legais necessários que foram aplicados.

### **4.1. Revisão Integrativa da Literatura**

Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, cuja contribuição é a ampliação da compreensão de um tema proposto, a partir da análise de estudos anteriormente publicados (0). O contato com o material científico publicado na área de conhecimento a ser investigada permite ao pesquisador conhecer as lacunas existentes na produção científica (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Três condições são consideradas essenciais para a construção de uma revisão de literatura, sendo estas: a importância em conceituar cada termo empregado no estudo; a compreensão dos achados bibliográficos pelo pesquisador, o que permite a construção de uma análise crítica, com a expressão de seus próprios pressupostos e hipóteses, indo além da limitada citação dos estudos; e a realização de um fichamento para que todos os estudos sejam criteriosamente classificados e ordenados (MINAYO, 2008).

Para cumprir o primeiro pressuposto estabelecido por Minayo, (2008) este estudo abordou no capítulo Fundamentação Teórica, os principais conceitos utilizados, sendo eles: o princípio da equidade, contemplando desde seu estabelecimento na Constituição Federal de 1988, e suas várias citações nos diferentes documentos oficiais, como a Lei 8.080/90 e o Pacto pela Saúde de 2006; as definições de Regulação em Saúde; e o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, acompanhado das definições de Sistemas de Informações, e Sistemas de Informações em Saúde, com suas diferenciações. Os demais pressupostos foram efetivados com a realização da revisão de literatura.

No trabalho de revisão de literatura, a partir da análise das informações e oposição dos conceitos dos diferentes autores, o pesquisador identifica seu posicionamento sobre o tema estudado, e a

partir de uma análise crítica formula novas reflexões e acrescenta suas ideias (MOREIRA, 2004).

Um minucioso levantamento bibliográfico deve abordar desde estudos clássicos na área, até as publicações mais atualizadas sobre o assunto. Assim, a revisão integrativa de literatura resume as conclusões dos estudos científicos publicados sobre uma mesma área de conhecimento, acrescido do posicionamento do pesquisador (MINAYO, 2008).

## 4.2. Estudo de Caso

Este trabalho configura-se como um estudo de caso, de natureza qualitativa, que tem por intuito investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade no seu contexto de vida real (YIN, 2009).

O estudo de caso é um tipo de estudo exaustivo e profundo que permite o conhecimento amplo e detalhado de um objeto (GIL, 2009). É compreendido como uma investigação empírica, um método que abrange planejamento e técnicas de coleta e análise de dados, tendo como objetivo o entendimento dos processos do fenômeno no contexto e a construção de novos conhecimentos através da formulação de hipóteses sobre fenômenos específicos isolados. Ao buscar muitas informações sobre seu objeto, procura compreender um conjunto de fenômenos que o caracterizam (YIN, 2009).

Este tipo de investigação é indicado para estudos cuja pergunta de pesquisa refere-se a *como* ou *por que* do acontecimento de determinado evento. O pesquisador apresenta pouco controle sobre este tipo de estudo (YIN, 2009).

Neste estudo, entenderemos como objeto a Regulação em Saúde, como fenômeno ou caso a Regulação no município de Florianópolis – SC, como fenômenos específicos as características particulares na Regulação no município de Florianópolis – SC, e como contexto, este município.

Por meio deste tipo de estudo é possível descrever determinado aspecto específico, bem como identificar novos aspectos específicos em meio aos vários processos que interagem no contexto estudado, aspectos estes que não tenham sido pensados previamente, revelando fenômenos específicos que co-atuam com aqueles já conhecidos ao início do estudo, e que influenciam no desenvolvimento destes (YIN, 2009).

Essa abordagem metodológica emprega a investigação qualitativa mapeando, descrevendo e analisando o contexto, as relações e as percepções a respeito do fenômeno em questão, gerando conhecimento sobre características significativas dos eventos vivenciados. (MINAYO, 2008).

Assim, sua aplicação se dá com ênfase em métodos qualitativos, principalmente através de entrevista, observação e análise documental, e o leva à impossibilidade de generalizações, como é característico de métodos qualitativos (YIN, 2009; MINAYO, 2008).

A investigação ocorre concomitante à ocorrência do caso, em uma pesquisa de campo. Assim, o investigador detalha as características do contexto e as relações entre as particularidades do fenômeno, buscando desenvolver teorias a partir das revelações do cotidiano do contexto, possibilitando a compreensão do processo (YIN, 2009).

#### **4.2.1. Grupo Focal**

O Grupo Focal é uma técnica de pesquisa qualitativa baseada em entrevistas grupais, aplicada em grupos pequenos e homogêneos, que coleta informações por meio da comunicação e das interações entre os integrantes (MORGAN, 1997; MINAYO, 2008).

A partir de um grupo de participantes selecionados pelo pesquisador, a técnica tem o propósito de obter informações de natureza qualitativa em profundidade, detalhadas, sobre um tópico específico, que possam proporcionar compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produtos ou serviços. É caracterizado pela discussão informal e visa obter informações gerando consensos ou divergências (POPE, MAYS, 2009; MINAYO, 2008).

Por meio de um debate aberto e acessível em torno do tema de estudo, de interesse comum a todos os participantes, é imprescindível estabelecer um clima confortável para compartilhar experiências e impressões, de modo que as discussões não assumam um caráter pessoal e agressivo, ou gerem uma recusa em emitir opiniões (MORGAN, 1998).

O ambiente é um fator favorecedor para que os participantes encontrem liberdade para se expressarem (MORGAN, 1998). Os participantes devem ser dispostos em círculo, de modo a facilitar a comunicação, colocando todos em posição de igual evidência. O espaço apropriado deve ser neutro e de fácil acesso, protegido de interrupções e

influências externas, acomodando confortavelmente todos os participantes (TRAD, 2009). O número de participantes pode variar de seis a 15, mas o número ideal deve ser aquele que permita a participação efetiva de todos os sujeitos, levando a uma discussão que favoreça a abordagem do tema (TRAD, 2009).

O moderador é o responsável por introduzir e encorajar a discussão acerca do tema proposto, orientando quando as discussões tomarem rumos além dos propostos pela pesquisa, exercendo um papel menos diretivo e mais direcionado para a discussão. Deve estabelecer algumas regras iniciais com o grupo, tais como: manifestar uma fala por vez; evitar discussões paralelas; dizer livremente o que pensa; evitar que um dos participantes monopolize a discussão; manter a discussão do grupo sobre o tema em estudo (TRAD, 2009; MINAYO, 2008).

Uma das vantagens da realização do Grupo Focal, quando em comparação com entrevistas individuais, é que estas podem levar o participante a fornecer respostas prontas, próximas do que o informante considera correto responder, e aquele leva a uma maior problematização dos temas abordados. Fornece sobre as pessoas e instituições interessadas uma importante quantidade de informações qualitativas sobre o desempenho das atividades desenvolvidas (MORGAN, 1998).

O Grupo Focal é uma técnica que pode ser utilizada como estratégia principal de coleta de dados ou, de forma complementar, associado a entrevistas ou observação, possibilitando o acesso a mais informações sobre a realidade (MORGAN, 1997; MINAYO, 2008). A técnica foi realizada com os profissionais do setor de Regulação em Saúde do município estudado, com um total de 08 participantes. Foi utilizado um roteiro semiestruturado, com o intuito de nortear as discussões do grupo (0).

#### **4.2.2. Análise Documental**

A Análise Documental é uma técnica de pesquisas que utiliza documentos como fonte de coleta de dados, organizando, analisando e interpretando-os (GIL, 2009). Por documento entende-se diversas fontes de pesquisas, que podem ser escritas/impressas ou não, incluindo vídeos, fotografias ou material textual. São fontes de informações que venham a esclarecer indagações elaboradas pelo pesquisador (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009). Os documentos podem ser classificados como fontes primárias, que tratam de documentos



autênticos tais como textos brutos, documentos públicos, textos de periódicos, relatos, diários e correspondências, ou fontes secundárias, como relatórios, estudos anteriores e todo tipo de fonte primária já trabalhada previamente (GIL, 2009).

A riqueza de informações que pode ser extraída de documentos justifica a ampliação de sua utilização em investigações científicas. É um método que deve ser mais valorizado devido ao entendimento que proporciona sobre os processos temporais, ou seja, possibilita ao autor compreender o desenvolvimento/maturação/evolução dos indivíduos envolvidos (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009).

Para desenvolvimento da Análise Documental, os pesquisadores devem definir previamente quais documentos serão aprofundados (MINAYO, 2008). Neste trabalho foram estudados o Plano Municipal de Saúde 2011/2014; Instrução Normativa Municipal 003/2013 que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG); manual municipal de Boas Práticas em Saúde; e Proposta de Implementação do Complexo Regulador da Grande Florianópolis. Estas fontes foram escolhidas por tratarem da Regulação em Saúde na instituição, desde sua implementação e sua evolução até os dias atuais.

## **Observação Participante**

Minayo considera a Observação Participante parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. “É considerada por muitos, além de uma estratégia complementar de investigação”, “complementar de compreensão da realidade empírica”, também como um método em si. Caracteriza-se como um processo para compreensão da realidade, em que o pesquisador assume a posição de observação no contexto, ou seja, observa a realidade do mesmo ponto de vista dos sujeitos, para que possa desenvolver a investigação científica. O observador deve demonstrar uma postura aberta ao grupo pesquisado, abrindo mão da postura de cientista/pesquisador durante a convivência/observação. Respeito, empatia são condições essenciais para o desenvolvimento da Observação Participante, em que ocorre a máxima interação social, e o observador se torna o mais próximo possível do observado (MINAYO, 2008, p.274).

A técnica de Observação Participante permite que o pesquisador identifique detalhes como a rotina de trabalho, relação interpessoal entre

os membros da equipe, interesse dos profissionais sobre determinadas áreas do trabalho, fenômenos estes que não podem ser abordados por meio de outras técnicas de coleta de dados (MINAYO, 2008). É indispensável que o pesquisador, enquanto observador, tenha o domínio do conhecimento teórico para imergir no contexto prático, pois desta forma conseguirá preconceber ideias e antever problemas, facilitando sua percepção sobre a realidade (MINAYO, 2008).

Como instrumento de observação, o pesquisador deve lançar mão de um Diário de Campo, termo utilizado para designar o material onde devem ser registradas suas impressões no momento em que acontecem. Nele devem ser descritas suas impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios às falas, detalhamento de como se dá a prática do fenômeno investigado e todos os demais detalhes significativos para a pesquisa, ou seja, todas as manifestações que não façam parte das entrevistas formais. Este relatório pode e deve ser utilizado na construção dos resultados da pesquisa, tornando a pesquisa de campo mais fidedigna e caracterizando um diferencial no que diz respeito à técnica de observação (MINAYO, 2008).

Para iniciar a técnica, o pesquisador deve definir quais aspectos deverá observar e quais os limites para sua observação. Neste estudo será realizada uma Observação Descritiva, em que o investigador observa todo o contexto, atentando para os temas de interesse à pesquisa (MINAYO, 2008). O foco de observação foi a dinâmica de trabalho dos profissionais envolvidos no setor de Regulação em Saúde da SMS do município estudado, e todo o processo envolvido no exercício de suas ações diárias. As observações ocorreram posteriormente à análise documental, de modo a instrumentalizar os pesquisadores quanto à dinâmica local e ambientá-los no contexto a ser observado.

### **4.3. Técnica de análise dos dados – Análise Temática**

Análise temática é uma das técnicas de Análise de Conteúdo apresentadas por Minayo (2008). Esta autora define a Análise de Conteúdo como “técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2008, p.303). Para Bardin, é apresentada como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção destas mensagens (BARDIN, 1979, *apud* MINAYO, 2008, p.303).

Dentre as várias modalidades de Análise de Conteúdo, existem: Análise Lexical; Análise de Expressão; Análise de relações; Análise Temática, e Análise de Enunciação. Para a análise dos dados deste estudo empregou-se a técnica de Análise Temática proposta por Minayo, com base em Bardin, por ser considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2008).

A Análise Temática segue a noção de tema, podendo este ser representado por uma palavra, frase ou resumo acerca de determinado assunto. Tradicionalmente esta técnica lançava mão da contagem da frequência com que o tema era apresentado para, assim, definir o caráter do discurso. Porém, a Análise Temática pode abordar significados, ao invés da inferência estatística (MINAYO, 2008).

A operacionalização da Análise Temática acontece em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação (MINAYO, 2008).

A primeira etapa, também chamada de Pré-Análise, consiste na análise inicial dos documentos, em que o autor se aproxima do conteúdo e retoma objetivos e hipóteses iniciais. Inclui tarefas como leitura flutuante, organização do material, de modo a identificar exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência no material (Constituição do Corpus), e a Formulação e Reformulação de Hipóteses e Objetivos, em que o autor retoma as indagações iniciais, podendo surgir novas indagações. É nesta fase pré-analítica que são definidas “a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais” que orientarão a análise (MINAYO, 2008).

A segunda etapa, de Exploração do Material, compreende a classificação do material, visando alcançar a compreensão essencial do texto. Para isso é realizada a codificação dos dados brutos, reduzindo-se o texto a palavras ou expressões significativas. São então formuladas as

categorias de análise, onde o autor busca agrupar os dados segundo o tema (MINAYO, 2008).

Por fim, na terceira e última etapa da Análise Temática ocorre o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Nesta etapa, a partir da análise dos significados, “o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (MINAYO, 2008, p.318).

#### **4.4. Local de Investigação – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**

O estudo foi realizado no setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina.

Com 675,409 km<sup>2</sup>, O município de Florianópolis está situado nas coordenadas geográficas -27°35'48" de latitude e -48° 32' 57" de longitude. Grande parte do município está localizada na parte insular, sendo banhada pelo oceano atlântico. Sua porção continental é limitada pelo município de São José e ligada à Ilha de Santa Catarina pelas pontes Colombo Salles e Pedro Ivo Campos, inauguradas respectivamente em 1975 e 1991, e pela ponte Hercílio Luz, fechada para passagem desde 1991. (BRASIL, 2010; FLORIANÓPOLIS, 2013).

Com uma população de 421.240 habitantes, destaca-se como o segundo município mais populoso do estado. A base de sua economia está sustentada nas atividades do comércio, prestação de serviço público, indústria de transformação e turismo (BRASIL, 2010; FLORIANÓPOLIS, 2013).

Florianópolis é o município sede da 18ª Gerência Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina. Esta Regional é composta por 22 municípios: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara, Tijucas (SANTA CATARINA, 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis apresenta como:

- Missão: Promover saúde para todos com qualidade

- Visão: Oportunizar acesso de 100% da população a um sistema público de saúde com Gestão da Qualidade Total, ordenado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) até 2014.
- Valores: Comprometimento com o SUS; Comprometimento com a qualidade; Diálogo; Respeito; e Ética (FLORIANÓPOLIS, 2013).

A administração da saúde no município de Florianópolis está estruturada em nível central, pela SMS, e em nível regional, pelos cinco Distritos Sanitários: Distrito Sanitário Centro; Distrito Sanitário Continente; Distrito Sanitário Leste; Distrito Sanitário Norte; Distrito Sanitário Sul, totalizando 50 Centro de Saúde da Atenção Básica, 4 Policlínicas, 2 Unidades de Pronto Atendimento, 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), 1 Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi), 1 laboratório – Centro de testagem e Aconselhamento (CTA), 1 farmácia-escola, 1 centro de zoonoses, e 1 centro de bem-estar animal (0) (FLORIANÓPOLIS, 2013).

O município de Florianópolis é reconhecido nacionalmente pela elevada cobertura populacional da ESF e desenvolvimento de práticas inovadoras e bem-sucedidas do modelo assistencial, o que resultou na melhoria dos seus indicadores de saúde ao longo dos anos (SISSON et al, 2011).

Em 2013 atingiu uma taxa de mortalidade infantil de 5,2 por 1.000 nascidos vivos, o que a faz a capital brasileira com a menor taxa, sendo comparável com países como Noruega e Suécia (FLORIANÓPOLIS, 2014). Os excelentes indicadores de saúde apresentados pelo município são resultados dos investimentos na ESF, definindo como prioridades: crianças, idosos, gestantes, e portadores de diabetes e hipertensão (SISSON et al, 2011).

Dentre as diretorias na organização hierárquica da SMS, está a Diretoria de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria, dividida em: Gerência de Controle e Avaliação; Gerência de Atendimento a Urgência e Emergência; e Gerência de Regulação (FLORIANÓPOLIS, 2013).

#### **4.5. Participantes da Pesquisa**

Neste trabalho procuramos incluir no grupo de informantes todos os que estavam envolvidos com o fenômeno investigado. Os

participantes selecionados foram os profissionais que compõem o setor de Regulação em Saúde da SMS do município estudado, incluindo gerentes, enfermeiros, e reguladores. O setor apresenta uma equipe de 13 funcionários, sendo estes: 7 reguladores (5 médicos e 2 dentistas), 4 técnicos administrativos, 2 enfermeiros e o gerente de Regulação.

A observação participante incluiu a atuação de todos os funcionários. Entretanto, em função de o horário de realização do grupo coincidir com o horário de trabalho, alguns funcionários não se encontravam no setor, e outros, permaneceram em suas atividades. Assim, a participação no Grupo Focal contou com 08 funcionários, sendo 3 gerentes, 1 enfermeiro, e 4 reguladores (2 médicos e 2 dentistas). Os gerentes incluídos foram o gerente de Regulação, a diretora de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria à qual está subordinado o setor de Regulação, e a gerência de Controle e Avaliação, que apresenta importante relação com o sucesso das ações do serviço de Regulação.

#### **4.6. Preceitos Éticos e Legais**

A pesquisa seguiu os preceitos éticos preconizados conforme a resolução 466 de 2012 Esta resolução aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica, e ao Estado, e incorpora os referenciais da bioética (BRASIL, 2012), tais como:

- Autonomia: tratar o participante com dignidade, respeitá-los em sua autonomia, e defendê-los em sua vulnerabilidade, por meio do consentimento livre e esclarecido e proteção dos grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, assegurando sua vontade de contribuir, ou não, na pesquisa;
- Não maleficência: garantir que danos preveníveis serão evitados;
- Beneficência: ponderar riscos e benefícios atuais e potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- Justiça: apresentar, com os resultados da pesquisa, vantagens significativas para os sujeitos por meio de sua relevância social, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, vantagens significativas para os sujeitos, e minimização do ônus

para os sujeitos vulneráveis, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

○ Equidade: aplicar obrigações éticas mais rigorosas com aqueles que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido, com o intuito de protegê-los proporcionalmente ao seu grau de vulnerabilidade. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser participantes de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida por meio de participantes com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios aos indivíduos ou grupos vulneráveis (BRASIL, 2012).

Após a aprovação pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da SMS de Florianópolis, e aceite autorizando o desenvolvimento da pesquisa de campo (0), o projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pelo sistema CEP/CONEP, por meio da Plataforma Brasil, e aprovado sob protocolo 460.084/2013 (0).

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e seus fins unicamente científicos, bem como os métodos a serem utilizados, sendo lhes assegurada a livre participação e liberdade para retirarem seu consentimento em qualquer momento durante a realização do estudo. A fim de assegurar a utilização das informações obtidas nas entrevistas, foi aplicado e submetido à assinatura dos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (0). Para proporcionar o anonimato dos sujeitos de pesquisa, foram instituídos, para sua designação, pseudônimos a cada um dos participantes no decorrer do texto.





*Parte II*



## 5. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentadas as categorias temáticas que emergiram do processo de análise dos dados (Quadro 4). Os resultados desta pesquisa serão apresentados conforme o regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, em formato de quatro artigos, sendo estes intitulados: INTERFACE ENTRE REGULAÇÃO EM SAÚDE E EQUIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA; AÇÕES DO SERVIÇO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE: UM ESTUDO DE CASO; REGULAÇÃO EM SAÚDE: UM DIÁLOGO COM O PRINCÍPIO DA EQUIDADE; e REGULAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES ESPERADAS PARA OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.

O primeiro artigo é relativo à revisão de literatura realizada, e os demais tratam de cada uma das categorias desveladas pelo estudo.

Os manuscritos foram enviados, respectivamente, aos periódicos científicos: Interface - Comunicação, Saúde, Educação (ANEXO D); Revista de Saúde Pública (0); Cadernos de Saúde Pública (0); e Ciência & Saúde Coletiva (0).

Os artigos são apresentados conforme formatação orientada por cada periódico.

**Quadro 4. Relação de categorias e subcategorias desveladas pelo estudo.**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
Ações do Serviço de Regulação em Saúde	Trajetória da Regulação no município
	Capacitação profissional
	Utilização do SISREG
	Articulação prática com a ESF
Equidade na Regulação em Saúde	Aproximação dos conceitos de Regulação e equidade
	ESF como porta de entrada para garantir a equidade
	SISREG como ferramenta para a equidade
Atuação dos profissionais	Coordenação do SISREG
	Diretoria de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria
	Regulador
	Operador solicitante
	Unidades Prestadoras

**Fonte:** Resultados da pesquisa.

**5.1. Manuscrito 1 - INTERFACE ENTRE REGULAÇÃO EM SAÚDE E EQUIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**



## **INTERFACE ENTRE REGULAÇÃO EM SAÚDE E EQUIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

INTERFACE BETWEEN HEALTH REGULATION AND EQUITY:  
AN INTERGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

INTERFAZ ENTRE REGULACIÓN EN SALUD Y LA EQUIDAD:  
UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

### **RESUMO**

Esta revisão de literatura tem por objetivo apresentar a interface entre o princípio da equidade e os Serviços de Regulação em Saúde, segundo a produção científica na área de saúde coletiva, de 2008 a 2012. Foram utilizadas as bases: SCOPUS, EBSCO, PUBMED/MEDLINE e BVS, a partir dos descritores ("Government Regulation" OR "Health Care Coordination and Monitoring") AND ("Equity in Health" OR "Coverage Equity" OR "Equity in Access" OR "Equity in the Resource Allocation" OR "Equity"). Foram incluídos artigos científicos, em todos os idiomas, publicados de 2008 a 2012. 19 artigos foram selecionados para análise aprofundada. Emergiram as categorias: Equidade; Acesso aos serviços de saúde; Reforma de sistemas de saúde; e Instrumentos para a gestão. Os achados deste estudo revelam a deficiência de estudos, o que sugere maior aprofundamento desta abordagem referente aos dois temas, de modo a qualificar a prática profissional em Saúde Pública.

**Descritores:** Regulação e Fiscalização em Saúde; Equidade; Saúde Pública; Gestão em Saúde

### **ABSTRACT**

This literature review intends to present the interface between the equity principle and Health Regulatory Services, according to scientific production from 2008 to 2012. Were used the

databases: SCOPUS, EBSCO, PUBMED/MEDLINE e BVS, with the descriptors ("Government Regulation" OR "Health Care Coordination and Monitoring") AND ("Equity in Health" OR "Coverage Equity" OR "Equity in Access" OR "Equity in the Resource Allocation" OR "Equity"). Were included scientific articles, in all languages, published from 2008 to 2012. 19 articles were selected for in-depth analysis. Were identified the categories: Equity, Access to health services; Reform of health systems, and Instruments for managing. The findings of this study reveal the deficiency of studies, which suggests further deepening of this approach concerning the two issues, in order to qualify the professional practice in public health.

**Descriptors:** Health Care Coordination and Monitoring; Equity; Public Health; Health Management

## RESUMEN

Esta revisión de literatura tiene como objetivo presentar la interfaz entre el principio de equidad y Servicios de Regulación en salud según a la producción científica desde 2008 hasta 2012. Se utilizaron las bases de datos: SCOPUS, EBSCO, PUBMED/MEDLINE e BVS, a partir de los descriptores ("Government Regulation" OR "Health Care Coordination and Monitoring") AND ("Equity in Health" OR "Coverage Equity" OR "Equity in Access" OR "Equity in the Resource Allocation" OR "Equity"). Se incluyeron artículos científicos, en todos los idiomas, publicados desde 2008 hasta 2012. 19 artículos fueron seleccionados para un análisis en profundidad. Surgieron las categorías: Equidad, Acceso a los servicios de salud, Reforma de los sistemas de salud, y Instrumentos para la gestión. Los resultados de este estudio revelan la deficiencia de estudios, lo que sugiere una mayor profundización de este enfoque sobre las dos cuestiones, a fin de calificar la práctica profesional en la salud pública.

**Descriptor:** Regulación y Fiscalización en Salud; Equidad; Salud Pública; Gestión en Salud



## **INTRODUÇÃO**

Cada vez mais o tema Regulação em Saúde vem ganhando espaço nas discussões acerca da gestão em saúde, devido ao seu potencial de contribuição para o setor. Sua recente visibilidade vai de encontro à aplicabilidade pelos profissionais envolvidos na gestão e gerência municipais e estaduais, apontando fragilidades neste processo. O desconhecimento dos profissionais que atuam no SUS sobre esse serviço faz com que tenham uma compreensão aquém da real importância da Regulação em Saúde para o sistema. Desta forma, muitas vezes esta área não é encarada como prioridade, o que indica a necessidade de capacitação dos gestores acerca do tema e instrumentalização dos profissionais envolvidos para um serviço de Regulação em Saúde eficiente, capaz de proporcionar todas as facilidades a que a Regulação se propõe (Oliveira, Elias, 2012).

No Brasil, a Regulação em Saúde foi normatizada em 2008, pela Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, dividindo a Regulação em Saúde em três funções principais: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; Regulação do Acesso à Assistência (Brasil, 2008).

A Regulação de Sistemas de Saúde se refere a ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância. A Regulação da Atenção à Saúde diz respeito ao controle da oferta de serviços, bem como tem por finalidade a adequada prestação de serviços à população, através de prestadores públicos e

privados, definindo estratégias para a Regulação do Acesso à Assistência. A terceira, Regulação do Acesso à Assistência, tem por objetivo gerenciar a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, abrangendo a regulação médica. Esta garante o acesso aos usuários baseado em classificação de risco e outros critérios para priorização (Brasil, 2007).

A classificação de risco permite que a oferta dos serviços seja direcionada aos casos mais urgentes, possibilitando a equidade da oferta das ações, e atendimento mais urgente aos casos prioritários, de modo a obedecer aos limites das cotas financeiras de cada município (Viegas, Penna, 2013).

Associado a isto, o termo “equidade em saúde” tem sido relacionado ao conceito de necessidade. Considerando que cada indivíduo possui necessidades diferentes, e que, portanto, um tratamento igualitário de saúde não atenderia satisfatoriamente as suas demandas, é justificado o emprego do processo de Regulação da oferta para otimizar o atendimento à população e minimizar as iniquidades em saúde (Sancho, Silva, 2013).

Nesse sentido, questiona-se: Como é tratado o princípio da equidade na literatura científica sobre Regulação em Saúde? Pautada nos aspectos apresentados, esta revisão de literatura tem por objetivo apresentar a interface entre o princípio da equidade e os Serviços de Regulação em Saúde, segundo a produção científica na área de saúde coletiva, de 2008 a 2012.

## **METODOLOGIA**

Para atingir o objetivo proposto, utilizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura, que busca a ampliação da compreensão de um tema proposto a partir da análise de estudos anteriormente publicados. O contato com o material científico publicado na área de conhecimento a ser investigada permite ao pesquisador conhecer as lacunas existentes na produção científica (Whittemore, Knafl, 2005).

A busca bibliográfica ocorreu no mês de julho de 2013, em quatro bases de dados digitais: SCOPUS, EBSCO, PUBMED/MEDLINE (Medical Literature Analysis) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Estas fontes foram escolhidas tendo em vista a aderência ao tema do estudo.

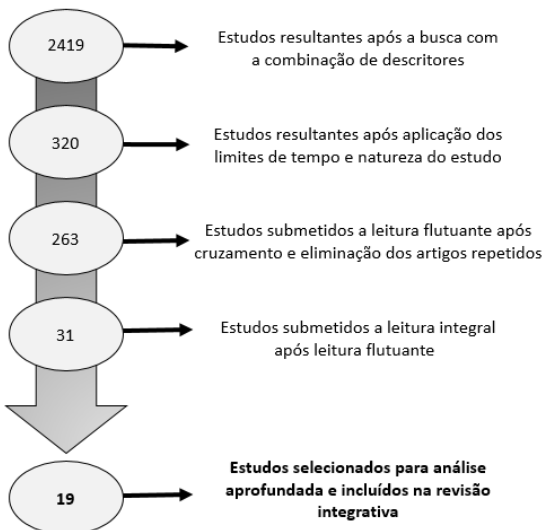
Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para selecionar os termos de busca, associados da seguinte forma: ("Government Regulation" OR "Health Care Coordination and Monitoring") AND ("Equity in Health" OR "Coverage Equity" OR "Equity in Access" OR "Equity in the Resource Allocation" OR "Equity"), resultando em 2.419 artigos.

Foram critérios adicionais de inclusão: pesquisa original, sem limite de idioma e publicados no período de 2008 a 2012, ou seja, posterior à Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil (Brasil, 2008). Foram critérios de exclusão: resenhas, anais de congresso, teses, dissertações, boletins epidemiológicos, artigos não relacionados ao objetivo deste estudo, e produção repetida.

Dos 2.419 estudos localizados inicialmente, 320 atenderam aos critérios de tempo e natureza do estudo. Os achados foram

submetidos a um cruzamento, em que os artigos repetidos, encontrados mais de uma vez em diferentes bases de dados, foram excluídos, sendo alcançado um universo de 263 artigos. Estes foram submetidos a uma leitura flutuante, na qual foram analisados seus títulos e resumos. Excluiu-se, desta forma, toda a produção não relacionada com o escopo do estudo, tais como artigos relacionados à regulação de novos medicamentos, regulamentação de transplantes, legislação em saúde, criação de programas e políticas de saúde. Após esta etapa, 31 artigos foram pré-selecionados e submetidos à leitura integral. Esta etapa possibilitou identificar outros 12 artigos não relacionados ao objetivo desta pesquisa. Assim, 19 foram selecionados para análise aprofundada, como ilustra a Figura 1.

**Figura 1:** Síntese do processo de seleção dos estudos para desenvolvimento da revisão integrativa da literatura.



Dos artigos resultantes, 06 foram encontrados unicamente na base de dados EBSCO, 05 na SCOPUS, 01 na PubMed, 01 simultaneamente na PubMed e SCOPUS, 02 na BVS, PubMed e EBSCO, e 04 foram localizados nas quatro bases de dados (Tabela 1).

**Tabela 1:** Estratégia de busca - resultado de artigos encontrados em cada base de dados e total após eliminação de estudos repetidos em todas as etapas.

Base de dados	Identificados para leitura flutuante	Excluídos de acordo com o tema	Pré-selecionados para leitura integral	Selecionados para análise
EBSCO	227	107	20	12
SCOPUS	45	30	15	10
BVS	21	08	13	06
PUBMED	27	12	15	08
Total de artigos após cruzamento	263	232	31	19

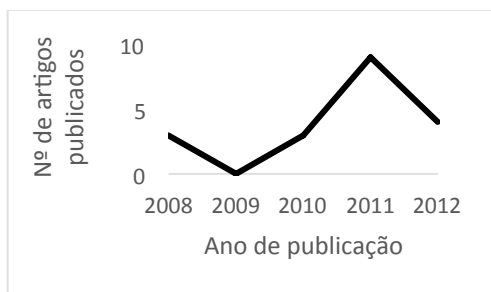
Os artigos selecionados foram organizados de modo a facilitar o acesso, para posterior leitura integral e fichamento das informações relevantes. As informações presentes nestes artigos foram agrupadas em tabela do software *Excel*, sendo discriminadas a base de dados, ano de publicação, autores, título, resumo, país, idioma, periódico publicado e considerações referentes ao tema.

Os achados foram agrupados conforme suas semelhanças e diferenças. A partir destes agrupamentos foram formadas as

categorias temáticas do estudo. Processou-se, então, a discussão sustentada a partir da literatura pertinente.

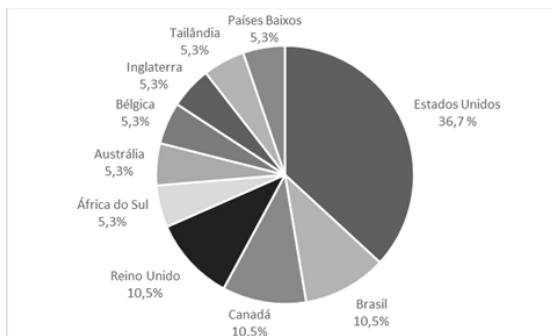
## RESULTADOS

Os 19 artigos selecionados para análise estavam distribuídos em periódicos distintos, não havendo concentração relevante de estudos com a temática pesquisada em periódicos específicos. 2011 foi o ano em que houve maior número de publicações sobre o tema (47,4%), seguido, consecutivamente, de 2012 (21,0%), 2010 e 2008 (15,8% cada). Não foram verificados artigos publicados no ano 2009 (Gráfico 1).



**Gráfico 1** – Distribuição dos artigos analisados segundo ano de publicação, de 2008 a 2012.

Apenas um artigo estava disponível nos idiomas inglês e português. Todos os demais estavam na língua inglesa. No que concerne ao país de origem, os Estados Unidos foram responsáveis pela produção de sete estudos, sendo o mais frequente, seguido de Brasil, Canadá e Reino Unido com duas publicações. África do Sul, Austrália, Bélgica, Inglaterra, Países Baixos e Tailândia com uma publicação (Gráfico 2).



**Gráfico 2** – Distribuição dos artigos analisados segundo país de origem.

Os achados foram agrupados de acordo com suas semelhanças e diferenças, ou seja, similaridade de assuntos, abordagens ou formas de tratamento. Desta análise emergiram quatro categorias temáticas: Equidade; Acesso aos serviços de saúde; Reforma de sistemas de saúde; e Instrumentos para a gestão. Tais categorias são apresentadas a seguir:

### **Equidade**

As iniquidades em saúde são definidas como disparidades estruturais sistemáticas, desnecessárias, evitáveis e injustas (Statcher, 2010; Braveman et al., 2011; Hynes, 2012). Estão relacionadas às diferenças na incidência, prevalência, morbidade e mortalidade, e com o risco de doenças ou agravos e outras condições adversas, tais como a desigualdade no acesso a cuidados de saúde (Braveman et al., 2011; Hynes, 2012). Elas afetam negativamente grupos específicos da população, socialmente desfavorecidos, definidos segundo fatores como

raça/etnia/cor da pele, nível de escolaridade, renda, gênero, orientação sexual, idade, presença de doença, agravo ou deficiência, dentre outras características associadas à discriminação e marginalização (Braveman et al., 2011; Hynes, 2012; Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011; Araújo et al., 2011; Gordeev, Pavlova, Groot, 2011).

Sob influência de alguns dos determinantes citados, as condições sociais em que as pessoas nascem, vivem e trabalham são importantes para a situação de saúde do indivíduo, podendo influenciar iniquidades em saúde (Statcher, 2010; Hynes, 2012).

Como resultado de um desenvolvimento social, econômico e político não-equânime, os grupos minoritários gerados por estes condicionantes tendem a ter piores condições de saúde, menor qualidade de vida e menos acesso a serviços de saúde (Hynes, 2012; Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011). Para transpor tais dificuldades é necessário adotar medidas estruturais para além do setor saúde, incluindo maiores investimentos em educação, habitação, emprego, renda, e acesso aos serviços de saúde. A distribuição desigual dessas condições sociais contribui para as persistentes iniquidades em saúde (Statcher, 2010; Sanders et al., 2011; Vieira, 2008). Aos profissionais de saúde, cabe pensar e agir de modo interdisciplinar e intersetorial, fortalecendo a força de trabalho e abordando os determinantes sociais que interferem no setor saúde, medidas que podem contribuir para corrigir as desigualdades e alcançar a equidade



em saúde em um sistema eficiente (Statcher, 2010; Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011; Sanders et al. 2011).

Os serviços de saúde devem ser pautados em atender as necessidades de usuários que estejam em maior risco de saúde e que apresentem mais fatores dificultadores do acesso (Kidd, Watts, Saltman, 2008; Tataw, 2011; Araújo et al., 2011). O intuito deve ser tratar desigualmente aqueles que se apresentam em situações desfavoráveis, buscando-se atingir a equidade, importante pilar de um sistema de saúde justo e eficiente (Birn, Nixon, 2010).

### **Acesso aos serviços de saúde**

O acesso aos serviços de saúde é conceituado como o ingresso do usuário às ações de atenção à saúde das quais necessita, respeitados o nível de atenção requerido e as limitações dos recursos disponíveis para a oferta (Araújo et al., 2011; Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011). Para o paciente, o acesso significa ter sua ação/serviço de saúde disponibilizado de maneira rápida e qualificada. Para o profissional de saúde significa a capacidade do Estado de disponibilizar os serviços de saúde a todos os usuários, de maneira a atender as diferentes necessidades individuais (Araújo et al., 2011).

Para alcançar o acesso à saúde de maneira equânime, é necessário levar em conta alguns princípios fundamentais como o ambiente social, político, epidemiológico e econômico a que está exposta a população, aspectos que visam assegurar um sistema de saúde apropriado (Araújo et al., 2011).

Possibilitar o acesso à saúde de maneira integral, universal e equânime requer, ainda, a superação de desafios relativos à prestação de serviços e ao financiamento da saúde. É preciso garantir o acesso ao nível adequado e necessário ao paciente, contando-se muitas vezes com recursos limitados, especialmente quando se trata do uso de tecnologias avançadas em saúde (Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011; Richards, 2012; Tataw, 2011). A disponibilização de um financiamento adequado ao subsídio dos serviços e tecnologias necessários em saúde é importante para ajustar a oferta à demanda, melhorar as condições de saúde da população e se aproximar, assim, da equidade (Wan, Wan, 2010; Vieira, 2008; Sequist, Cullen, Acton, 2011).

A otimização dos recursos, observada a limitação financeira do Estado, é indispensável na busca de atingir as necessidades de saúde da população. Há que racionalizar as intervenções essenciais e ao mesmo tempo possibilitar que todos desfrutem igualmente do mais elevado nível de saúde, por meio das diferentes ofertas, segundo as necessidades individuais (Vieira, 2008; Sanders et al., 2011; Braveman et al., 2011; Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011; Tataw, 2011; Gordeev, Pavlova, Groot, 2011). Ao Estado cabe a priorização das ações de saúde, consideradas suas restrições orçamentárias. O estabelecimento de um orçamento em saúde deve estar relacionado ao diagnóstico das necessidades de saúde da população (Vieira, 2008; Araújo et al., 2011; Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011; Braveman et al., 2011).

A alocação de recursos nos serviços de saúde, de acordo com as prioridades - para garantir a equidade -, é fundamental para proporcionar ações de saúde de modo mais eficaz ao usuário. Os recursos disponíveis são assim otimizados e qualifica-se o acesso dos usuários ao sistema (Sanders et al., 2011; Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011; Gordeev, Pavlova, Groot, 2011).

### **Reforma de sistemas de saúde**

No contexto do acesso equânime aos serviços de saúde, alguns estudos descreveram experiências de países que ultrapassaram reformas em seus sistemas de saúde com o intuito de superar estes desafios, bem como a necessidade de reformulação de estratégias que dificultam o desenvolvimento de uma saúde equânime.

As reformas nos sistemas de saúde foram abordadas como mudanças essenciais para alcance e manutenção de um sistema universal e equânime, permitindo resposta às necessidades de saúde a partir das evidências. Tais mudanças são processos constantes, que devem acompanhar a transformação das necessidades da população (Birn, Nixon, 2010; Gordeev, Pavlova, Groot, 2011).

Por meio de debates sobre a melhor forma de providenciar a qualificação do acesso aos cuidados de saúde, foi evidenciada a eficiência da equidade na reformulação sanitária (Pauly, 2012; Birn, Nixon, 2010; Tangcharoensathien et al., 2011). As reformas sanitárias em questão levam a discussões sobre os temas

equidade, acesso e financiamento. Embora a facilidade no acesso e a disponibilidade de recursos estejam ainda a serem alcançadas, os estudos apresentam propostas e experiências de reformas que visam corrigir estes problemas (Birn, Nixon, 2010; Gordeev, Pavlova, Groot, 2011).

Para construir um sistema de saúde equânime, é necessário que o Estado em questão assuma o compromisso de atingir a igualdade entre todos os cidadãos (Birn, Nixon, 2010). Estruturar uma cobertura de serviços de saúde de qualidade, com recursos adequados, é imprescindível para seu alcance (Tangcharoensathien et al., 2011).

Um sistema de saúde que funcione de forma equânime é considerado fundamental para a sociedade (Birn, Nixon, 2010). No entanto, a equidade do acesso a tais serviços de saúde ainda é dificultada pelas desigualdades sociais, tais como referentes à renda, região de habitação e grau de escolaridade, condições de moradia e trabalho. Essas condições são constantemente citadas no contexto dos sistemas de saúde apresentados, o que dificulta a construção de um sistema de saúde efetivamente equânime (Gordeev, Pavlova, Groot, 2011; Birn, Nixon, 2010).

Os estudos analisados indicam a importância dos mecanismos de relação custo-eficiência, e do controle dos recursos financeiros. Sugerem, ainda, que as novas reformas devam se concentrar no desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dos problemas existentes na equidade, no acesso e no financiamento, qualificando a alocação e distribuição dos recursos (Gordeev, Pavlova, Groot, 2011; Tangcharoensathien et

al., 2011; Pollock, Price, 2011; Wan, Wan, 2010; Sanders et al., 2011). Evidencia-se, assim, a importância de reflexão sobre o processo de alocação e distribuição dos recursos, e priorização das ações a serem desenvolvidas (Gordeev, Pavlova, Groot, 2011; Wan, Wan, 2010; Sanders et al., 2011).

Por fim, Birn e Nixon (2010) demonstram que é indispensável que qualquer sistema de saúde deva passar por reforma contínua para atender às mudanças nas necessidades da população e acompanhar o desenvolvimento nas evoluções médicas e dos serviços públicos de saúde.

### **Instrumentos para a gestão**

A Atenção Primária em Saúde (APS) é evidenciada como um importante instrumento facilitador de acesso do usuário aos serviços de saúde mais adequados às suas necessidades, além de reduzir o custo dos atendimentos através da otimização dos recursos, e minimizar as desigualdades na saúde. A abordagem da APS proporciona atendimento integral do indivíduo, prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde em nível comunitário e individual, e articulação para o desenvolvimento de ações intersetoriais para a saúde. Por meio do conhecimento da realidade de determinada população, a APS amplia o conhecimento das suas necessidades de saúde, o que permite a referência a níveis de atenção mais complexos e ações de saúde de maior tecnologia aos casos que demonstram necessidade (Kidd, Watts, Saltman, 2008; Sanders et al., 2011; Richards, 2012; Birn, Nixon, 2010; Araújo et al., 2011).

Para tanto, os profissionais envolvidos devem estar capacitados para identificar as reais necessidades da população. A garantia de recursos humanos adequados, encorajados para uma abordagem interdisciplinar, engajados nos princípios da saúde pública, e incentivados a concentrar-se nas necessidades dos indivíduos que se encontram em maiores riscos, são maneiras de utilizar a força de trabalho como ferramenta para a abordagem dos determinantes sociais e ampliar a visão para os caminhos para a equidade em saúde (Richards, 2012; Statcher, 2010; Tangcharoensathien et al., 2011; Kidd, Watts, Saltman, 2008).

No que diz respeito às formas de contratação dos prestadores privados de serviços de saúde, foi evidenciada a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas que respaldem o Estado no processo de contratação dos prestadores de serviços. A literatura enfatiza, ainda, que o processo de contratação não pode ser abordado como um estágio mecânico do processo de gestão em saúde (Macq et al., 2008).

Foram encontrados na literatura outros instrumentos indicados para a qualificação do acesso à saúde e otimização dos recursos financeiros nesse processo, tais como a importância do uso de tecnologias inovadoras em saúde aos casos que apresentarem necessidade (Sequist, Cullen, Acton, 2011); o desenvolvimento de uma lista de prioridades na alocação de recursos financeiros (Araújo et al., 2011); incentivo a condições favoráveis para redução das iniquidades em saúde (Statcher, 2010), assim como o desenvolvimento de pesquisas

científicas para fortalecer a equidade em saúde (Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011). Da mesma forma, o controle social foi apontado como responsável por acompanhar o desenvolvimento de ações estratégicas efetivas para a qualificação da saúde, de modo a contribuir com o fortalecimento das condições de saúde da população (Vieira, 2008).

A necessidade de criação de políticas favoráveis, contribuintes para a identificação das desigualdades em saúde, foi fortemente identificada na literatura (Braveman et al., 2011; Hynes, 2012; Balarajan, Selvaraj, Subramanian, 2011; Araújo et al., 2011; Gordeev, Pavlova, Groot, 2011; Statcher, 2010; Sanders et al., 2011; Vieira, 2008). Um dos estudos sugere sua efetivação com base na criação de um banco de dados onde sejam armazenadas informações sobre os demais sistemas de saúde de diversos países, em diferentes períodos (Quesnel-Vallée et al., 2012).

## **DISCUSSÃO**

A equidade é entendida pelos profissionais de saúde como a oferta de maior atenção aos indivíduos que mais a necessitam, provendo a cada um as ações de saúde segundo as suas demandas, com o intuito de superar as desigualdades existentes. Esta compreensão corrobora o valor de justiça que está associado a este princípio, o que a diferencia do conceito de igualdade (Linard et al., 2011; Rosas, Bezerra, Duarte-Neto, 2013). A criação do SUS teve como um dos seus objetivos

diminuir as desigualdades no acesso da população do país aos serviços de saúde (Viegas, Penna, 2013).

A literatura evidencia a forte relação entre as minorias sociais e a dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Aspectos relacionados à etnia/raça/cor da pele, região de moradia, escolaridade e condições financeiras, geram barreiras econômicas, organizacionais e culturais, o que exige mais atenção a esses grupos, a fim de identificar suas necessidades de priorização devido à maior vulnerabilidade (Trad, Castellanos, Guimarães, 2012; Costa, et al., 2012).

O conceito de vulnerabilidade é entendido como a probabilidade de uma população ser atingida por problemas, ameaças, ou danos à saúde. Tal suscetibilidade leva à necessidade de priorização da assistência a tais eventos, promovendo, assim, o princípio da equidade (Bertolozzi et al., 2009; Soares et al., 2013).

A compreensão de saúde ultrapassa o conceito da assistência médica, o que implica que um sistema de saúde equânime deve ser resultado de boas condições de trabalho, proteção social, remuneração adequada, educação, lazer, boas condições de moradia, implicando na necessidade de mobilização transdisciplinar e intersetorial (Martins, Molinaro, 2013; Viegas, Penna, 2013).

Responder às demandas de uma população leva à necessidade de investimento de recursos financeiros. A superação do desafio de responder às demandas dos usuários utilizando os recursos que se têm disponíveis depende da



eficácia e otimização dos recursos financeiros e do desenvolvimento de uma relação custo-benefício positiva (Soares et al., 2013). Outro desafio apontado é a identificação das necessidades em saúde de determinada população, o que pode dificultar uma distribuição equitativa dos recursos alocados em saúde, ou, do ponto de vista da prática profissional, limitar a decisão do médico regulador de decidir quais pacientes cujos agravos de saúde mostram-se prioritários diante de determinado contexto (Rosas, Bezerra, Duarte-Neto, 2013).

Faz-se necessária a atuação da ESF no que concerne ao contato com o usuário, para que esta conheça o estado e necessidades de saúde dentro das suas condições de vida, e consiga realizar uma priorização confiável. Desta forma, a equipe de saúde consegue disponibilizar as ações de saúde de que o indivíduo demanda, encaminhando-o aos serviços de saúde de outros níveis de atenção quando julgar necessário, articulando todas as informações oportunas com a central de Regulação (Viegas, Penna, 2013).

A literatura se mostra dividida entre a necessidade de otimização de recursos por meio da priorização dos agravos e regulação do acesso, e a oferta livre irrestrita de ações e serviços de saúde. O SUS é percebido como um sistema de saúde doutrinariamente equânime inserido em uma sociedade injusta e desigual, o que influencia para que seu acesso seja efetivado de modo seletivo e excludente (Assis, Jesus, 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os achados deste estudo revelam a deficiência de artigos que abordem a Regulação em Saúde em consonância com o princípio da equidade. A dificuldade principal encontrada na etapa metodológica deste estudo se deu na inexistência de terminologia própria para o tema da pesquisa, levando a muitos estudos que não abordavam a temática. Os artigos localizados a partir da terminologia utilizada dizem respeito à regulamentação de diversas temáticas na área da saúde, não estando relacionados, necessariamente, à regulação do acesso, tema a que este estudo se propôs a pesquisar.

A abordagem do princípio da equidade esteve presente na maioria dos estudos, articulando discussões com assuntos como o acesso aos serviços de saúde, reforma de sistemas de saúde, e outros instrumentos apresentados como facilitadores do processo de gestão.

Um fator preocupante dentre os achados foi o baixo número de artigos brasileiros, o que indica ser oportuno o desenvolvimento científico que articule a Regulação em Saúde e o princípio da equidade. Tendo em vista a recente regulamentação da Regulação em Saúde pela legislação do país, é proveitoso que o tema seja estruturado e desenvolvido a partir de achados científicos. A importância da Regulação em Saúde, bem como seu potencial para efetivar o exercício do princípio da equidade, sugere o investimento em novos estudos que contemplem a temática a fim de qualificar os serviços de saúde. Desta forma, os resultados encontrados neste trabalho sugerem maior aprofundamento desta abordagem referente aos

dois temas, de modo a identificar achados cientificamente significativos que possam qualificar a prática profissional em Saúde Pública.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. T.; CAPORALE, J. E.; STEFANI, S.; PINTO, D.; CASO, A. Is equity of access to health care achievable in Latin America? **Value Health**, v. 14, n. 5, p.8-12, 2011.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p.2865-75, 2012.

BALARAJAN, Y.; SELVARAJ, S.; SUBRAMANIAN, S. V. Health care and equity in India. **Lancet**, v. 377, n. 9764, p.505-15, 2011.

BERTOLOZZI, M. R.; NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P.; VAL, L. F.; GUANILLO, M. C. T. U; PEREIRA, E. G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p.1326-30, 2009.

BIRN A. E.; NIXON S. Canada's health care system: A relevant approach for South Africa. **S. Afr. Med. J.**, v. 100, n. 8, p.516-20, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRAVEMAN, P. A.; KUMANYIKA, S.; FIELDING, J.; LAVEIST, T.; BORRELL, L. N.; MANDERSCHIED, R.; TROUTMAN, A. Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice. **Am. J. Public Health**, v. 101, n. 1, p.149-56, 2011.

COSTA, S. M.; ABREU, M. H. N. G.; VASCONCELOS, M.; LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M.; FERREIRA, E. F. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p.461-70, 2012.

GORDEEV, V. S.; PAVLOVA, M.; GROOT, W. Two decades of reforms. Appraisal of the financial reforms in the Russian public healthcare sector. **Health Policy**, v. 102, n. 2, p.270-7, 2011.

HYNES, M. M. Sociology, health data, and health equity: One state agency as a site of social change. **Current Sociology**, v. 60, n. 2, p.161-77, 2012.

KIDD, M. R.; WATTS, I. T.; SALTMAN, D. C. Primary health care reform: equity is the key. **Med. J. Aust.**, v. 189, n. 4, p.221-2, 2008.

LINARD, A. G.; LINARD, A. G.; CHAVES, E. S.; ROLIM, I. L. T. P.; AGUIAR, M. I. F. Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p.114-20, 2011.

MACQ, J.; MARTINY, P.; VILLALOBOS, L. B.; SOLIS, A.; MIRANDA, J.; MENDEZ, H. C.; COLLINS, C. Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: Issues and challenges. **Health Policy**, v. 87, n. 3, p.377-88, 2008.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p.1667-76, 2013.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p.571-6, 2012.

PAULY, M. V. Lessons to improve the efficiency and equity of health reform. **Hastings Cent. Rep.**, v. 42, n. 5, p.21-4, 2012.

POLLOCK, A. M.; PRICE, D. The final frontier: The UK's new coalition government turns the English National Health Service over to the global health care market. **Health Sociology Review**, v. 20, n. 3, p.294-305, 2011.

QUESNEL-VALLÉE A.; RENAHY, E.; JENKINS, T.; CERIGO, H. Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective: the Health Insurance Access Database. **BMC Health Serv. Res.**, v. 10, n. 12, p.107, 2012.

RICHARDS, D. A. Stepped care: a method to deliver increased access to psychological therapies. **Can. J. Psychiatry**, v. 57, n. 4, p.210-5, 2012.

ROSAS, M. A.; BEZERRA, A. F. B.; DUARTE-NETO, P. J. Uso das redes neurais artificiais na aplicação de metodologia para alocação de recursos da saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p.128-36, 2013.

SANCHO, L. G.; SILVA, N. E. K. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. **Physis**, v. 23, n. 2, p.371-91, 2013.

SANDERS, D.; BAUM, F. E.; BENOS, A.; LEGGE, D. Revitalising primary healthcare requires an equitable global economic system - now more than ever. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 65, n. 8, p.661-5, 2011.

SEQUIST, T. D.; CULLEN, T.; ACTON, K. J. Indian Health Service Innovations Have Helped Reduce Health Disparities Affecting American Indian And Alaska Native People. **Health Aff.**, v. 30, n. 10, p.1965-73, 2011.

SOARES, D. S.; BRANDÃO, R. R. M.; MOURÃO, M. R. N.; AZEVEDO, V. L. F.; FIGUEIREDO, A. V.; TRINDADE, E. S. Relevância de exames de rotina em pacientes de baixo risco submetidos a cirurgias de pequeno e médio porte. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v. 63, n. 2, p.197-201, 2013.

STATCHER, D. Include a Social Determinants of Health Approach to Reduce Health Inequities. **Public Health Rep.**, 2010, v. 125, n. 14, p.6-7, 2010.

TANGCHAROENSATHIEN, V.; PATCHARANARUMOL, W.; IR, P.; ALJUNID, S. M.; MUKTI, A. G.; AKKHAVONG, K.; BANZON, E.; HUONG, D. B.; THABRANY, H.; MILLS, A. Health-financing reforms in southeast Asia: challenges in achieving universal coverage. **Lancet**, v. 377, p.863–73, 2011.

TATAW, D. The second market failure phenomenon in safety-net health systems: the case of a municipal academic medical center from 1980 to 2000. **Soc. Work Public Health**, v. 26, n. 3, p.294-321, 2011.

TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p.1007-13, dez. 2012.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p.181-90, 2013.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: Reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p.365-9, 2008.

WAN, Y. C.; WAN, Y. I.; Achievement of equity and universal access in China's health service: A commentary on the historical reform perspective from the UK National Health Service. **Glob. Public Health**, v. 5, n. 1, p.15-27, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. Methodological issues in nursing research: The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p.546-53, 2005.

**5.2. Manuscrito 2 - AÇÕES DO SERVIÇO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE: UM ESTUDO DE CASO**





## **AÇÕES DO SERVIÇO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE: UM ESTUDO DE CASO**

Caroline Cechinel. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Aluna do curso de mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

Walter Ferreira de Oliveira. Professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

### **RESUMO**

**Introdução:** A Regulação em saúde é responsável por ordenar o acesso dos usuários do SUS às ações e serviços de saúde, sendo considerada um importante instrumento de gestão. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo fazer um diagnóstico das ações do serviço de regulação dos serviços de saúde realizadas pelo Setor de Regulação em Saúde no município de Florianópolis - SC. **Métodos:** A metodologia deste estudo foi o Estudo de Caso, que utilizou as técnicas de grupo focal, observação participante e análise documental. A técnica de análise de dados utilizada foi a Análise Temática. O grupo focal contou com a participação de 8 integrantes, incluindo 1 enfermeiro, 4 reguladores, sendo 2 médicos e 2 dentistas, e 3 gerentes, incluindo a gerência de Regulação, gerência de Controle e Avaliação, e a diretora de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria. **Resultado:** O diagnóstico das ações do serviço de Regulação em Saúde no município estudado evidenciou a importância da capacitação permanente dos recursos humanos envolvidos na regulação, de modo a sensibilizar os diferentes atores sobre a necessidade de utilização do SISREG como ferramenta unificada para a regulação, e a Estratégia de Saúde da Família como promotora de acesso do usuário, favorecido pelo setor de regulação. **Considerações finais:** A importância da constante capacitação dos profissionais envolvidos na Regulação em Saúde é justificada pela capacidade de qualificação que esta ferramenta da

gestão tem sobre o acesso do usuário aos serviços de saúde de média e alta complexidade e a alocação dos recursos financeiros.

**Descritores:** Regulação e Fiscalização em Saúde; Equidade; Gestão em Saúde; Saúde Pública.

## ABSTRACT

**Introduction:** The regulation of health is responsible for ordering the access of user of SUS to actions and health services, being considered an important management tool. **Objective:** This study aims to make a diagnosis of the actions of health services regulation performed by Health Regulation Department in Florianópolis - SC. **Methods:** The methodology of this study was the Case Study, which used the techniques of focus group, participant observation and document analysis. The data analysis technique used was the Thematic Analysis. The focus group was attended by 8 members, including 1 nurse, 4 regulators, being 2 doctors and 2 dentists, and 3 managers, including the Regulation Manager, the Control and Evaluation Manager, and the Director of the Department of Regulation, Control, Evaluation and Auditing **Result:** The diagnosis of Regulation Actions in the city studied Health highlighted the importance of ongoing training of human resources involved in the regulation process, in order to sensitize the different stakeholders on the need to use the SISREG as unified tool for regulation, and Family Health Strategy as a promoter of the user promoted by regulating department. **Final Thoughts:** The importance of constant training of professionals involved in healthcare regulation is justified by the qualification ability of this management tool has over the user's access to medium and high complexity health services and over allocation of financial resources.

**Descriptors:** Health Care Coordination and Monitoring; Equity; Health Management; Public Health.

## INTRODUÇÃO

A Regulação da Assistência à saúde ordena o acesso dos usuários do SUS às ações e serviços de saúde, atuando sobre a oferta, através da otimização dos recursos assistenciais disponíveis, e sobre a demanda, por meio da busca da melhor alternativa de assistência referente às necessidades da população<sup>1</sup>.

É considerada um importante instrumento de gestão em saúde, com o potencial de facilitar o fortalecimento do SUS através das contribuições para a atenção à saúde do município, e proporcionar a garantia do direito ao acesso à saúde por meio da superação de problemas tais como a oferta dos serviços de atenção à saúde<sup>1,2</sup>.

A Portaria 1.559/2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Nela são apresentadas três dimensões da Regulação em Saúde, integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; e Regulação do Acesso à Assistência<sup>3</sup>. A Regulação do Acesso, ou Regulação da Assistência, sentido de que trata este artigo, prevê o gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, garantindo o acesso a partir de protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização<sup>4</sup>.

O processo de descentralização do SUS, proposto como um dos seus princípios organizativos, seguindo a lógica da municipalização, fez com que muitas ações antes sob responsabilidade do estado, fossem transferidas aos municípios, o que gera, ainda hoje, muitas dúvidas sobre quais funções são esperadas pelas secretarias estaduais e municipais<sup>1</sup>.

A literatura demonstra que a Regulação em Saúde no âmbito do município é compreendida como um setor que facilita a garantia do acesso a ações e serviços de saúde à população, seguindo as necessidades dos usuários<sup>5</sup>. A dificuldade em localizar estudos que tratem do tema nos leva a identificar um vácuo nesta área da literatura científica, e nos incentiva a gerar estudos que possam trazer novas compreensões que contribuam para a gestão em saúde.

Diante destes apontamentos, questiona-se: Como se dá o serviço de Regulação em Saúde em um município de grande porte localizado no sul do país? Assim, este estudo tem por objetivo fazer um diagnóstico das ações do serviço de regulação em saúde realizadas pelo Setor de Regulação no município de Florianópolis - SC.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, que lançou mão das técnicas de grupo focal, análise documental e observação participante para contemplar o objetivo proposto.

O estudo de caso é compreendido como uma investigação empírica, um método que abrange planejamento e técnicas de coleta e análise de dados, que objetiva o entendimento dos processos do fenômeno no contexto e a construção de novos conhecimentos através da formulação de hipóteses sobre fenômenos específicos isolados. Ao buscar muitas informações sobre seu objeto, procura compreender um conjunto de fenômenos que o caracterizam<sup>6</sup>.

O local do estudo foi o setor de Regulação em Saúde de um município de grande porte localizado no sul do país, conhecido nacionalmente pelos bons indicadores em Saúde Pública.

A coleta de dados aconteceu de setembro a novembro de 2013. Primeiramente ocorreu a análise documental, que tem o intuito de obter informações que respondam aos questionamentos da pesquisa, e que não possam ser satisfeitas a partir da análise de outras fontes de dados<sup>7</sup>. A análise documental realizada durou aproximadamente 30 dias e incluiu os documentos: Plano Municipal de Saúde 2011/2014; Instrução Normativa Municipal 003/2013 que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG); manual municipal de Boas Práticas em Saúde; e Proposta de Implementação do Complexo Regulador da Grande Florianópolis.

Após a análise documental, foi realizada a Observação Participante, em que a pesquisadora se colocou em contato direto com o contexto, permitindo identificar detalhes como a rotina de trabalho, relação interpessoal entre os membros da equipe, interesse dos profissionais sobre determinadas áreas do trabalho, fenômenos estes que se tornariam mais difíceis de serem abordados por meio de outras técnicas de coleta de dados<sup>7</sup>.

Em seguida, foi desenvolvido o grupo focal, que caracteriza-se por uma discussão informal e visa obter informações gerando consensos ou divergências. Tem o intuito de obter, ainda, informações de natureza qualitativa em profundidade, detalhadas, sobre um tópico específico, que possam proporcionar compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produtos ou serviços<sup>7,8</sup>. Os participantes foram questionados e incitados a falar sobre suas ações desenvolvidas, sua percepção acerca da Regulação em Saúde e a relação com a equidade, as limitações enfrentadas e sugestões para superação.

Foram convidados a participar da pesquisa todos os funcionários da gerência de Regulação da SMS do município estudado. Em função de o horário de realização do grupo coincidir com o horário de trabalho, alguns funcionários não se encontravam no setor, e outros permaneceram em suas atividades. Dessa forma, o grupo focal totalizou 8 participantes, sendo estes: 1 enfermeiro, 4 reguladores, sendo 2 médicos e 2 dentistas, e 3 gerentes, incluindo a gerência de Regulação, gerência de Controle e Avaliação e a diretora do setor de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria. As falas foram gravadas em meio digital e transcritas em documento do *word* para posterior análise. Os arquivos serão armazenados pela autora pelo período de cinco anos.

Para análise dos dados foi utilizada a Análise Temática proposta por Minayo como uma das modalidades de Análise de Conteúdo, definida pela autora como uma técnica de pesquisa que permite a replicação, por meio das técnicas científicas, das inferências extraídas de determinado contexto. A análise temática segue a noção de tema, ou seja, encontra em uma frase ou palavra o núcleo ou significado da fala. Pode ser operacionalizada em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação<sup>7</sup>.

A primeira etapa, a etapa de Pré-análise, compreendeu a aproximação do pesquisador com o material, sua organização, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, permitindo que o pesquisador retomasse as questões iniciais. A segunda etapa, de Exploração do Material, incluiu a classificação do material, a fim de permitir que o pesquisador alcançasse a compreensão de sua essência. Para tanto, os dados brutos foram codificados, reduzindo o texto a

palavras ou expressões significativas. Assim, foram formuladas as categorias de análise, a partir do agrupamento dos dados segundo o tema. Por fim, na terceira e última etapa da Análise Temática, ocorreu o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos resultados.

O estudo levou à construção de três categorias principais, sendo estas: Ações do Serviço de Regulação em Saúde; Equidade na Regulação em Saúde; e Atuação dos profissionais. Neste artigo será analisada a primeira categoria encontrada, Ações do Serviço de Regulação em Saúde.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/2012, respeitando-se a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC para realização das entrevistas, protocolo 460.084/2013<sup>9</sup>. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As falas dos participantes são identificadas ao longo do texto pela sua categoria profissional e a ordem com que foram identificadas, de modo a respeitar o sigilo de sua identidade.

## **RESULTADOS**

A partir da análise documental foi possível verificar que o SISREG entrou em atuação no município em 2006, a partir de um projeto piloto que integrou todos os centros de saúde, a fim de organizar o acesso à atenção em saúde. O ano de 2007 foi marcado por constantes capacitações dos profissionais, e em 2008 o SISREG foi ampliado, abrangendo outros procedimentos, sendo criada a Diretoria de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria. Neste mesmo ano o município adquiriu, em parceria com o Ministério da

Saúde, equipamentos de informática para a Região de Saúde de que é sede, ficando responsável pela distribuição dos materiais e treinamento para implantação do SISREG. Em 2009 foi lançada a proposta de implementação do complexo regulador de Florianópolis, com o objetivo de garantir o fornecimento dos equipamentos, estrutura física e capacitações para os municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis.

A fala a seguir relata as dificuldades enfrentadas nesse momento inicial:

“É que veio um modelo novo, e apesar de toda a batalha, a gente conseguiu na época articular no gabinete a contratação de vários funcionários administrativos. Nós conseguimos computadores exclusivos para o SISREG, e operadores pra isso. Porque em 2006 a gente recebeu 6 milhões de reais do Ministério da Saúde. E pra conseguir esses 6 milhões a gente formou, nomeou complexo regulador. Aí nesse primeiro recurso deu pra comprar computadores, pra comprar impressora, pra brigar pra ter linha de internet. Pra não atender só os 400 mil habitantes de Florianópolis, e sim 1 milhão pra macro região” (Gerente1)

A partir de então, o complexo regulador de Florianópolis realiza quatro modalidades de treinamentos com os profissionais envolvidos: Treinamento Introdutório, voltado a todos os novos operadores do SISREG e novas clínicas prestadoras, estando a disponibilização da senha de acesso ao sistema condicionada à realização deste treinamento; Educação Continuada, destinada aos operadores solicitantes ocorrendo a cada três meses; Treinamento de Gestão, voltada aos gestores, diretores, gerentes e coordenadores dos centros de saúde; e Treinamento de Regulação, direcionado aos médicos e odontólogos reguladores do município.



A percepção da importância dos treinamentos de capacitação profissional é evidenciado na fala:

“Em todos os treinamentos eles sentam às 9 da manhã, 8 da manhã, e eles só saem meio dia, ou meia hora, ou uma hora. Tinha dias que eu nem almoçava, que eu tinha reunião à uma, uma e meia, e eles ficavam conversando ainda até tarde. Porque a necessidade do conhecimento é grande. Porque contagia essa questão da gestão do acesso”. (Gerente1)

A Central de Regulação de Florianópolis serve de modelo a vários outros municípios, tendo promovido capacitações e treinamentos para mais de 2.500 pessoas durante os cinco primeiros anos de implantação. A análise documental atribui à implantação da Central de Regulação a transferência da responsabilidade sobre os serviços de saúde especializados, do estado para o município, e a sua distribuição para a rede municipal. Observou-se o contato constante que os demais municípios da Região de Saúde têm com a Central de Regulação, demandando grande parte do tempo dos funcionários do setor.

Os dados revelados no grupo focal corroboram os achados, uma vez que os participantes demonstraram as dificuldades que enfrentam e os esforços que demandam frente aos demais municípios. Em especial, foram citadas as dificuldades referentes à capacitação profissional e a descontinuidade deste processo influenciada pela troca da gestão municipal, gerando dificuldades em manter uma equipe capacitada e preparada para a função, como descrito no depoimento:

“Pra nós é um entrave a questão da fragilidade da gestão da grande Florianópolis. A gente mal consegue dar conta do nosso município, que já é gigante. E aí tem a questão da troca política dos outros municípios. Então, imagina, é todo um trabalho que é feito com uma equipe, a gente faz as vezes treinamento com pessoal de fora e que depois de um ano muda toda a equipe de

novo, começa do zero. Então o gestor não tem esse conhecimento, nem sabe o que que é protocolo, muito menos o que é complexo regulador. Porque os municípios não se empoderaram, não buscam serviços pra eles, não assumem serviço nenhum, e nós aqui somos o único acesso pra quase todos.” (Gerente 2)

Os documentos que normatizam a Regulação em Saúde no município indicam a necessidade de utilização do SISREG como instrumento único de regulação dos procedimentos de média complexidade. A análise documental define que este sistema funciona na lógica de facilitação do acesso, e está configurado para encaminhar cada paciente para os prestadores mais próximos a sua área de abrangência, sob dependência da disponibilidade de vagas.

Através da técnica de observação, foi possível constatar a insatisfação dos profissionais quanto ao SISREG. Os funcionários referiram diversas reclamações quanto à dificuldade de utilização deste sistema, a frequência com que o sistema fica indisponível, e suas constantes inconformidades.

Os procedimentos são inseridos no SISREG sob duas formas: *Regulação* (analisados e classificados conforme a gravidade e necessidade clínica) ou *Fila de Espera* (realizados conforme ordem cronológica). Para definição de qual forma devem ser disponibilizados, são classificados segundo quatro conceitos: Rotina (aqueles que não possuem nenhuma referência à gravidade ou necessidade de priorização); Prioridade (procedimento cuja demora altere a conduta clínica ou impeça o acesso a outros procedimentos como cirurgias), Urgência (procedimentos que, em função da gravidade clínica, não podem ser realizados conforme ordem cronológica) e Procedimentos

100% regulados (procedimentos previamente definidos, que não podem ser inseridos em fila de espera).

Foi evidenciado que em seu cotidiano, os profissionais suscitam várias dificuldades referentes à resistência de compreensão dos operadores solicitantes quanto ao encaminhamento de procedimentos em Regulação ou Fila de Espera.

A agenda de todos os procedimentos devem ser elaboradas pelo SISREG, sendo vetada a utilização de agendas paralelas. A utilização de formas de entrada ilegítimas de solicitações levam à sobrecarga do profissional regulador e prejuízo a todo o processo de regulação, como evidenciado na fala:

“Porque tem pessoas que querem agilizar uma consulta, agilizar um exame, um procedimento, e existe o critério, existe o protocolo de acesso através do sistema, que é o SISREG. Então não é por aí. Eles têm que entender isso. E até hoje, apesar de toda essa capacitação, todo esse trabalho que elas fizeram [as funcionárias mais antigas] e a gente continua mantendo, ainda existe essa cultura de que ‘vamos dar um jeitinho’, entendeu? Então você acaba sendo sobrecarregada.” (Regulador 2)

Os participantes revelaram a dificuldade que têm para enfrentar as influências ilegítimas sobre os agendamentos, como mostra o depoimento:

“Então em tese, é isso, na prática a gente sofre muita interferência. Você sofre interferência de um posto, de um marcador, de um político, que acha que o paciente tem o direito de passar na frente. Então ele tá acostumado com aquela velha forma de agendamento de ‘eu sou fulano, eu sou beltrano’ ou ‘é meu pai, minha mãe’. Tudo bem, é seu pai, sua mãe, mas seu pai e sua mãe teoricamente estão bem. Então quem vai passar na frente é quem não está bem. Então você sofre toda essa interferência. E isso incomoda. E você tentar quebrar isso aí, tentar educar, faz a gente sofrer bastante.” (Regulador 2)

A estratégia de contato com o usuário que tem seu procedimento agendado normalmente é feita pelo centro de saúde após a autorização pelo setor de Regulação. Em caso de desistência pelo usuário, o setor possui tempo hábil de substituição por outro paciente. Observou-se que diante do surgimento de vagas com pouca antecedência, os profissionais do setor se mobilizam, de modo a contatar os pacientes e questionar seu interesse e disponibilidade, evitando, assim, a perda das vagas disponíveis. As falas corroboram a observação realizada, como demonstrado:

“É necessário envolver equipe, inserir o coordenador e fazer o coordenador saber o que está acontecendo. Envolver a equipe toda no processo de ligar, de chamar, de saber, de conhecer o SISREG, de entender os critérios e que vale a pena todo mundo saber e todo mundo participar” (Enfermeira 1).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é apontada como ordenadora do acesso dos usuários aos serviços de saúde especializados que, como porta de entrada única do sistema de saúde municipal, são responsáveis pelo gerenciamento do acesso ao SISREG.

A comunicação da ESF com o nível central acontece a priori via e-mail, a fim de garantir o registro das comunicações e não demandar desnecessariamente os funcionários em ligações telefônicas. Os contatos telefônicos são destinados geralmente à resolução de casos mais urgentes, na maior parte das vezes do médico assistente ao regulador.

Os participantes revelaram sua percepção sobre a importância da qualificação dos profissionais da ESF, que, quando qualificados, facilitam o desenvolvimento das ações do serviço de regulação, como demonstrou o participante:

“Que quanto mais qualificada a saúde da família, lá na atenção primária, quanto mais treinamentos a gente fizer, quinzenalmente aqui, chamar médico, chamar enfermeiro, que é aquele trabalho árduo que a gente sempre fez, quanto mais gente treinada, menos trabalho a gente vai ter, menos e-mail a gente vai responder. Vai ligar o médico pra ti só aquele que é uma urgência mesmo, não vai ser aquele que tá implorando porque o paciente tá incomodando.” (Gerente3)

## DISCUSSÃO

A capacitação permanente de recursos humanos na área da Regulação em Saúde visa a contínua atualização dos envolvidos através da técnica multiplicadora, buscando garantir a assistência à saúde segundo os princípios do SUS a partir dos diferentes níveis de complexidade<sup>10</sup>. A literatura evidencia a necessidade de maior divulgação dentre os profissionais, demandando recursos humanos capacitados e bem coordenados<sup>1</sup>.

Os complexos reguladores, com o propósito de regular o acesso por meio de protocolos clínicos e de acesso previamente estabelecidos, buscam aperfeiçoar os recursos financeiros disponíveis em paralelo à definição da melhor alternativa assistencial dirigida a cada usuário. Com o processo de descentralização do SUS, com foco na municipalização, muitas ações e serviços passaram à gestão dos estados aos municípios<sup>1</sup>.

Apesar de ter sido desenvolvido pelo Ministério da Saúde entre 1999 e 2002, o SISREG ainda se apresenta como um sistema de informações em saúde incipiente. Responsável pela informatização e facilitação do processo de regulação, responde por proporcionar um fluxo organizado dos pacientes ao sistema de saúde, de modo a possibilitar o recebimento, avaliação e resposta adequada aos serviços solicitados conforme a necessidade de cada caso<sup>10,11</sup>.

A alta frequência de longos tempos de espera para execução dos procedimentos de saúde de alta e média complexidade constituem um dos grandes problemas do SUS. Na manipulação do SISREG, a Regulação apresenta um conceito diferenciado da Fila de Espera, utilizada ainda hoje para procedimentos que não apresentam a necessidade de priorização. Esta trata-se de uma lista em que os encaminhamentos aos serviços especializados são dispostos cronologicamente, e realizados conforme o número de vagas disponibilizado mensalmente. Esta modalidade demonstra a mudança gerada pelo processo de Regulação, que permite a avaliação dos casos e tratamento equânime aos usuários<sup>12,13</sup>.

O acesso às ações e serviços assistenciais se dá, segundo a lógica da ESF, de maneira relativa à definição de uma área geográfica adstrita e cobertura integral da população nela residente. O questionamento sobre a necessidade de uma reflexão sobre a restrição do acesso aos serviços de média e alta complexidade em saúde é abordada na literatura, tendo em vista o não esgotamento e a baixa utilização das tecnologias leves disponíveis na atenção primária<sup>5,12</sup>.

## **REFERÊNCIAS**

1. Lima MRM, Silva MVS, Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Silva AA. Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. 2013;14(1):23-31.
2. Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):571-6.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
5. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*. 2012;22[1]:119-40.
6. Yin R. Case study research: design and methods, 4 ed, Sage, 2009.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
8. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
9. Brasil. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MF, Sikva MVS, Feitoza AF. Regulação em Saúde: Aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enferm*. 2009;14(2):346-52.
11. Oliveira, RR. Os conceitos de Regulação em Saúde no Brasil [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo; 2010.
12. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Lista de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde Espanhol. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2783-94.

13. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):295-304.



### **5.3. Manuscrito 3 - REGULAÇÃO EM SAÚDE: UM DIÁLOGO COM O PRINCÍPIO DA EQUIDADE**



## **REGULAÇÃO EM SAÚDE: UM DIÁLOGO COM O PRINCÍPIO DA EQUIDADE**

Caroline Cechinel. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Aluna do curso de mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

Walter Ferreira de Oliveira. Professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

### **RESUMO**

Este estudo teve como objetivo verificar a interface entre a Regulação em Saúde e o princípio da equidade. A metodologia deste estudo foi o Estudo de Caso, que utilizou as técnicas de grupo focal, observação participante e análise documental. A técnica de análise de dados utilizada foi a Análise Temática. Constatou-se que o conceito de Regulação desvelado na análise documental é o mesmo entendido e vivenciado pelos profissionais, estando intimamente atrelado ao princípio da equidade. Foi evidenciada a articulação da Regulação em Saúde com a Estratégia de Saúde da Família e a utilização do SISREG – Sistema Nacional de Regulação - como estratégias para efetivar a equidade no sistema de saúde. A Regulação, com sua influência sobre a oferta e disposição dos serviços, tem o potencial de garantir o acesso aos usuários e promover a equidade. Para tanto, deve atentar para adequar a oferta à demanda, indo além da adequação da demanda à oferta, o que

abriria espaço para o não atendimento de indivíduos que pudessem necessitar da assistência à saúde.

**Descritores:** Regulação e Fiscalização em Saúde; Equidade; Equidade no Acesso; Gestão em Saúde; Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

This study aimed to verify the interface between the Health Regulation and the principle of equity. The methodology of this study was the Case Study, which used the techniques of focus group, participant observation and document analysis. The data analysis technique used was the Thematic Analysis. It was observed that the concept of Regulation unveiled at the document analysis was the same understood and experienced by professionals, been closely linked to the principle of equity. It was evidenced the bond of Health Regulation with the Family Health Strategy and the use of SISREG – Brazilian National Regulation System – as strategies to enforce equity in the health system. The regulation, with its influence on the offer and disposition of services has the potential to ensure access to users and promote equity. To do so, it should endeavor to match supply to demand going beyond the adequacy of demand to supply, which would make room for non-assistance of individuals who might need health care.

**Descriptors:** Health Care Coordination and Monitoring; Equity; Equity in Access; Health Management; Public Health.

## **RESUMEN**

Este estudio tuvo como objetivo verificar la interfaz entre la Regulación en Salud y el principio de equidad. La metodología de este estudio fue el

caso de estudio, que utilizó las técnicas de grupos focales, observación participante y análisis de documentos. La técnica de análisis de datos utilizada fue el Análisis Temático. Se constató que el concepto de Regulación develado en el análisis de documentos es el mismo comprendido y experimentado por los profesionales, estando estrechamente vinculado al principio de equidad. Se evidenció la articulación de la Regulación en Salud con la Estrategia de Salud de la Familia y el uso de SISREG – Sistema Nacional de Regulación de Brasil – como estrategias para obtener la equidad en el sistema de salud. La regulación, con su influencia en la oferta y la disposición de los servicios, tiene el potencial para asegurar el acceso a los usuarios y promover la equidad. Para hacerlo, se debería tratar de ajustar la oferta a la demanda, más allá de la adecuación de la oferta a la demanda, lo que haría espacio para la no asistencia de individuos que puedan necesitar atención médica.

**Descriptor:** Regulación y Fiscalización en Salud; Equidad; Equidad en el Acceso; Gestión en Salud; Salud Pública.

## INTRODUÇÃO

O termo Regulação está associado aos atos de regulamentar, ordenar, sujeitar a regras, e relacionado à satisfação do usuário quanto ao atendimento de suas necessidades<sup>1</sup>. A Regulação em Saúde vem tomando espaço no setor saúde por se configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem o SUS desde sua criação. Está relacionada à função do Estado de ordenar a distribuição de recursos, bens e serviços de saúde, ou seja, está atrelada à superação de problemáticas como a oferta de ações e serviços de saúde<sup>2</sup>.

A Regulação em Saúde busca o alcance dos objetivos do SUS, por meio da garantia do direito à saúde, ao acesso com eficiência e efetividade, prestação das ações e serviços de saúde com qualidade e suficientes para responder às necessidades da população, a partir dos recursos disponíveis<sup>3</sup>.

A ampliação do acesso às ações e serviços de saúde é um dos grandes desafios do SUS. A transposição desta problemática exige dos gestores a organização e disponibilização de mecanismos que, atuando juntos, busquem alcançar a consolidação do SUS. Atenção Básica resolutiva, encaminhamentos adequados e criteriosos, protocolos assistenciais e complexos reguladores são indicados como meios facilitadores para um bom resultado das ações de atenção<sup>4</sup>.

No Brasil, foi instituída em 2008 a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, a fim de regulamentar a Regulação em Saúde em três aspectos: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; e Regulação do Acesso à Assistência<sup>5</sup>. Esta última objetiva organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, exercendo

autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização<sup>6</sup>.

Buscando alcançar o acesso equânime a que se propõe, o SUS faz uso do processo regulatório como um de seus instrumentos de gestão, uma vez que este se apresenta como um importante equalizador social capaz de atenuar a relação necessidade, demanda e oferta<sup>7</sup>. O acesso é entendido como a recepção do usuário, seu acolhimento e direcionamento às ações de saúde que respondam às suas necessidades. A Regulação em Saúde é responsável por disponibilizar o acesso ao usuário de acordo com a resposta exigida, respeitados os limites da oferta. Tem por objetivo gerenciar o processo de priorização do acesso aos serviços assistenciais, de modo a garantir a efetivação da equidade no sistema de saúde<sup>4</sup>.

O conhecimento incipiente dos profissionais envolvidos, dado pelo recente surgimento do tema, e pela baixa investigação científica na área, limita uma atuação efetiva e satisfatória dos serviços de Regulação. A Regulação em Saúde, enquanto instrumento facilitador da gestão, e por estar incluída nas funções essenciais em saúde pública, deve ser amplamente abordada a fim de qualificar as práticas em saúde e fortalecer suas capacidades institucionais<sup>3</sup>. Sua proximidade com a equidade é identificada por diversos autores, mas pouco abordada profundamente pelos estudos científicos. A escassez de estudos nesta área indica a necessidade de investimentos científicos que abordem o tema, especialmente quando associado ao princípio doutrinário da equidade.

A partir deste contexto, questiona-se: Qual a relação entre o serviço de Regulação em Saúde e o princípio da equidade? O objetivo

deste estudo foi verificar a interface entre a Regulação em Saúde e o princípio da equidade.

## **METODOLOGIA**

O estudo é de natureza qualitativa, com o uso do Estudo de Caso como referencial metodológico. Utilizou técnicas de grupo focal, análise documental e observação participante para contemplar o objetivo proposto. Essa abordagem metodológica emprega a investigação qualitativa mapeando, descrevendo e analisando o contexto, as relações e as percepções a respeito do fenômeno em questão, gerando conhecimento sobre características significativas dos eventos vivenciados<sup>8</sup>.

O local do estudo foi o setor de Regulação em Saúde de um município de grande porte localizado no sul do país. O município é conhecido nacionalmente pelo bom desempenho de práticas em Estratégia de Saúde da Família e Saúde Pública.

A coleta de dados ocorreu de setembro a novembro de 2013. Inicialmente foi realizada a análise documental, que tem o intuito de obter informações que venham a esclarecer indagações elaboradas pelo pesquisador, que não possam ser respondidas a partir de outras fontes de dados<sup>8</sup>. Esta etapa foi desenvolvida em aproximadamente 30 dias, a partir dos documentos: Plano Municipal de Saúde 2011/2014; Instrução Normativa Municipal 003/2013 que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG); manual municipal de Boas Práticas em Saúde; e Proposta de Implementação do Complexo Regulador da Grande Florianópolis.



Após a análise documental, foi realizada a Observação Participante, que permite ao pesquisador identificar detalhes como a rotina de trabalho, relação interpessoal entre os membros da equipe, interesse dos profissionais sobre determinadas áreas do trabalho, fenômenos estes que não podem ser abordados por meio de outras técnicas de coleta de dados. Os encontros de observação permitiram a compreensão da realidade, uma vez que nesta técnica o pesquisador assume a posição de observação no contexto, ou seja, observa a realidade do mesmo ponto de vista dos sujeitos envolvidos, para que possa desenvolver a investigação científica<sup>8</sup>.

Em seguida foi desenvolvido o encontro do grupo focal, que consiste em uma técnica de pesquisa qualitativa baseada em entrevistas aplicadas a grupos pequenos e homogêneos, que coleta informações por meio da comunicação e das interações entre os integrantes<sup>8,9</sup>. Todos os funcionários da gerência de Regulação foram convidados a participar da pesquisa. Como alguns atuam apenas durante meio período do dia, e outros tiveram que permanecer no setor durante a realização da atividade, a realização do grupo focal contou com 8 participantes. Participaram do grupo focal 1 enfermeiro, 4 reguladores, sendo 2 médicos e 2 dentistas, e 3 gerentes, incluindo a gerência de Regulação, gerência de Controle e Avaliação e a diretora do setor de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria. As falas foram gravadas e transcritas integralmente para posterior análise. Os arquivos serão armazenados pela autora pelo período de cinco anos.

Para análise dos dados foi utilizada a Análise Temática proposta por Minayo, que segue a noção de tema, podendo este ser representado por uma palavra, frase ou resumo acerca de determinado assunto. Sua

operacionalização aconteceu em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação<sup>8</sup>.

A primeira etapa, ou Pré-análise, incluiu a aproximação e organização do material, e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, retomando as indagações iniciais. A segunda etapa, de Exploração do Material, compreendeu a classificação do material, visando alcançar a compreensão essencial do texto. Para isso foi realizada a codificação dos dados brutos, reduzindo-se o texto a palavras ou expressões significativas. Foram, então, formuladas as categorias de análise e agrupados os dados segundo o tema. Por fim, na terceira e última etapa da Análise Temática ocorreu o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos resultados<sup>8</sup>.

O estudo levou à construção de três categorias principais, sendo estas: Ações do Serviço de Regulação em Saúde; Equidade na Regulação em Saúde; e Atuação dos profissionais. Neste artigo será analisada a segunda categoria encontrada, Equidade na Regulação em Saúde.

A pesquisa atendeu o princípalismo ético da Resolução 466/2012. A realização dos grupos focais ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, protocolo 460.084/2013<sup>10</sup>. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Com o intuito de manter o sigilo da identidade dos participantes, as falas são identificadas ao longo do texto pela categoria profissional e a ordem com que os participantes se manifestaram.

## RESULTADOS

A análise documental apontou como o conceito de Regulação “ações cujo propósito é orientar a oferta e a produção das ações e serviços de saúde, atendendo as necessidades da população diagnosticadas, de modo a sustentar os princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade do SUS, de acordo com a disponibilização de recursos financeiros pelo Estado”. Entretanto, esta função deve ser constantemente articulada com a Gerência de Controle e Avaliação, de modo que a oferta seja simultaneamente adequada à demanda, como demonstra a fala:

“A interface da Gerência de Controle e Avaliação com a regulação é ver onde que tá o furo da oferta e tentar contratar pra dar acesso a eles [usuários]. A gente faz o monitoramento da fila de espera, demanda, oferta, trabalha com os gargalos, que são alguns gargalos, né, tenta modificar o processo de agendamento, o processo de trabalho lá pra conseguir ofertar sempre mais. Então a gente faz editais de acordo com a necessidade, e depois dessa contratação a gente calcula o que que se pode, com aquele dinheiro, com o recurso financeiro o que que se pode desmembrar em oferta de serviço” (Gerente 2)

Observou-se discussões entre os reguladores sobre os casos clínicos para definição da classificação de risco. Essa prática promove a qualificação da avaliação realizada pelo profissional, aumentando as chances de atender às solicitações de maneira equânime. Foram observadas discussões informais que levam a um clima descontraído, o que favorece a integração dos profissionais e contribui para o desenvolvimento satisfatório das funções do setor. Esse relacionamento interpessoal é indispensável para a construção das boas relações de trabalho, e conseqüente desenvolvimento satisfatório das atividades do setor.

Os profissionais demonstraram entendimento da relação estreita entre a regulação do acesso à saúde e o princípio da equidade, como mostram os depoimentos:

“A nossa busca é sempre fazer com que a regulação seja o mais equânime possível. Nossa busca é constante nisso. Por isso que é tão complexo, porque fila não é equidade, fila é fila. Quem chega primeiro, vai. Então eu acho que a regulação é justamente o contrário disso. O que a gente tenta fazer é que aquele que precisa mais, tenha mais, mais rápido, direcionado da melhor maneira possível. E essa é nossa busca constante. O nosso principal motivo é a equidade, mesmo.” (Enfermeira 1)

“A teoria é essa, mesmo, é você dar prioridade ao que é prioridade. É você priorizar o que realmente é uma prioridade. O ideal seria que tivesse vaga pra todo mundo, e mesmo tendo vaga pra todo mundo, ainda assim ela [a Regulação em Saúde] seria necessária, porque você teria a prioridade ainda assim, o grave.” (Regulador 2)

“Dentre os princípios doutrinários do SUS, o que mais tem a ver conosco é a equidade. Basicamente é o que se busca aqui. É meio que o motivo principal da regulação. Claro, junto com a integralidade e a universalidade. Mas se fosse pra escolher um, é a equidade. A que mais tem a ver com a regulação, é a equidade. Lógico, só dá pra pensar em equidade dentro de um conceito de integralidade e universalidade. Ela é dependente desses demais.” (Gerente 3)

Os documentos analisados indicam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde municipal. Nesta lógica, o centro de saúde da área de abrangência da residência do usuário é considerado responsável pela ordenação do seu acesso aos serviços de saúde da atenção secundária e terciária. A fala a seguir corrobora estes achados:

“Não existe sistema de regulação no Brasil que, sozinho, dê conta da demanda reprimida. Aí como a gente não consegue dar conta

da demanda reprimida, a regulação é que é organizadora do acesso. Ela organiza o acesso com a ordenadora que é a atenção primária. A ordenadora, a que demanda serviços para a regulação, é a atenção primária.” (Gerente 1)

Através da implantação de um protocolo de acesso, os encaminhamentos passaram a ser classificados, já no centro de saúde, como rotina, prioridade ou urgência. A partir disso, ficou garantido o acesso aos casos prioritários e urgentes, diferenciados dos agendamentos de rotina, tornando o acesso mais equânime. Os participantes mostram a dificuldade que enfrentam com o déficit de protocolos de acesso previamente estabelecido, conforme explicitado:

“O nosso tradicional problema que mais a gente lida é a falta de protocolo [de acesso] estabelecido. Em como é feito o acesso a determinado exame, quais são as características que permitem priorizar ou não. Até pra gente poder ter a equidade né. Porque tratar igual todo mundo não dá. Porque as pessoas são diferentes, cada um têm características diferentes e patologias diferentes. Então se tu determina em protocolo, claro que ele tende a engessar um pouco o trabalho, mas é pra isso que tem o regulador, pra ver se naquele momento aquela pessoa precisa passar na frente realmente, ser priorizada ou não.” (Regulador 4)

A comunicação da ESF com o nível central acontece primordialmente através de e-mail. Muitas destas mensagens dizem respeito à solicitação de priorização de casos pontuais, o que levaria o exercício da Regulação além do SISREG, indo de encontro ao preconizado. Tais práticas desfavorecem a equidade, uma vez que consideram a reavaliação apenas de alguns casos, enquanto os demais continuam seguindo a priorização inicial. A fala a seguir corrobora os achados da observação:

“E outro ponto muito difícil que a gente sente aqui na Regulação, porque assim, a gente regula e a gente prioriza conforme o que

está descrito ali, conforme o profissional nos descreve. A gente não está enxergando o paciente. A gente não vê, né, a gente vê lá as palavras. Então um dos pontos muito difíceis da Regulação ainda, por ser uma coisa nova, e a maioria das pessoas que estão trabalhando elas nem estudaram isso na graduação, não foram sensibilizadas para este aspecto, é fazer ela entender que nós somos um reflexo do que está descrito ali, e que a Regulação começa na atenção primária” (Regulador 1)

Nesse contexto, o SISREG é utilizado como a ferramenta para garantia do acesso através do gerenciamento da cota de serviços disponível. Foi evidenciado na análise documental que a Gerência de Regulação pode garantir, através de sua equipe de Reguladores, o atendimento a todos os casos que necessitem da aplicação do Princípio da Equidade, como confirma a fala:

“O objetivo final da regulação é fazer o casamento do pedido com o serviço. Não é baseado exclusivamente na expansão da oferta. A gente tem que trabalhar também a expansão da demanda. É bem conturbado esse casamento. Uma coisa que a gente teria que avaliar também é até que ponto o fornecimento do procedimento, da consulta, do exame, tá impactando nos indicadores epidemiológicos. Essa é uma parte que é bem complicada.” (Gerente 3)

A análise documental revelou que o principal objetivo da gerência de Regulação é possibilitar que o SISREG seja incorporado como tecnologia do conhecimento pelos gestores e técnicos, capaz de tornar o acesso mais equânime, como indica a fala:

“Com essa mudança dos meios administrativos que a gente viu recentemente, no complexo regulador a gente viu bem isso, quando a gente começou lá atrás, antes do SISREG, como que era, como que as unidades de saúde enviavam os pedidos de priorização pra gente. Não existia nenhum mecanismo formal de priorização, não existia uma fila minimamente organizada, a gente usava um sistema fornecido pelo estado que ainda era o

responsável pela marcação de consultas, não existia ainda um conceito de regulação muito firme, é uma coisa razoavelmente recente, eu lembro que começou com fax, o pessoal não sabia usar email, e mudou muito com a entrada da tecnologia da informação, houve uma mudança absurda.” (Gerente 3)

Foi observada a dificuldade que os profissionais têm em relação à manipulação do SISREG. Foram constantes as reclamações quanto a *bugs* apresentados pelo sistema durante sua utilização, dificultando o desenvolvimento das atividades do setor.

“O sistema não é perfeito, é cheio de nuances e cheio de configurações. Ele é desenvolvido, fornecido e mantido por Brasília. Isso vem pra gente de maneira gratuita, a gente tem o suporte técnico todo, isso é bom, muito bom, mesmo. O lado ruim é que está muito longe da gente. E tem muitas alterações, configurações e *bugs*, Quando é em Brasília nós somos apenas mais uma cidade no meio de tantas outras, né. Os relatos de problemas que a gente tem aqui e a maneira de usar o sistema é completamente diferente, e a regra geral é a gente se adaptar ao sistema e não o sistema se adaptar à gente.” (Gerente 3)

Apesar dos problemas apresentados, os profissionais demonstram a qualificação que o sistema possibilitou ao serviço de Regulação em Saúde:

“Não tem como dizer que não melhorou, porque antes era uma pilha de papel, por ordem, era embaixo do braço, o mais grave estava lá embaixo e ele ia esperar. Hoje não. Não é perfeito por conta de que tem vários problemas, são muitas necessidades.” (Regulador 1)

Os participantes salientam, ainda, a qualificação da regionalização do serviço possibilitada pelo SISREG:

“O sistema configura pro agendamento ser o mais próximo da sua área de abrangência. Então hoje a gente não consegue isso porque a gente não tem um especialista de cada área pra conseguir colocar em cada policlínica, mas a gente pensa nessa

possibilidade pra facilitar cada vez mais a vida do paciente.”  
(Gerente 2)

## DISCUSSÃO

O setor de Regulação utiliza mecanismos para facilitar o acesso ao sistema de saúde, com base nos princípios da equidade e integralidade<sup>3</sup>. O conceito de Regulação em Saúde está atrelado à adequação da oferta dos serviços de atenção à saúde em relação às necessidades da população, de forma equânime, ordenada e qualificada<sup>11</sup>. É um instrumento de gestão que busca viabilizar o acesso de todos os usuários de forma programada. Ou seja, orienta a reprogramação da oferta de serviços a partir da identificação das deficiências em relação às demandas apresentadas pelas necessidades da população. Assim, a observação da realidade oportunizada pela Regulação em Saúde serve de base para um melhor gerenciamento dos recursos financeiros disponíveis<sup>3</sup>. Dessa forma, a literatura relaciona o conceito de Regulação ao princípio da equidade, demonstrando que a Regulação é uma importante ferramenta para a efetivação deste princípio<sup>3, 4, 11</sup>.

Apesar disso, ainda é identificado no cotidiano do SUS as lacunas existentes entre oferta e demanda, tornando a priorização oportunizada pela Regulação insuficiente para satisfação das necessidades da população. Esse cenário permite a formação das demandas reprimidas, que caracterizam-se por uma demanda constante acima da oferta disponibilizada, situação que não apresenta possibilidade de reversão espontânea<sup>3</sup>. A dificuldade na oferta de vagas e ações de atenção à saúde em serviços de especialidades mais complexas sugerem analogia a uma



imagem de *funil*, em que muitos entram e poucos conseguem atingir o objetivo, que é *sair do funil*, e ser efetivamente atendido<sup>4</sup>.

A limitação financeira é um dos grandes problemas do SUS e representa um dos fatores que restringem o desenvolvimento das ações planejadas pela gestão em saúde. Seja por motivo de falta de recursos, ou uma administração imprópria, esta problemática configura-se como importante barreira para o acesso às ações e serviços necessários ao atendimento das necessidades de saúde da população<sup>4</sup>.

A utilização dos critérios para priorização do acesso proposto pela Regulação em Saúde constitui a prática dos reguladores. Nos casos em que a disponibilização da oferta é insuficiente para suprir a demanda, ou seja, assistir os indivíduos que realmente necessitam do atendimento, a responsabilidade deste profissional se faz tamanha a ponto de gerar um sentimento de impotência e responsabilização pela impossibilidade de atendimento destes indivíduos<sup>4</sup>.

Em muitos casos, tais demandas são levadas ao poder judicial. O apelo a este recurso, com a finalidade de garantir o direito constitucional de acesso integral à saúde, leva a um prejuízo à equidade. Isso porque o acesso aos recursos jurídicos não acontece de maneira igualitária à população, uma vez que a utilização de tais direitos se dá majoritariamente entre as pessoas de maior renda e educação. Nestes casos, o Estado é responsabilizado a fornecer o atendimento à saúde que necessita o indivíduo, sem considerar os demais usuários que esperam o mesmo atendimento<sup>4</sup>. Este estudo não critica os mecanismos legais de que tem direito o cidadão, mas questiona os investimentos no setor saúde ou, dentro deste setor, em sua administração, reforçando a

necessidade de utilização da Regulação em Saúde para ajustar a oferta de serviços à demanda.

A literatura alerta para a necessidade da alocação adequada dos recursos financeiros, uma vez que o investimento excessivo em serviços que não são primordiais à população pode acarretar em prejuízos à estrutura do sistema de saúde, o que demonstra a responsabilidade da gestão em saúde para a otimização dos recursos e qualificação máxima da assistência<sup>12</sup>.

A literatura corrobora os achados deste estudo quando afirma que a ESF, enquanto porta de entrada principal ao sistema de saúde, e única no município, é responsável por garantir o acesso integral do usuário aos serviços de saúde dos quais necessita, integrando todos os recursos disponíveis. Assim, em um sistema com ESF bem estruturada, aqueles usuários que podem ter suas necessidades respondidas no nível primário não são encaminhados a serviços especializados de forma indevida. Da mesma forma, o nível primário integrado com o serviço de Regulação permite a integração de todos os recursos disponíveis para atenção integral do usuário<sup>3</sup>.

A relação entre o nível primário e a Regulação indica que a inexistência desta ferramenta da gestão em saúde refletiria na desorganização da APS, o que prejudicaria todo o sistema<sup>3</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os profissionais revelaram uma compreensão da Regulação em Saúde muito aproximada do princípio da equidade, sendo este apontado como o principal objetivo do exercício das ações do serviço de Regulação.

A ESF foi indicada pelos participantes como importante instrumento em meio ao processo de Regulação, uma vez que é o intermediário e principal meio de contato entre a central de regulação e o usuário. Dessa forma, os profissionais atuantes na atenção primária devem ser melhor sensibilizados sobre a relevância do desempenho de suas atividades nas ações de Regulação.

Para contribuir para a construção de um sistema de saúde equânime, a Regulação em Saúde deve ir além da adequação da demanda à oferta, o que levaria à possibilidade de não atendimento de todos os necessitados e, assim, à insuficiência do sistema. Deve adequar a oferta à demanda, em articulação com o Controle e Avaliação, e, por meio da avaliação, classificação dos critérios clínicos e priorização dos casos, otimizar esta oferta.

Apesar do distanciamento prático da associação e entre o serviço de Regulação em Saúde e o princípio da equidade, evidenciou-se que a Regulação, como instrumento da gestão em saúde, com sua influência sobre a oferta e disposição dos serviços, tem o potencial de garantir o acesso aos usuários, de modo a otimizar as ações de atenção à saúde.

Muitas são as lacunas a serem preenchidas, e as dificuldades operacionais a serem superadas. Entretanto, é enorme o desafio que nós, profissionais de saúde, temos de transpor para alcançarmos uma eficaz atuação da Regulação em Saúde e promover, assim, a equidade do acesso.

## **REFERÊNCIAS**

1. Vilarins GCM. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. *Com Ciências Saúde*. 2010;21(1):81-84.

2. Oliveira RR, Elias PEM Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):571-6.
3. Lima MRM, Silva MVS, Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Silva AA. Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. 2013;14(1):23-31.
4. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*. 2012;22[1]:119-40.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
7. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A Regulação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate* Rio de Janeiro, 2012;36(95):640-7.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
9. Morgan DL. Focus group as qualitative research. London: Sage, 1997.
10. Brasil. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MF, Sikva MVS, Feitoza AF. Regulação em Saúde: Aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enferm*. 2009;14(2):346-52.
12. Adolfi Júnior MS, Pallini FM, Pessotti H, Wolf CM, Patelli HT, Capeli RD, Poli-Neto OB, Neves FF, Scarpelini S, Marques PMA, Pazin-Filho A. Regulação médica em emergência pela plataforma web: um estudo piloto. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1063-71.

#### **5.4. Manuscrito 4 - REGULAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES ESPERADAS PARA OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS**



## **REGULAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES ESPERADAS PARA OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS**

### **HEALTH REGULATION: ACTIONS EXPECTED FOR PROFESSIONALS INVOLVED**

Caroline Cechinel. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Aluna do curso de mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

Walter Ferreira de Oliveira. Professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina

#### **RESUMO**

A Regulação em Saúde compreende o conjunto de ações utilizadas para intermediar a distância entre os usuários e ações de saúde. A definição das competências dos envolvidos neste processo leva à responsabilização dos profissionais sobre a realização das ações sob sua tutela, o que contribui para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar. Este estudo teve por objetivo definir as ações esperadas

para os diferentes profissionais envolvidos no processo de Regulação em Saúde em um município de grande porte no Sul do país. A metodologia deste estudo foi o Estudo de Caso, que utilizou as técnicas de grupo focal, observação participante e análise documental. A técnica de análise de dados utilizada foi a Análise Temática. Foi possível descrever as funções da Diretoria do setor, Reguladores, profissionais responsáveis pela articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) nos prestadores privados, operadores solicitantes, além da coordenação do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Constatou-se que a função do coordenador é realizada pelo gerente de Regulação, em compartilhamento com os enfermeiros e técnicos administrativos do setor. As atividades são bem delimitadas no setor. No entanto, há a necessidade de melhor definição das atribuições referentes à coordenação do SISREG, dividida hoje entre funcionários administrativos, enfermeiros e a gerência de Regulação.

**Descritores:** Regulação e Fiscalização em Saúde; Equidade; Gestão em Saúde; Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

The regulation on health comprehends the set of actions used to intermediate the distance between users and healthcare actions. The



definition of competence of those involved in this process charges the professionals for the actions carried out under his tutelage, which contributes to the development of an interdisciplinary work. This study aimed to define the expected actions for the different professionals involved in the process of Healthcare Regulation in a large city in the south of Brazil. The methodology of this study was the case study, which used the techniques of focus group, participant observation and document analysis. The data analysis technique used was the Thematic Analysis. It was possible to describe the roles of the department's Board, Regulators, professionals responsible for the interface with the Unified Health System (SUS) inside the private service providers, requesting operator, and the coordination of Brazilian National Regulation System (SISREG). It has been found that the duty of the coordinator is performed by the Regulation manager, sharing with department's nurses and administrative staff. The activities are well delimited in the department. However, there is a need of better attributions definition concerning to the coordination of SISREG, today divided between administrative staff, nurses and Regulation managers.

**Descriptors:** Health Care Coordination and Monitoring; Equity; Health Management; Public Health.

## INTRODUÇÃO

A Regulação em Saúde é uma estratégia de gestão em constante interface com as ações de planejamento, controle e avaliação, que busca garantir a assistência equânime e integral, de acordo com os princípios do SUS e o direito constitucional dos cidadãos. É, assim, entendida como o conjunto de ações que buscam organizar a oferta de serviços de acordo com as necessidades de saúde da população, de modo a garantir o acesso com qualidade e resolubilidade<sup>1</sup>.

A capacidade de monitorar o sistema de saúde atribuída às centrais de Regulação permite que este setor tenha a possibilidade de gerar melhorias significativas ao setor saúde, sendo considerada um observatório privilegiado capaz de gerar ações efetivas e ágeis. Dessa forma, tem o poder de facilitar o atendimento das demandas em saúde<sup>2</sup>.

A Regulação no setor saúde possui diversos entendimentos, podendo ser definida como Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; e Regulação do Acesso à Assistência, que compreende o conjunto de ações utilizadas para intermediar a distância entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de atenção à saúde<sup>1</sup>. No âmbito do SUS, foi instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS através da Portaria 1.559/2008, a fim de regulamentar a Regulação em Saúde em seus três

aspectos: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; e Regulação do Acesso à Assistência<sup>3</sup>. A Regulação do Acesso, ou Regulação da Assistência, tem por objetivo o gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, garantindo o acesso a partir de protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização<sup>4</sup>.

A literatura demonstra quatro linhas de força que protagonizam as ações do Serviço de Regulação em Saúde: o Estado, representado pelos gestores; os prestadores de serviço; os profissionais na sua ação cotidiana; e os usuários<sup>2</sup>. A relevância em definir as competências dos envolvidos neste processo se dá pela responsabilização dos profissionais sobre a realização das ações sob sua tutela. A definição de responsabilidades dos sujeitos envolvidos em determinado processo de trabalho contribui para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, o que justifica a importância do desenvolvimento deste estudo<sup>5</sup>.

A busca pela literatura não encontrou estudos científicos que orientem as atribuições dos profissionais envolvidos nas atividades de Regulação em Saúde. O desenvolvimento deste trabalho se deu no intuito de preencher esta lacuna no desenvolvimento da literatura científica, a fim de nortear a prática da Regulação em Saúde.

A partir do contexto apresentado, questiona-se: quais as atribuições esperadas para os profissionais atores do setor de Regulação? Assim, este estudo teve por objetivo definir ações esperadas para os diferentes profissionais envolvidos na Regulação em Saúde em um município de grande porte no Sul do país.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com o uso do Estudo de Caso como referencial metodológico. Utilizou técnicas de grupo focal, análise documental e observação participante para contemplar o objetivo proposto.

O estudo de caso é um tipo de investigação empírica que busca compreender, por meio de diversas formas de coleta de dados, o conjunto de fenômenos que caracterizam o objeto investigado, e formular novos conhecimentos sobre as características dos eventos vivenciados<sup>6,7</sup>.

O local de desenvolvimento da pesquisa foi um município de grande porte localizado ao sul do país, nacionalmente conhecido pelos bons indicadores em saúde pública. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2013, iniciando com a análise documental que durou aproximadamente 30 dias, a partir dos

documentos: Plano Municipal de Saúde 2011/2014; Instrução Normativa Municipal 003/2013 que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG); manual municipal de Boas Práticas em Saúde; e Proposta de Implementação do Complexo Regulador da Grande Florianópolis. Esta técnica de coleta de dados tem por finalidade responder a questionamentos do autor que não possam ser satisfeitos através de outros métodos<sup>7</sup>.

Após essa etapa, a pesquisa seguiu com a realização dos encontros de Observação Participante. Nesta etapa da coleta de dados, foi possível à autora tomar a posição de contato direto com o contexto e assumir o mesmo ponto de vista dos sujeitos, identificando detalhes da rotina de trabalho que só poderiam ser revelados por esta técnica<sup>7</sup>.

A realização do grupo focal contou com a participação de 8 funcionários, sendo estes: 1 enfermeiro, 4 reguladores, sendo 2 médicos e 2 dentistas, e 3 gerentes, incluindo a gerência de Regulação, gerência de Controle e Avaliação e a diretora do setor de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria. Foram convidados a participar todos os funcionários que compõem o setor de Regulação do município estudado. Em função da impossibilidade de distanciamento do setor e demanda de trabalho, alguns funcionários ficaram ausentes da

dinâmica. Os participantes foram questionados sobre suas ações desenvolvidas, sua percepção acerca da Regulação em Saúde e a relação com a equidade, e incitados a revelar as limitações enfrentadas e sugestões para superação. As falas foram gravadas, transcritas integralmente e serão armazenadas em meio digital por cinco anos.

A técnica de Grupo Focal se baseia em entrevistas grupais que buscam obter informações a partir da interação entre os integrantes, gerando consensos e divergências sobre um tópico específico que possam levar à compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produtos ou serviços<sup>7,8</sup>.

A Análise Temática foi utilizada como técnica de análise dos dados. Esta técnica segue a noção de tema, em que uma palavra, frase ou resumo acerca de determinado assunto indica o significado essencial da fala. Pode ser operacionalizada em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação<sup>7</sup>.

A primeira etapa, ou Pré-análise, compreendeu a aproximação e organização do material, e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, de modo a permitir que o pesquisador retomasse as indagações iniciais. A segunda etapa, de Exploração do Material, incluiu a classificação dos dados, a fim de permitir que o pesquisador alcançasse a compreensão essencial do texto. Para tanto, os dados brutos

foram codificados, reduzindo o texto a palavras ou expressões significativas. Foram, então, formuladas as categorias de análise, agrupando os dados segundo o tema. Na terceira e última etapa da Análise Temática ocorreu o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos resultados<sup>7</sup>.

O estudo levou à construção de três categorias principais, sendo estas: Ações do Serviço de Regulação em Saúde; Equidade na Regulação em Saúde; e Atuação dos profissionais. Neste artigo será analisada a terceira categoria encontrada, Atuação dos profissionais.

A pesquisa atendeu o princípalismo ético da Resolução 466/2012, respeitando-se a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC para realização das entrevistas, conforme protocolo 460.084/2013<sup>9</sup>. Os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Com o intuito de manter o sigilo da identidade dos participantes, as falas são identificadas ao longo do texto pela categoria profissional e a ordem com que os participantes se manifestaram.

## **RESULTADOS**

Foi possível verificar nos encontros de observação que a função de coordenação do SISREG é realizada pela gerência de Regulação. Além disso, os encontros de observação revelaram que algumas dessas funções são delegadas aos enfermeiros e funcionários técnicos administrativos do setor.

Conforme a análise dos documentos realizada, é função da coordenação do SISREG: ativar ou desativar no SISREG as unidades prestadoras, públicas, privadas ou filantrópicas; cadastrar todos os operadores do sistema conforme sua função (operador solicitante, regulador, executantes e administrativos); configurar os procedimentos disponíveis no SISREG; cadastrar a cota de procedimentos de cada centro de saúde; administrar as agendas de procedimentos de cada prestador; garantir o suporte técnico do sistema; promover a capacitação técnica dos profissionais envolvidos; participar da construção de protocolos referentes à garantia do acesso.

Observou-se que a gerência de regulação atua em constante articulação nas funções junto ao enfermeiro e técnicos administrativos. O gerente é o responsável por articular as relações com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), e junto ao Ministério da Saúde (MS) no que se refere às dificuldades enfrentadas pelo município na utilização do



SISREG. Ainda, é atividade deste profissional, o desenvolvimento de protocolos de acesso junto aos reguladores e médicos especialistas.

Aos técnicos administrativos são delegadas funções como recepção do público, atendimento dos telefonemas, recebimento e encaminhamento de correspondências, cadastro de novos funcionários do município no sistema, resolução de questões referentes ao RH, distribuição das cotas entre as unidades do município, resposta de processos referentes às demandas jurídicas e da ouvidoria.

O enfermeiros são encarregados pelo monitoramento da Fila de Espera, capacitação dos prestadores privados, resolução das solicitações de outros municípios e dos centros de saúde, e atendimento às dificuldades diretamente com os operadores solicitantes dos CS com relação ao SISREG.

As falas a seguir corroboram os achados de observação e análise documental:

“A função do gerente seria manter o complexo regulador funcionando em comunicação com a rede inteira, complexo que a gente diz não é só essa parte do nível central, aqui é só a parte do sistema nervoso central, mas tem toda uma região onde é acessível o software. Então basicamente a gente tem que primeiro manter o sistema de marcação funcionando, que já é uma coisa bem trabalhosa, e tem uma parte de priorização de casos específicos, que é a parte da regulação médica, da regulação da odontologia, e da fisioterapia.” (Gerente 3)

“Eu abro agenda, eu fecho agenda, faço afastamento de todos os prestadores privados atualmente. Além de capacitar os prestadores privados, a gente vai nos prestadores privados, ensina a usar o SISREG, faz todo o acompanhamento dessas agendas, faço também o acompanhamento das filas de espera, fico monitorando as filas de espera, fico monitorando a regulação, se são inseridas coisas indevidas que deveriam estar em fila de espera. Acho que é isso. Atendo o telefone também, faz parte, né. Auxílio o gerente, um pouquinho de cada coisa.” (Enfermeira 1)

No organograma da SMS, a Gerência de Regulação encontra-se subordinada à Diretoria de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria. Observou-se que as funções referentes à Regulação atribuídas a esta diretoria dizem respeito à representação da SMS na integração com os demais municípios, e articulação nos processos de contratualização com os prestadores privados.

Segundo documentação analisada, esta diretoria tem a função de coordenar a implantação do SISREG em todos os municípios da Regional de Saúde de que faz parte no estado. Além disso, tem como funções atuar junto à contratualização das unidades prestadoras; coordenar as atualizações e treinamentos dos profissionais sobre o SISREG; elaborar e atualizar as normativas relativas à Regulação em Saúde; planejar, gerenciar e avaliar os serviços de saúde próprios e conveniados; coordenar a pactuação de ações e serviços de saúde especializados com outros municípios; coordenar a definição de cotas,

de procedimentos para cada centro de saúde, considerando os parâmetros populacionais, número de equipes de saúde da família, e necessidades locais. Constatou-se que as atribuições preconizadas reveladas na análise documental são condizentes com as ações desenvolvidas pelo profissional nesta função, como demonstrado:

“A minha postura é de envolver todo mundo. Eu não quero o funcionário só operador, eu quero o funcionário gestor. Eu quero ele gestor, eu não quero ele só regulador. Ele tem que ser mais do que regulador. Eu não me quero diretora, eu tenho que ser mais do que diretora, entendeu? Tem que articular com o planejamento, tem que ver lá no fundo. Então eu acho que a exigência nossa é muito grande, porque a gente precisa dessa exigência.” (Gerente 1)

A análise documental revela que cabe ao Regulador definir, com base em protocolos clínicos, ordem cronológica ou critérios de prioridade, a partir da análise dos critérios clínicos disponíveis no sistema, a situação das solicitações feitas: aprovar, negar, ou devolver para inserção de novas informações sobre o caso clínico que justifiquem a realização do procedimento, ou encaminhar para a lista de espera. A elaboração de protocolos clínicos e de acesso também devem contar com a participação do Regulador. A função de regulação deve ser realizada por médico, dentista, ou outro profissional de áreas afins, tendo a função de verificar as evidências clínicas das solicitações, para dar o correto encaminhamento.

A observação revelou que o setor de Regulação analisado conta com 5 médicos e 2 dentistas alocados na função de Reguladores. A função destes profissionais é dividida conforme as especialidades das solicitações. Suas atividades cotidianas corroboram o revelado pela análise documental realizada. Os depoimentos a seguir exemplificam estas funções:

“Então como médica reguladora a gente lê os pedidos que são inseridos na regulação, e baseados nos protocolos que já foram feitos pela própria unidade, pelos especialistas, a gente classifica estas solicitações e agenda conforme a disponibilidade de vagas. Existem várias solicitações também que vêm por e-mail, solicitações por telefone, então a gente faz as orientações por telefone atendendo o colega que por ventura possa solicitar lá na unidade, nós fazemos capacitação com a rede em várias unidades que são frequentemente capacitadas, funcionários, técnicos administrativos, médicos, enfermeiros, até para uma atualização de todo o funcionamento do sistema.” (Regulador 2)

O operador solicitante, ou marcador, profissional do centro de saúde que intermedia o setor de regulação com o usuário, são responsáveis por inserir no SISREG as solicitações de procedimentos de média e alta complexidade, respeitando os critérios de Rotina, Prioridade e Urgência.

Cabe ao operador solicitante, ainda, o cancelamento de solicitação no SISREG quando da desistência, óbito, mudança de município, ou não localização do usuário. Antes de iniciar sua atuação

na função, o marcador deve realizar o treinamento introdutório sobre o uso do sistema.

Dentre suas funções diárias, o marcador deve: entrar em contato com todos os usuários da área de abrangência do centro de saúde em que atua que tiveram algum procedimento agendado; consultar os casos devolvidos pelo médico regulador e, conforme a pendência apontada providenciar o retorno da solicitação; inserir as solicitações de procedimentos urgentes, prioritários, e 100% regulados em *Regulação* e os procedimentos de rotina em *Fila de Espera*, uma vez que esta segue a ordem cronológica, e aquela é direcionada para classificação e priorização pelo regulador.

A atuação deste profissional no centro de saúde não foi possível ser observada. Entretanto, constatou-se sua articulação com o nível central. O contato da atenção básica com o setor de regulação acontece primordialmente através de e-mail. A articulação observada indica a necessidade de capacitações voltadas à manipulação do SISREG. As constantes reclamações dos profissionais sobre a repetição de procedimento encaminhados de maneira indevida chamou a atenção durante as observações. As inserções das solicitações realizadas de maneira errônea no sistema geram uma demanda maior das atividades

no setor de Regulação, dificultando o desenvolvimento das atividades diárias.

A unidades prestadoras, ou unidades executantes, são estabelecimentos que realizam procedimentos especializados em saúde, podendo ser próprias da rede municipal de saúde, ou privados contratualizados pelo município. Devem disponibilizar, através do SISREG, todos os serviços contratados. Devem, assim, operacionalizar o atendimento conforme agenda gerada pelo sistema. Responsabilizam-se, ainda, em enviar mensalmente o relatório de absentismo no município, discriminados os centros de saúde dos usuários faltosos.

Apesar de os funcionários apresentarem funções bem definidas e compreendidas, o grupo focal identificou interação entre as diferentes funções exercidas no setor, resultado da necessidade de compreensão da totalidade do processo de regulação pelos profissionais envolvidos, como revelam as falas:

“A função básica do regulador é classificar os riscos, as prioridades. Só que quando a gente entra na regulação, a gente percebe que é impossível se deter somente àquela função operacional. [...] Aí acaba que a tua função fica assim, como se fosse uma teia, que não é circular, ela vai se misturando e tu meio que perde os limites da tua função exatamente o que que é. Mas eu não vejo isso como uma coisa ruim. Eu vejo isso justamente como uma coisa boa, porque aí tu começa a entender de fato a gestão do acesso do SUS.” (Regulador 1)

“De um modo geral todo mundo tem um entendimento geral, de como funciona, o que é necessário. Eu acho que todos sabem como funciona o sistema, só que com a necessidade você acaba se virando só pra sua atividade fim, basicamente. Mas quando é necessário todo mundo faz tudo.” (Regulador 2)

“E eu vejo assim, a gente aqui sempre se inteirou de tudo. Todo mundo da equipe. Nunca foi colocado o médico regulador sentado numa cadeira e só regulando. E mais importante que regular, é entender como é o processo todo da gestão. E que isso, talvez não trabalhe diretamente, mas sabe o que que é uma PPI, sabe que existe o afastamento de uma agenda e no que isso vai repercutir, sabe dos protocolos, sabe do pacto de gestão, o que envolve isso, então é isso sempre. Pra todos os profissionais de saúde foi claramente falado e discutido. [...] Aqui as funções são definidas, no entanto, o funcionário atua onde tem necessidade. Existem atividades definidas, o médico regula, nós não regulamos, nós não classificamos, quem faz isso é o médico, mas se houver necessidade por falta, todo mundo se ajuda.” (Gerente 2)

## DISCUSSÃO

Tendo em vista o caráter incipiente e complexo da Regulação em Saúde, é oportuna a discussão acerca das relações que compõem este cenário, bem como os avanços e limitações que podem gerar no contexto em que estão inseridas<sup>10</sup>.

Como atribuições da Diretoria de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria, são destacadas as funções de “analisar criticamente o planejamento, programação, formulação e sistematização de normas, elaborar parâmetros e indicadores de resultados, além de

analisar o impacto assistencial de uma ação em uma população”<sup>10p.26</sup>, o que corrobora os achados deste estudo.

Os gestores e técnicos da Central de Regulação são considerados elos entre os serviços de atenção à saúde especializados e os usuários. Devem atuar de modo a facilitar o acesso da população aos serviços de saúde dos quais necessitam. São referidos, ainda, como estruturantes e potencializadores deste acesso<sup>2</sup>.

A Central de Regulação compreende todo o processo regulatório das ações e serviços de saúde. Recebe as solicitações de atendimento, avalia, classifica e autoriza, garantindo o acesso de qualidade<sup>1</sup>. A literatura apresenta como funções a serem desenvolvidas no setor de Regulação a garantia do atendimento integral, ágil, qualificado aos usuários do SUS, a partir da avaliação das solicitações que recebe, considerada a capacidade de produção pactuada com as unidades prestadoras<sup>10</sup>. Entretanto, a literatura não relata sobre quais profissionais devem desenvolver atribuições específicas dentro deste setor, à exceção do regulador.

O conhecimento limitado e insuficiente dos profissionais que atuam no nível primário da atenção sobre a Regulação em Saúde provoca prejuízos ao desenvolvimento destas ações. A atuação conjunta do setor de Regulação com os profissionais da Atenção Primária à



Saúde (APS) favorece o desenvolvimento satisfatório das funções de Regulação, e facilita a qualificação do sistema de saúde através da aplicação dos seus princípios. O desenvolvimento de suas atividades aquém do preconizado pode levar a prejuízos para a continuidade da assistência ao paciente<sup>10</sup>.

O desenvolvimento das ações do operador solicitante deve estar pautado na articulação do contato entre o paciente e seu acesso equânime oportunizado pela central de Regulação<sup>10</sup>. Isso justifica a necessidade de qualificação deste operador relatada neste estudo.

O papel das unidades prestadoras, sobretudo as de iniciativa privada, é definido pelos contratos com a SMS. São clínicas que vêm a complementar a oferta de serviços da rede pública<sup>11</sup>. Entretanto, a definição dos papéis destas organizações dentro da Regulação em Saúde ainda é deficitária na literatura científica.

A dificuldade na definição das atribuições aos profissionais envolvidos na Regulação pode influenciar no funcionamento das rotinas de trabalho definidas. Essa situação pode levar, ainda, a uma responsabilização desigual dentre os funcionários, demandando desnecessariamente mais de alguns dos atores<sup>2</sup>.

Assim, o desenvolvimento de um modelo de atuação na Central de Regulação com atribuições ampliadas e definidas, tem o potencial de

qualificar a organização da oferta em relação à demanda, de modo a facilitar a atuação dos gestores e qualificar a atenção à saúde<sup>2</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo proporcionou a reflexão sobre as ações esperadas a cada um dos principais profissionais atores no processo de Regulação em Saúde. A importância da definição destas atribuições foi evidenciada na literatura, entretanto observou-se a deficiência de artigos que abordassem a temática e que pudessem sustentar os achados.

A função de coordenação do SISREG é realizada pelo gerente do setor de Regulação, em compartilhamento com os enfermeiros do setor, e em muitos pontos delegada aos técnicos administrativos.

A função do Regulador é executada no município estudado por médicos e dentistas, mas pode ser desempenhada por qualquer profissional de nível superior de acordo com sua especialidade. Este profissional apresenta atribuições bem esclarecidas, atuando de acordo com o preconizado pelo município. Suas funções abrangem o recebimento de solicitações de atendimento, avaliação, classificação da gravidade ou urgência clínica e autorização de acordo com a oferta municipal.

Os operadores solicitantes apresentam a necessidade de capacitações constantes, de modo a ampliarem seu entendimento sobre o funcionamento da Regulação em Saúde, em especial à manipulação do SISREG. Além do encaminhamento das solicitações, este profissional tem a responsabilidade de intermediar o contato com o usuário. É responsável pelo contato com o paciente diante de cancelamentos e autorizações, bem como pela manutenção dos cadastros atualizados. As unidades prestadoras devem operacionalizar o atendimento conforme agenda gerada pelo SISREG, a partir dos contratos com o município.

Os achados dos encontros de observação e do grupo focal vão ao encontro dos registros verificados na análise documental, uma vez que o desempenho das atividades profissionais seguem o preconizado. Apesar de, em grande parte dos casos, os profissionais apresentarem funções bem definidas, foi revelado que todos buscam e são incentivados a tomarem conhecimento da totalidade do funcionamento do setor, sendo capazes de compreender todas as demais funções.

Por fim, a Regulação em Saúde, enquanto um importante instrumento para operacionalização da gestão do SUS, exige a definição das atribuições e responsabilidades dos envolvidos neste processo, fortalecendo a garantia do direito constitucional à saúde, universal, integral e equânime.

**REFERÊNCIAS**

1. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MF, Sikva MVS, Feitoza AF. Regulação em Saúde: Aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enferm.* 2009;14(2):346-52.
2. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2012;2(1)119-40.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
5. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva, JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis.* 2011;21(2):629-46.
6. Yin R. Case study research: design and methods, 4 ed, Sage, 2009.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

8. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
9. Brasil. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Lima MRM, Silva MVS, Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Silva AA. Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Rev Rene. 2013; 14(1):23-31.
11. Gerschman S, Uga MAD, Portela M, Lima SML. O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. Physis. 2012;22(2):463-76.



*Parte III*





## 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 de um município de grande porte localizado no sul do país. Para tanto, foi desenvolvido um estudo de caso, articulando-se as técnicas de grupo focal (com a participação de 8 sujeitos), análise documental (a partir dos documentos: Plano Municipal de Saúde 2011/2014; Instrução Normativa Municipal 003/2013 que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação - SISREG; Manual municipal de Boas Práticas em Saúde; e Proposta de Implementação do Complexo Regulador da Grande Florianópolis), e observação participante (que teve por foco de observação a dinâmica de trabalho dos profissionais envolvidos no setor de Regulação em Saúde).

A Regulação em Saúde compreende o conjunto de ações que possibilitam, de maneira qualificada, o acesso dos usuários às ações de saúde especializadas. Em constante articulação com as ações de planejamento, controle e avaliação, busca garantir a assistência equânime e integral, de acordo com os princípios doutrinários do SUS. Busca organizar a oferta de serviços de acordo com as necessidades de saúde da população, levando à otimização dos recursos disponibilizados pelo Estado, qualificando a assistência à saúde.

A revisão de literatura realizada teve o objetivo de apresentar a interface entre o princípio da equidade e os Serviços de Regulação em Saúde, segundo a produção científica na área de saúde coletiva, de 2008 a 2012. A maior dificuldade enfrentada nesta etapa do trabalho foi em relação à impossibilidade de associar o termo Regulação em Saúde aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Dessa maneira, foram utilizados os termos Regulação Governamental e Regulação e Fiscalização em Saúde que, apesar de serem os que mais se aproximavam ao pesquisado, abrangiam diversas outras áreas de estudo.

O desenvolvimento da pesquisa levou à construção de três categorias temáticas: Ações do Serviço de Regulação em Saúde; Equidade na Regulação em Saúde; e Atuação dos profissionais. A primeira categoria levou à construção do primeiro artigo, intitulado Ações do serviço de Regulação em Saúde em um município de grande

porte: um estudo de caso. Esta categoria abordou a necessidade de capacitação dos recursos humanos envolvidos na Regulação em Saúde, especialmente orientada à sensibilização dos profissionais quanto à utilização do SISREG como ferramenta unificada para a regulação, e sobre a importância da Estratégia de Saúde da Família como elo entre usuários e serviços de saúde especializados proporcionados pelo setor de regulação.

A partir da segunda categoria, Equidade na Regulação em Saúde, foi elaborado o artigo Regulação em Saúde: um diálogo com o princípio da equidade. Neste manuscrito os profissionais revelaram compreender a função da Regulação em Saúde no processo de gestão em saúde, e demonstraram reconhecer sua relação com o princípio da equidade, sendo este revelado como o principal objetivo da Regulação em Saúde.

O terceiro estudo, Regulação em Saúde: ações esperadas para os profissionais envolvidos, foi desenvolvido a partir da categoria Atuação dos profissionais, e descreveu como as funções dos diferentes profissionais envolvidos no processo de regulação são bem definidas e compreendidas. Apesar de as funções serem bem delimitadas, os profissionais demonstraram conhecimento da totalidade do processo, e revelaram que, caso necessário, executam as funções de outros profissionais para garantir o bom funcionamento do setor.

Apesar da necessidade de ordenar a distribuição de ações e serviços de saúde para otimização dos recursos financeiros disponibilizados pelo Estado, é imprescindível no processo de Regulação em Saúde a simultânea adequação da oferta à demanda em articulação com a Gerência de Controle e Avaliação, indo além da adequação da demanda à oferta.

O desenvolvimento desta pesquisa enfrentou importante dificuldade na discussão dos resultados obtidos, devido à escassez de estudos científicos desenvolvidos na área da Regulação em Saúde. Tendo em vista a otimização dos recursos financeiros, facilitação do acesso às ações e serviços de saúde especializados, e promoção da equidade proporcionados e facilitados pela Regulação, é imprescindível que seja incentivado o desenvolvimento científico na área.

Acredita-se que as contribuições deste estudo são de importante valia para o desenvolvimento no conhecimento em Saúde Coletiva, e para uma Gestão em Saúde de qualidade, proporcionando o desenvolvimento do exercício da Regulação em Saúde embasada cientificamente.

Ao considerar que a pesquisa tenha sido desenvolvida no contexto específico do SUS, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que investiguem as estratégias de regulação do acesso à saúde em países cujos princípios doutrinários e organizativos sejam semelhantes aos implantados no Brasil.



**REFERÊNCIAS**

ADOLFI JÚNIOR, M. S.; PALLINI, F. M.; PESSOTTI, H.; WOLF, C. M.; PATELLI, H. T.; CAPELI, R. D.; POLI-NETO, O. B.; NEVES, F. F.; SCARPELINI, S.; MARQUES, P. M. A. PAZIN-FILHO, A. Regulação médica em emergência pela plataforma web: um estudo piloto. *Rev. Saúde Pública*. v. 44, n. 6, pp. 1063-71, 2010.

ALVAREZ, MEB. **Organização, Sistemas, e Métodos**. São Paulo: McGraw Hill, 1990.

ARAÚJO, G. T.; CAPORALE, J. E.; STEFANI, S.; PINTO, D.; CASO, A. Is equity of access to health care achievable in Latin America? **Value Health**, v. 14, n. 5, pp. 8-12, 2011.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, pp. 2865-75, 2012.

BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J. T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n. 2, pp. 295-304, 2011.

BALARAJAN, Y.; SELVARAJ, S.; SUBRAMANIAN, S. V. Health care and equity in India. **Lancet**, v. 377, n. 9764, pp. 505-15, 2011.

BASTOS, M. P. Sistemas de informação em saúde: o seu uso no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos: Um estudo de caso do Sistema Remédio em Casa utilizado no município do Rio de Janeiro. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BERTOLOZZI, M. R.; NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P.; VAL, L. F.; GUANILLO, M. C. T. U.; PEREIRA, E. G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, pp. 1326-30, 2009.

BIRN A. E.; NIXON S. Canada's health care system: A relevant approach for South Africa. **S. Afr. Med. J.**, v. 100, n. 8, pp. 516-20, 2010.

BRANCO, M. A. F. **Informações em saúde como elemento estratégico para a gestão**. in: Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República; 1988.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95/2001**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559/2008**, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-

Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Florianópolis**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em outubro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508/2011**, 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. Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. **Resolução 466/2012**, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Regulação**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0410>>. Acesso em setembro de 2013.

BRASIL. **Portal da Saúde: Centrais de Regulação Implantadas**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28217](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28217)>. Acesso em setembro de 2013.

BRAVEMAN, P. A.; KUMANYIKA, S.; FIELDING, J.; LAVEIST, T.; BORRELL, L. N.; MANDERSCHIED, R.; TROUTMAN, A. Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice. **Am. J. Public Health**, v. 101, n. 1, pp. 149-56, 2011.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação para Municípios**. São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda; 1998.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Lista de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde Espanhol. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, pp. 2783-94, 2011.

COSTA, S. M.; ABREU, M. H. N. G.; VASCONCELOS, M.; LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M.; FERREIRA, E. F. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, pp. 461-70, 2012.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de Informação**. In: Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

FLORIANÓPOLIS. **Prefeitura de Florianópolis: a cidade**. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php?cms=a+cidade&menu=5>>. Acesso em agosto de 2013.

FLORIANÓPOLIS. **Prefeitura de Florianópolis: Mortalidade infantil cai pela metade em Florianópolis**. Disponível em <<http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina&noti=11121>>. Acesso em fevereiro de 2014.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**. v. 22, n. 1, pp. 119-40, 2012.

GERSCHMAN, S.; UGA, M. A. D.; PORTELA, M.; LIMA, S. M. L. O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. **Physis**. v. 22, n. 2, pp. 463-76, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GORDEEV, V. S.; PAVLOVA, M.; GROOT, W. Two decades of reforms. Appraisal of the financial reforms in the Russian public healthcare sector. **Health Policy**. v. 102, n. 2, pp. 270-7, 2011.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y E. *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey Bass, 1981.

HYNES, M. M. Sociology, health data, and health equity: One state agency as a site of social change. **Current Sociology**, v. 60, n. 2, pp. 161-77, 2012.



KIDD, M. R.; WATTS, I. T.; SALTMAN, D. C. Primary health care reform: equity is the key. **Med. J. Aust.** v. 189, n. 4, pp. 221-2, 2008.

LIMA, M. R. M.; SILVA, M. V. S.; CLARES, J. W. B.; SILVA, L. M. S.; DOURADO, H. H. M.; SILVA, A. A. Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene.** v. 14, n. 1, pp. 23-31, 2013.

LINARD, A. G.; LINARD, A. G.; CHAVES, E. S.; ROLIM, I. L. T. P.; AGUIAR, M. I. F. Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 1, pp. 114-20, 2011.

MACQ, J.; MARTINY, P.; VILLALOBOS, L. B.; SOLIS, A.; MIRANDA, J.; MENDEZ, H. C.; COLLINS, C. Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: Issues and challenges. **Health Policy.** v. 87, n. 3, pp. 377-88, 2008.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, pp. 1667-76, 2013.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, I. H. S. **Informações em Saúde da prática fragmentada ao exercício da cidadania.** São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC e ABRASCO, 1994.

MOREIRA, W. Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção. *Janus*, v. 1, 2004.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research.** London: Sage, 1997.

MORGAN, D. L. **The Focus Group Guidebook.** Thousand Oaks: Sage, 1998.

NASCIMENTO, A. A. M.; DAMASCENO, A. K.; SILVA, M. F.; SILVA, M. V. S.; FEITOZA, A. F. Regulação em Saúde: Aplicabilidade

para concretização do Pacto de Gestão do SUS. **Cogitare Enferm.** v. 14, n. 2, pp. 346-52, 2009.

OLIVEIRA, D. P. R. *Sistemas, Organização, e Métodos: uma abordagem gerencial*. 13 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

OLIVEIRA, R. R. **Os conceitos de Regulação em Saúde no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 46. n. 3, pp. 571-6, 2012.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. *Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública: Guia para Aplicação do Instrumento de Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública*. Brasília (DF); 2001.

PAULY, M. V. Lessons to improve the efficiency and equity of health reform. **Hastings Cent. Rep.**, v. 42, n. 5, pp. 21-4, 2012.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T.; SOUZA, G. C.; SILVA, J. A. M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**. v. 21, n. 2, pp. 629-46, 2011.

POLLOCK, A. M.; PRICE, D. The final frontier: The UK's new coalition government turns the English National Health Service over to the global health care market. **Health Sociology Review**. v. 20, n. 3, pp. 294-305, 2011.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

QUESNEL-VALLÉE A.; RENAHY, E.; JENKINS, T.; CERIGO, H. Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective: the Health Insurance Access Database. **BMC Health Serv. Res.** v. 10, n. 12, pp. 107, 2012.

RICHARDS, D. A. Stepped care: a method to deliver increased access to psychological therapies. **Can. J. Psychiatry**. v. 57, n. 4, pp. 210-5, 2012.

ROSAS, M. A.; BEZERRA, A. F. B.; DUARTE-NETO, P. J. Uso das redes neurais artificiais na aplicação de metodologia para alocação de recursos da saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 47, n. 1, pp. 128-36, 2013.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **RBHCS**. v. 1, n. 1, pp. 1-15, 2009.

SANCHO, L. G.; SILVA, N. E. K. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. **Physis**. v. 23, n. 2, pp. 371-91, 2013.

SANDERS, D.; BAUM, F. E.; BENOS, A.; LEGGE, D. Revitalising primary healthcare requires an equitable global economic system - now more than ever. **J. Epidemiol. Community Health**. v. 65, n. 8, pp. 661-5, 2011.

SANTA CATARINA. **Grande Florianópolis - Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional da Grande Florianópolis**. Disponível em:

<[http://www.soo.sdr.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=59&Itemid=142](http://www.soo.sdr.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=59&Itemid=142)>. Acesso em outubro de 2013.

SEQUIST, T. D.; CULLEN, T.; ACTON, K. J. Indian Health Service Innovations Have Helped Reduce Health Disparities Affecting American Indian And Alaska Native People. **Health Aff**. v. 30, n. 10, pp. 1965-73, 2011.

SISSON, M. C.; ANDRADE, S. R.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; SOUZA, C. R. P. **Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial**. Saude soc. v. 20, n. 4, pp. 991-1004, 2011.

SOARES, D. S.; BRANDÃO, R. R. M.; MOURÃO, M. R. N.; AZEVEDO, V. L. F.; FIGUEIREDO, A. V.; TRINDADE, E. S. Relevância de exames de rotina em pacientes de baixo risco submetidos

a cirurgias de pequeno e médio porte. **Rev. Bras. Anesthesiol.** v. 63, n. 2, pp. 197-201, 2013.

STATCHER, D. Include a Social Determinants of Health Approach to Reduce Health Inequities. **Public Health Rep.** v. 125, n. 14, pp. 6-7, 2010.

TANGCHAROENSATHIEN, V.; PATCHARANARUMOL, W.; IR, P.; ALJUNID, S. M.; MUKTI, A. G.; AKKHAVONG, K.; BANZON, E.; HUONG, D. B.; THABRANY, H.; MILLS, A. Health-financing reforms in southeast Asia: challenges in achieving universal coverage. **Lancet.** v. 377, pp. 863-73, 2011.

TATAW, D. The second market failure phenomenon in safety-net health systems: the case of a municipal academic medical center from 1980 to 2000. **Soc. Work Public Health.** v. 26, n. 3, pp. 294-321, 2011.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis.** v. 19, n. 3, pp. 777-96, 2009.

TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev. Saúde Pública.** v. 46, n. 6, pp.1007-13, dez. 2012.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 18, n. 1, pp. 181-90, 2013.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: Reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública.** v. 42, n. 2, pp. 365-9, 2008.

WAN, Y. C.; WAN, Y. I.; Achievement of equity and universal access in China's health service: A commentary on the historical reform perspective from the UK National Health Service. **Glob. Public Health.** v. 5, n. 1, pp. 15-27, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. Methodological issues in nursing research: The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing.** v. 52, n. 5, pp. 546-553, 2005.

VILARINS, G. C. M. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. **Com. Ciências Saúde**. v. 21,n. 1, pp. 81-84, 2010.

YIN, R. **Case study research: design and methods**, 4 ed, Newbury Park: Sage, 2009.



## **APÊNDICES**





**APÊNDICE A – Protocolo para Revisão Integrativa da Literatura**

<b>PROCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b>
<p><b>I. RECURSOS HUMANOS:</b>  <b>Pesquisador responsável:</b> Mda. Caroline Cechinel (1)  <b>Pesquisador orientador:</b> Dr. Walter Ferreira de Oliveira(2)</p>
<p><b>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Elaboração protocolo:</b> 1 e 2*</li> <li>- <b>Avaliação do protocolo:</b> 2</li> <li>- <b>Coleta de dados:</b> 1</li> <li>- <b>Seleção dos estudos:</b> 1</li> <li>- <b>Checagem dos dados coletados:</b> 1 e 2</li> <li>- <b>Avaliação crítica dos estudos:</b> 1</li> <li>- <b>Síntese dos dados:</b> 1</li> <li>- <b>Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo:</b> 1</li> <li>- <b>Apreciação final, avaliação e sugestões:</b> 1 e 2</li> <li>- <b>Revisão final a partir de sugestões do orientador:</b> 1</li> <li>- <b>Finalização do artigo e encaminhamento para revista:</b> 1 e 2</li> </ul> <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>
<p><b>III. VALIDAÇÃO DO PROCOLO:</b>  Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira</p>
<p><b>IV. RECURSOS MATERIAIS:</b>  Disponibilidade de computadores com acesso à internet; 01 arquivo virtual (e-mail) da Revisão Integrativa de Literatura; 01 impressora a laser monocromática; 01 pen-drive; 02 resmas de folha A4; 02 canetas marcador texto; 02 Cds; recurso financeiro disponível para compra de materiais (referências) que não estão livres nas bases de dados.</p>
<p><b>V. PERGUNTA:</b>  Como se dá a Regulação dos serviços de saúde em um município de médio porte da região de saúde da grande Florianópolis / SC?</p>
<p><b>VI. OBJETIVO:</b>  Sustentar um estudo de caso do serviço de Regulação dos serviços de saúde em um município de médio porte da região de saúde da grande Florianópolis / SC.</p>

**VII. DESENHO DO ESTUDO:**

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura, de abordagem qualitativa.

**VIII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

Estudos que contenham os descritores listados neste protocolo e publicados em periódicos na forma completa a partir de 2007 nos idiomas inglês, espanhol e português.

**IX. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:**

Editoriais; Cartas; Artigos de Opinião; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Publicações duplicadas; Teses; Dissertações; TCC; Boletins epidemiológicos; Relatórios de gestão; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Livros; e, Estudos que não contemplem o escopo deste protocolo.

**X. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada):**

- **Descritores:** “Unified Health System” AND “Equity” AND “Health Care Coordination and Monitoring”

- **Bases Eletrônicas de Dados:** BVS; PubMed; Cochrane Library.

- **Listar as referências dos materiais encontrados, para buscar referências que possam ser de interesse à Revisão Integrativa de Literatura.**

- **Período de busca:** Estudos publicados a partir do ano 2007.

**XI. SELEÇÃO DOS ESTUDOS:** A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, será realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como relativo ao escopo deste protocolo, denominada de *primeira peneira*. Como indica a Revisão Integrativa, os dados serão sistematizados em tabelas e posteriormente será realizada uma leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, denominada de *segunda peneira*.

**XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS:** Será realizada uma releitura dos materiais pré-selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados em categorias. Os artigos selecionados serão avaliados e discutidos conforme literatura.

**XIII. SÍNTESE E CONCLUSÃO:** Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de narrativas a partir da análise e checagem dos dados coletados.

<b>XV. CRONOGRAMA:</b>					
<b>Etapas</b>	<b>Jun 2013</b>	<b>Jul 2013</b>	<b>Ago 2013</b>	<b>Set 2013</b>	<b>Out 2013</b>
<b>Elaboração do protocolo</b>	X				
<b>Validação do protocolo</b>	X				
<b>Busca dos estudos</b>		X			
<b>Seleção dos estudos</b>		X			
<b>Apreciação pela banca de qualificação</b>		X			
<b>Organização dos estudos</b>			X		
<b>Avaliação crítica dos estudos</b>			X		
<b>Organização dos dados</b>				X	
<b>Análise dos dados</b>				X	
<b>Discussão e conclusões</b>					X
<b>Elaboração da revisão integrativa</b>					X



**APÊNDICE B – Roteiro norteador da discussão do grupo focal**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**Pesquisa:** Regulação em Saúde em um município de grande porte no sul do país: um diálogo com o princípio da equidade

**Pesquisador:** Caroline Cechinel

**Professor orientador:** Dr. Walter Ferreira de Oliveira

**Perguntas a serem respondidas coletivamente:**

1. Quais as ações já desenvolvidas pelos diferentes profissionais componentes da equipe?
2. Quais as ações esperadas na atuação dos diferentes profissionais envolvidos na Regulação em Saúde no município?
3. O que você entende por Regulação em Saúde?
4. Como você percebe a relação entre Regulação em Saúde e equidade?
5. Quais são as limitações para que a equidade seja favorecida/efetivada por meio da sua atuação na Regulação em Saúde?
6. Aponte sugestões de propostas que possam auxiliar na superações das dificuldades vivenciadas.



**APÊNDICE C – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (pesquisador responsável), juntamente com a pesquisadora Caroline Cechinel, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **REGULAÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE NO SUL DO PAÍS: UM DIÁLOGO COM O PRINCÍPIO DA EQUIDADE**, que tem como objetivo “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 de um município de grande porte localizado no sul do país”.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do referido estudo e, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, certificá-lo da garantia de sua participação.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome, e a imagem da instituição, seguindo o preconizado pela Resolução 466/2012. Os dados

serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentações em eventos e publicações em periódicos científicos.

Informamos que esta pesquisa não trará riscos à sua pessoa, e tem o intuito de contribuir para a construção de conhecimento científico na área de estudo. Você tem a liberdade de recusar participar, ou, caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano, ou desconforto. Este documento foi produzido em duas vias, para que uma delas fique em posse do participante da pesquisa, e seja utilizado posteriormente, caso lhe convenha. Em caso de quaisquer danos decorrentes da pesquisa, está garantida a sua devida indenização.

A pesquisa terá por referencial metodológico o Estudo de Caso. Sua participação ocorrerá por meio da realização de um grupo focal, cujas falas serão gravadas e transcritas. A análise das informações será por meio de Análise de Conteúdo. Também serão realizados encontros de observação, de modo a contemplar o objetivo do estudo.

A pesquisadora, Caroline Cechinel, estará disponível para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48)9988-6484, ou (48)9168-6484, através do e-mail carolcechinel@gmail.com, ou pessoalmente no Departamento de Saúde Coletiva da UFSC. O material coletado durante a entrevista poderá ser consultado sempre que desejar, mediante solicitação.

NESTES TERMOS, E CONSIDERANDO-ME LIVRE E  
ESCLARECIDO(A) SOBRE A NATUREZA E OBJETIVO DA



PESQUISA PROPOSTA, CONSINTO MINHA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, RESGUARDANDO À AUTORA DO PROJETO A PROPRIEDADE INTELECTUAL DAS INFORMAÇÕES GERADAS, E EXPRESSANDO CONCORDÂNCIA COM A DIVULGAÇÃO PÚBLICA DOS RESULTADOS.

**Nome do participante:** \_\_\_\_\_.

**RG:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_.

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_.

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Assinatura da pesquisadora:** \_\_\_\_\_.

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Assinatura do pesquisador responsável:** \_\_\_\_\_.

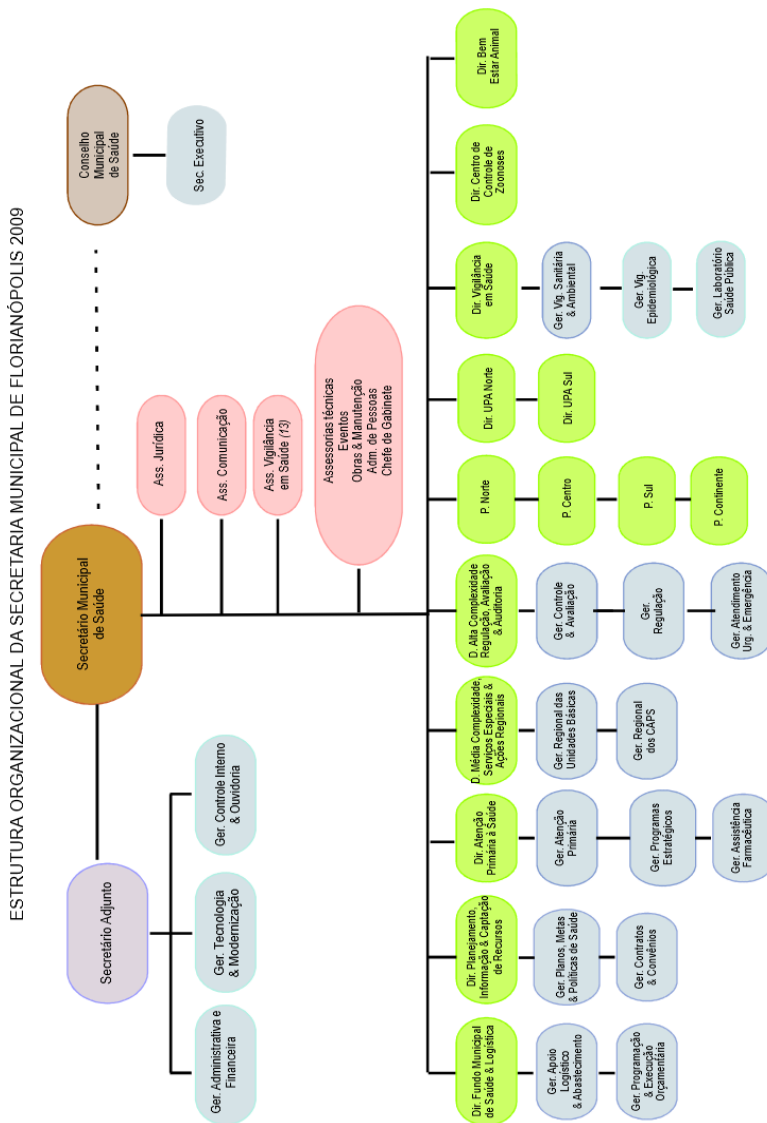
**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**ANEXOS**



## ANEXO A – Organograma da SMS Florianópolis





**ANEXO B – Declaração da Instituição**

**Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em  
Saúde**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **"Regulação em saúde em um município de grande porte da região de saúde da Grande Florianópolis/SC: um diálogo com o princípio da equidade"** do pesquisador responsável Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 15/08/2013

---

**Maria Francisca dos Santos Daussy**  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em  
Saúde / SMS / PMF





## ANEXO C – Protocolo de aprovação da pesquisa pelo CEP/SH da UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REGULAÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE NO SUL DO PAÍS: UM DIÁLOGO COM O PRINCÍPIO DA EQUIDADE

**Pesquisador:** Walter Ferreira de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAÉ:** 22230913.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 460.084

**Data da Relatoria:** 11/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se reapresentação de projeto de mestrado intitulado REGULAÇÃO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE NO SUL DO PAÍS: UM DIÁLOGO COM O PRINCÍPIO DA EQUIDADE, de autoria de CAROLINE CECHINEL e orientado por Walter Ferreira de Oliveira, apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública.

#### Objetivo da Pesquisa:

Identificar a relação do princípio da equidade e a realização das ações de Regulação em Saúde, descrevendo as fragilidades e potencialidades de sua aplicabilidade no serviço de saúde de um município de grande porte localizado no sul do país.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora aponta que "A realização do Grupo Focal pode vir a causar desconforto emocional nos participantes envolvidos, sendo estas eventuais ocorrências respeitadas pelos pesquisadores, à medida em que: o participante poderá se ausentar do grupo no momento em que

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 460.084

achar necessário; serão realizadas pausas na realização do dinâmica; o pesquisador conduzirá a dinâmica do grupo para que as discussões não sejam desviadas do tema de pesquisa; será proposto momento de diálogo informal posteriormente, caso seja necessário." Comobenefícios, considera que " as lacunas encontradas na literatura demonstram a necessidade de maiores investimentos em estudos que investiguem a regulação da atenção à saúde, devido ao seu potencial de benefícios ao setor saúde. Ao se propor a realizar um diagnóstico das ações do setor de regulação à saúde em um município de grande porte, este estudo descreverá ações efetivas ou não para a saúde, gerando maior conhecimento sobre estratégias possíveis para a qualificação da gestão em saúde.Fomentar esta área de interesse através de estudos científicos possibilita articular enfoques direcionados à prestação e oferta de serviços, acesso, financiamento, e cuidados à saúde, enfatizando o papel do Estado em todos estes aspectos."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Segundo a autora, "Trata-se de um estudo de caso exploratório, de natureza qualitativa, que tem por intuito investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade no seu contexto de vida real (YIN, 2009). (...)Para alcance do objetivo proposto, serão realizados grupos focais, análise documental e observação do contexto.A observação dos participantes terá como objetivo detalhar a dinâmica dos profissionais, demanda de trabalho, e divisão das atividades.A análise documental será desenvolvida a partir dos relatórios elaborados pelo setor deRegulação do município estudado, e sobre o Plano Municipal de Saúde.A abordagem dos profissionais ocorrerá através da formação de grupos focais. O Grupo Focal é uma técnica de pesquisa qualitativa baseada em entrevistas grupais, que coleta informações por meio da comunicação e das interações do grupo (MORGAN, 1997).A partir de um grupo de participantes selecionados pelo

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 480.084

achar necessário; serão realizadas pausas na realização do dinâmica; o pesquisador conduzirá a dinâmica do grupo para que as discussões não sejam desviadas do tema de pesquisa; será proposto momento de diálogo informal posteriormente, caso seja necessário." Comobenefícios, considera que " as lacunas encontradas na literatura demonstram a necessidade de maiores investimentos em estudos que investiguem a regulação da atenção à saúde, devido ao seu potencial de benefícios ao setor saúde. Ao se propor a realizar um diagnóstico das ações do setor de regulação à saúde em um município de grande porte, este estudo descreverá ações efetivas ou não para a saúde, gerando maior conhecimento sobre estratégias possíveis para a qualificação da gestão em saúde.Fomentar esta área de interesse através de estudos científicos possibilita articular enfoques direcionados à prestação e oferta de serviços, acesso, financiamento, e cuidados à saúde, enfatizando o papel do Estado em todos estes aspectos."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Segundo a autora, "Trata-se de um estudo de caso exploratório, de natureza qualitativa, que tem por intuito investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade no seu contexto de vida real (YIN, 2009). (...)Para alcance do objetivo proposto, serão realizados grupos focais, análise documental e observação do contexto.A observação dos participantes terá como objetivo detalhar a dinâmica dos profissionais, demanda de trabalho, e divisão das atividades.A análise documental será desenvolvida a partir dos relatórios elaborados pelo setor deRegulação do município estudado, e sobre o Plano Municipal de Saúde.A abordagem dos profissionais ocorrerá através da formação de grupos focais. O Grupo Focal é uma técnica de pesquisa qualitativa baseada em entrevistas grupais, que coleta informações por meio da comunicação e das interações do grupo (MORGAN, 1997).A partir de um grupo de participantes selecionados pelo

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 460.084

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 18 de Novembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

## **ANEXO D – Instruções para publicação dos manuscritos – Interface: Comunicação, Saúde, Educação**

### **PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL**

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita apenas online, pelo sistema Scholar One Manuscripts.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

### **FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS**

#### **SEÇÕES**

**Dossiê** — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

**Artigos** — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Debates** — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a

edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

**Espaço aberto** — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

**Entrevistas** — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

**Livros** — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

**Teses** — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência; título, palavras-chave e resumo (até quinhentas palavras) em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

**Criação** — textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

**Notas breves** — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

**Cartas** — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Observação: na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

## **SUBMISSÃO DE ORIGINAIS**

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em “Author Center” e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Notas breves e Cartas).

As informações sobre a folha de rosto foram excluídas porque estão todas explicitadas no sistema, devendo ser atendidas obrigatoriamente pelo autor, ao submeter o manuscrito. O não atendimento impede o autor de continuar a submissão.

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 25 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Observação: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma -Autor, ano, página, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo: "...e criar as condições para a

construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

### **Casos específicos:**

**a Citações literais de até três linhas:** entre aspas, sem destaque em itálico e, em seguida, entre parênteses (Sobrenome do autor, data, p.xx, sem espaço entre o ponto e o número). Ponto final depois dos parênteses.

**b Citações literais de mais de três linhas:** em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto. Em seguida, entre parênteses: (Sobrenome do autor, data, página).

Observação: em citações, os parênteses só aparecem para indicar a autoria. Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. (Fulano, Sicrano, 2008, p.56).

**c Vários autores citados em sequência:** do mais recente para o mais antigo, separados por ponto e vírgula: (Pedra, 1997; Torres, 1995; Saviani, 1994).

**d Textos com dois autores:** Almeida e Binder, 2004 (no corpo do texto); Almeida, Binder, 2004 (dentro dos parênteses).

**e Textos com três autores:** Levanthal, Singer e Jones (no corpo do texto); Levanthal, Singer, Jones (dentro dos parênteses).

**f Textos com mais de três autores:** Guérin et al., 2004 (dentro e fora dos parênteses).



**g Documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano:** acrescentar letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento (Campos, 1987a, 1987b).

## REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002). Exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

\* Título sempre destacado em negrito; sub-título, não.

\*\*Sem indicação do número de páginas.

\*\*\*A segunda e demais referências de um mesmo autor (ou autores) devem ser substituídas por um traço sublinear (seis espaços) e ponto, sempre da mais recente para a mais antiga. Se mudar de página, é preciso repetir o nome do autor. Se for o mesmo autor, mas com colaboradores, não vale o travessão. Ex: Freire, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. (Coleção Leitura).

\_\_\_\_\_. **Extensão ou comunicação?** 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

\*\*\*\* Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão et al. Ex.:

CUNHA, M.I.; LEITE, D.B.C. **Decisões pedagógicas e estruturas de poder na Universidade**. Campinas: Papirus, 1996. (Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

FREIRE, M. et al. (Orgs.). Avaliação e planejamento: a prática educativa em questão. Instrumentos metodológicos II. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1997. (Seminários)

CAPÍTULOS DE LIVRO: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

\* Apenas o título do livro é destacado, em negrito.

\*\*Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo citado.

### **Regras específicas**

**1 Autor do livro igual ao autor do capítulo:** HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: \_\_\_\_\_ (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

**2 Autor do livro diferente do autor do capítulo:** VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

**3 Autor é uma entidade:** BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3.ed. Brasília: SEF, 2001.

**4 Séries e coleções:** MIGLIORI, R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v.1).

**ARTIGOS EM PERIÓDICOS:** FERNANDEZ, J. C. A.; WESTPHAL, M. F. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde. Interface (Botucatu), v. 16, n. 42, p.595-608, jul./set. 2012.

As mudanças foram por conta das orientações do IBICT em relação ao nome da revista e a sua citação.

\*Apenas o título do periódico é destacado, em negrito.

\*\*Obrigatório indicar, após o volume e o número, as páginas em que o artigo foi publicado.

**TESES E DISSERTAÇÕES:** IYDA, M. Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979.

**RESUMOS EM ANAIS DE EVENTOS:** PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. Anais... São Paulo, 1995. p.5.

\*Apenas a palavra Anais é destacada, em negrito.

\*\*Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em:<...>. Acesso em (dia, mês, ano).

\*\*\*Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

**DOCUMENTOS ELETRÔNICOS:** Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc. Res., v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

\* Apenas o título do periódico é destacado, em negrito.

**\*\*Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.**

Nota: se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

**ILUSTRAÇÕES:** Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

## **ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS**

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link:<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>



## **ANEXO E – Instruções para publicação dos manuscritos – Revista de Saúde Pública**

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores.

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver Estrutura do Texto). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão.

O uso de siglas deve ser evitado.

Recomendamos que o autor consulte o checklist correspondente à categoria do manuscrito submetido.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

### **Categorias de artigos**

#### **Artigos Originais**

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade,

análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

### **Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais**

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, à avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos novos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis



de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise

- PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS checklist para estudos qualitativos

Informações complementares:

·Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

·As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

·As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a

população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

**Comunicações Breves** – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

·Devem ter até 1.500 palavras (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) uma tabela ou figura e até 5 referências.

·Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até 100 palavras.

## **ARTIGOS DE REVISÃO**

**Revisão sistemática e meta-análise** - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com

pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise).

**Revisão narrativa/crítica** - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até 4.000 palavras.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

## COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até 2.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
  - O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
  - As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25
- Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

### **Declarações e documentos**

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

<b>Documento/declaração</b>	<b>Quem assina</b>	<b>Quando anexar</b>
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Submissão
b. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Aprovação
c. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Aprovação

**a. A Carta de Apresentação do manuscrito**, assinada por todos os autores, deve conter:

Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.

Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.

Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e

interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.

Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores. Para maiores informações, consulte o site da RSP.

Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

### **b. AGRADECIMENTOS**

Há um campo no formulário de submissão do artigo onde devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos link. Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

### **c. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais link. O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

### **Verificação dos itens exigidos**

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.

3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do processo(s).
9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/Programa, grau e o ano de defesa.
10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.
11. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.





## **ANEXO F – Instruções para publicação dos manuscritos - Cadernos de Saúde Pública**

### **INSTRUÇÕES PARA AUTORES**

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

#### **1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:**

**1.1 - Revisão:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.2 - Artigos:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.3 - Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.4 - Debate:** artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.5 - Fórum:** seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual

(máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

**1.6 - Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);

**1.7 - Questões Metodológicas:** artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para essa seção obedecendo preferencialmente às regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.8 - Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

**1.9 - Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

## **2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS**

**2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

**2.2** - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

**2.3** - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

**2.4** - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

### **3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

**3.1** - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**3.2** - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

**3.3**- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

### **4. FONTES DE FINANCIAMENTO**

**4.1** - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

**4.2** - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

**4.3** - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## **5. CONFLITO DE INTERESSES**

**5.1** - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## **6. COLABORADORES**

**6.1** - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

**6.2** - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

## **7. AGRADECIMENTOS**

**7.1** - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que

colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## **8. REFERÊNCIAS**

**8.1** - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos).

**8.2** - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

**8.3** - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **9. NOMENCLATURA**

**9.1** - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**10.1** - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos

princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

**10.2** - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

**10.3** - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

**10.4** - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## **11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**

**11.1** - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

**11.2** - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

**11.3** - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de

gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

**11.4** - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## **12. ENVIO DO ARTIGO**

**12.1** - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

**12.2** - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

**12.7** - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

**12.8** - Agradecimentos. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em



campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

**12.15** - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

**12.17** - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18** - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.19** - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20** - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS

(Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21** - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

**12.23** - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24** - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.25** - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

**12.26** - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27** - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

**12.28** - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### **13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

**13.1** - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

**13.2** - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### **14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

**14.1** - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### **15. PROVA DE PRELO**

**15.1** - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

**15.2** - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

# ANEXO G – Instruções para publicação dos manuscritos – Ciência & Saúde Coletiva

365

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

## Introdução

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva, e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev. Port. Clin. Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citimg/medicines/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

## Seções de publicação

**Editorial:** responsabilidade do(a) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

**Debate:** artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

**Artigos temáticos:** revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

**Artigos de temas livres:** não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

**Resenhas:** análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

**Cartas:** crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

**Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

## Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhadas apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciasaudecoletiva.com.br](http://www.cienciasaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista [cienciasaudecoletiva@fiocruz.br](mailto:cienciasaudecoletiva@fiocruz.br).

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a extidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções e os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva.

O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

## Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo "documento em Word" o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

## Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura** (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, ou preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na

confeção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado e em boas condições para reprodução.

#### Agradecimentos

- Quando existentes, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado ao site).
- Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
- O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

#### Referências

- As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al*. Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.
- Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indivíduo analisado foi o de maturidade do PSF<sup>101</sup>; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>2</sup>, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
- As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).
- Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
- O nome de pessoa, cidades e países devem

ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências

#### Artigos em periódicos

- Artigo padrão** (inclui todos os autores) Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL. Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.
- Instituição como autor** The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284
- Sem indicação de autoria** Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
- Número com suplemento** Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
- Indicação do tipo de texto, se necessário** Enzenberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

#### Livros e outras monografias

- Indivíduo como autor** Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
- Organizador ou compilador como autor** Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
- Organizador ou compilador como autor** Bossi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
- Instituição como autor** Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.
- Capítulo de livro** Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
- Resumo em anais de congressos** Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*: 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
- Trabalhos completos publicados em eventos científicos** Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993;

Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana* – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

#### Outros trabalhos publicados

- Artigo de jornal** Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.
- Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).
- Material audiovisual** HIV/AIDS: the facts and the future [video-cassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
- Documento legal** Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

**Material no prelo ou não publicado** Lesher AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomincina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

#### Material eletrônico

- Artigo em formato eletrônico** Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>
- Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico on the Internet]. 2004 Mar-Apr [acessado 2004 jul 12]; 67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>
- Monografia em formato eletrônico** *CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers; 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.
- Programa de computador** Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Versão 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.