

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE**

Sílvia José Santana

**Avaliação do sistema de autorregulação formativa territorial no contexto das
redes de atenção à saúde do Espírito Santo, Brasil, 2022**

Governador Valadares

2023

Sílvia José Santana

**Avaliação do sistema de autorregulação formativa territorial no contexto das
redes de atenção à saúde do Espírito Santo, Brasil, 2022**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde, área de concentração Biociências.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Sibeles Nascimento de Aquino

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Waneska Alexandra Alves

Governador Valadares

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santana, Sílvio José.

Avaliação do sistema de autorregulação formativa territorial no contexto das redes de atenção à saúde do Espírito Santo, Brasil, 2022 / Sílvio José Santana. -- 2023.

41 f. : il.

Orientadora: Sibeles Nascimento de Aquino

Coorientadora: Waneska Alexandra Alves

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV. Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, 2023.

1. Sistema de Informação em Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Comunicação em Saúde. I. Nascimento de Aquino, Sibeles, orient. II. Alves, Waneska Alexandra, coorient. III. Título.

Sílvia José Santana

**Avaliação do sistema de autorregulação formativa territorial no contexto das
redes de atenção à saúde do Espírito Santo, Brasil, 2022**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde, área de concentração Biociências.

Aprovada em 30 de outubro de 2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE - PPgCAS

N° PROPP:

N° PPG: 031

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Tendo o(a) senhor(a) Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, o(a) discente procedeu à apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Stricto sensu* e foi submetido(a) à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado:

APROVADO (Conceito A)

APROVADO CONDICIONALMENTE (Conceito B), mediante o atendimento das alterações sugeridas pela Banca Examinadora, constantes do campo Observações desta Ata.

REPROVADO (Conceito C), conforme parecer circunstanciado, registrado no campo Observações desta Ata e/ou em documento anexo, elaborado pela Banca Examinadora

Novo título da Dissertação/Tese (só preencher no caso de mudança de título):

Observações da Banca Examinadora caso:

- O discente for Aprovado Condicionalmente
- Necessidade de anotações gerais sobre a dissertação/tese e sobre a defesa, as quais a banca julgue pertinentes.

Nada mais havendo a tratar, o(a) senhor(a) Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo a presente Ata lavrada e assinada pelos(as) senhores(as) membros da Banca Examinadora e pelo(a) discente, atestando ciência do que nela consta.

INFORMAÇÕES

- Para fazer jus ao título de mestre(a)/doutor(a), a versão final da dissertação/tese, considerada Aprovada, devidamente conferida pela Secretaria do Programa de Pós-graduação, deverá ser tramitada para a PROPP, em Processo de Homologação de Dissertação/Tese, dentro do prazo de 90 dias a partir da data da defesa. Após a entrega dos dois exemplares definitivos, o processo deverá receber homologação e, então, ser encaminhado à CDARA.

- Esta Ata de Defesa é um documento padronizado pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Observações excepcionais feitas pela Banca Examinadora poderão ser registradas no campo disponível acima ou em documento anexo, desde que assinadas pelo(a) Presidente(a).

- Esta Ata de Defesa somente poderá ser utilizada como comprovante de titulação se apresentada junto à Certidão da Coordenadoria de Assuntos e Registros Acadêmicos da UFJF (CDARA) atestando que o processo de confecção e registro do diploma está em andamento.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sibebe Nascimento de Aquino - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Waneska Alexandra Alves - Coorientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr.Thiago Dias Sarti

Universidade Federal do Espírito Santos

Profa. Dra. Carina Carvalho Silvestre

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 06 / 10 / 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Sibele Nascimento de Aquino, Servidor(a)**, em 30/10/2023, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carina Carvalho Silvestre, Professor(a)**, em 30/10/2023, às 21:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Waneska Alexandra Alves, Professor(a)**, em 01/11/2023, às 09:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thiago Dias Sarti, Usuário Externo**, em 01/11/2023, às 16:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1514351** e o código CRC **EE60AA1B**.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar, conforme seus atributos, o sistema de autorregulação formativa territorial utilizado no estado do Espírito Santo no ano de 2022, que permite monitorar os encaminhamentos e as solicitações de exames, com proposta de otimizar a comunicação entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e os demais pontos de atenção. Foi realizado um estudo de avaliação em saúde adaptado das diretrizes do *Centers for Disease Control and Prevention* constantes no *Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group* que preconizam a análise dos atributos quantitativos e qualitativos pertinentes aos sistemas de vigilância. Após avaliação, o sistema se apresentou como oportuno, simples, flexível e útil, exigindo melhorias quanto à qualidade dos dados e aceitabilidade. Conclui-se que os atributos avaliados do sistema ratificam sua importância como ferramenta para qualificar a rede de saúde e apontam fragilidades passíveis de solução através de políticas públicas, como estratégias de alocação de recursos financeiros, análises de demanda de especialidades, exames complementares e procedimentos médicos mais solicitados, além do monitoramento de desempenho dos profissionais.

Palavras-chave: Sistema de Informação em Saúde. Avaliação em Saúde. Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate according of its attributes the autorregulação formativa territorial system used in Espírito Santo in the year 2022, that allows monitoring of referrals and exam requests with a proposal to optimize communication between professionals working in primary health care and the other points of health attention. A health assessment study was carried out, adapted from the Centers for Disease Control and Prevention guidelines described in the Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group, which focus on analysis of the relevant quantitative and qualitative attributes to health surveillance systems. After evaluation, the system presented itself as opportune, simple, flexible, and useful, requiring improvements on quality data and acceptability. Therefore, the evaluated attributes of the system confirm its importance as a tool to qualify the health network and demonstrate weaknesses that can be solved through public policies, such as strategies for allocating financial resources, analysis of demand for the most requested specialties, complementary exams and medical procedures, in addition to professional performance monitoring.

Keywords: Health Information System. Health Evaluation. Health Communication.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | - Página inicial do sistema utilizado para autorregulação formativa territorial..... | 13 |
| Figura 2 | - Ícone para solicitação de encaminhamento e/ou exames complementares..... | 13 |
| Figura 3 | - Seleção do item de agendamento | 14 |
| Quadro 1 | - Características do preenchimento dos campos para solicitação de encaminhamento ao especialista e/ou exame complementar no sistema | 14 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|---|
| AE | atenção especializada |
| APS | atenção primária à saúde |
| ARFT | autorregulação formativa territorial |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CDC | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| ES | Espírito Santo |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SESA | Secretaria de Estado da Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básicas de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 08 |
| 2 | ARTIGO CIENTÍFICO..... | 10 |
| 2.1 | INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2.2 | MÉTODOS..... | 12 |
| 2.3 | RESULTADOS..... | 18 |
| 2.4 | DISCUSSÃO..... | 20 |
| | REFERÊNCIAS..... | 23 |
| 3 | CONCLUSÃO..... | 26 |
| | REFERÊNCIAS..... | 27 |
| | ANEXO A – Instruções aos autores para submissão de | 28 |
| | manuscritos..... | |
| | ANEXO B – Protocolo de aprovação do Comitê de Ética em | 38 |
| | Pesquisa..... | |

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do Brasil é complexo, abrangendo diretrizes e princípios que norteiam as ações das Redes de Atenção à Saúde (RAS), gestores, profissionais e usuários. O denominado Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei nº 8.080 em 1990, tem como intuito garantir o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado^{1,2}.

Objetivando a oferta de serviços que resultem em uma saúde com qualidade e acesso universal, atendendo verdadeiramente às necessidades da população, o SUS se organiza em pontos estratégicos com diferentes níveis de complexidade tecnológica: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária à Saúde e Atenção Terciária à Saúde³. A depender da necessidade do indivíduo, quaisquer níveis supracitados poderão ser acessados em diferentes momentos ao longo de sua vida, assegurando a integralidade e longitudinalidade do cuidado⁴.

A atenção primária exerce, preferencialmente, o papel de porta de entrada no sistema, com diversos atributos, dentre eles a coordenação do cuidado⁵. Este termo refere-se à interação vertical e horizontal entre ações, serviços e diferentes profissionais de saúde, de maneira a integrar os distintos níveis de saúde com definição de fluxos, compartilhamento de informações, além de planejamento e monitoramento dos planos terapêuticos em local e tempo oportunos, no intuito de promover melhorias na qualidade da prestação e mitigar as barreiras de acesso^{6,7}. No entanto, a comunicação entre os profissionais da APS e os demais setores apresenta fragilidades^{8,9}.

Uma possível solução para tal problema se encontra na utilização da informática na área da saúde, com o uso de sistemas de informação que possam auxiliar nessa aproximação de maneira mais efetiva¹⁰, contudo, sendo essencial sua avaliação para verificar se os benefícios foram alcançados e reorganizar os processos sempre que necessário¹¹.

Avaliar um sistema em saúde não é algo simples e não há uma forma específica de fazê-lo, pois deve-se levar em consideração os objetivos definidos, as abordagens empregadas, a estrutura institucional, os interesses envolvidos e os métodos utilizados^{12,13}. Por isso, a utilização de guias e diretrizes é fundamental para nortear tal processo.

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC) publicou em 1988 as Diretrizes para Avaliação de Sistemas de Vigilância no intuito de promover o melhor uso dos recursos de saúde pública por meio do desenvolvimento e monitoramento de sistemas eficientes e eficazes. Em 2001 foi realizada a atualização do documento, que descreve ações relacionadas que podem ser aplicadas aos sistemas de vigilância em saúde pública, cujos dados podem direcionar medidas imediatas de saúde pública, planejamento e avaliação de programas, assim como formulação de hipóteses de pesquisa¹⁴.

Diante do exposto, o presente trabalho objetivou avaliar o sistema de autorregulação formativa territorial que permite monitorar os encaminhamentos e as solicitações de exames, com proposta de otimizar a comunicação entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e os demais pontos de atenção, utilizado no estado do Espírito Santo no ano de 2022.

2 ARTIGO CIENTÍFICO

Artigo científico a ser enviado para publicação no periódico Revista do SUS Epidemiologia e Serviços de Saúde (RESS), qualis CAPES Interdisciplinar A3 em Saúde Coletiva. A estruturação do artigo baseou-se nas instruções aos autores preconizadas pelo periódico (ANEXO A).

2.1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, "Lei Orgânica da Saúde", como forma de concretizar o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Neste documento estabeleceu-se que as ações e serviços públicos de saúde devem seguir as diretrizes de descentralização, integralidade e participação comunitária. Ademais, devem obedecer a princípios como igualdade da assistência à saúde, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, além de acesso universal e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência^{1,2}.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) surge então como proposta de organizar e integrar o sistema de atenção à saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população brasileira com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, respeitando as diretrizes e princípios do SUS³. Assim, as RAS são sistematizadas de maneira a ofertar os serviços do SUS através de pontos de atenção à saúde organizados e que possibilitem a continuidade e a integralidade do cuidado em seus diferentes níveis, estando a atenção primária à saúde (APS) centrada e assumindo a função de ordenadora do cuidado com relação à atenção especializada (AE), formada pelos níveis secundário e terciário³⁻⁵.

O sistema organiza-se então pelos três níveis de complexidade conforme oferta tecnológica, sendo que estes devem se comunicar e articular de maneira harmoniosa⁶. A atenção primária exerce, preferencialmente, o papel de porta de entrada no sistema, com ações focadas na promoção de saúde e prevenção e proteção de doenças e agravos. Este nível funciona como um complexo modelo estruturado em atributos: essenciais, tais como atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e derivados, tais como competência cultural e orientação familiar e comunitária⁷. Já a atenção secundária é ofertada em centros de saúde, policlínicas e pequenos hospitais, englobando

atividades que requerem profissionais especializados e equipamentos de maior complexidade. E, por fim, o nível terciário, desenvolvido em grandes hospitais, que exige profissionais altamente especializados e equipamentos de alta densidade tecnológica, conseqüentemente demandando maior custo para o serviço público⁶.

Para que ocorra a coordenação do cuidado é necessário que ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção estejam integrados, além da necessidade de mecanismos e instrumentos que permitam que os profissionais planejem a assistência, definam fluxos, troquem informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciem, contrarreferenciem e monitorem pacientes com diferentes necessidades de saúde, de modo a contribuir para integralidade do cuidado⁸.

Entretanto, a literatura demonstra fragilidades comunicacionais entre profissionais da atenção primária e especializada, apontando que o entendimento sobre o papel do médico da APS é incompleto e sua prática muitas vezes é vista com desconfiança ou não compreendida por especialistas⁹⁻¹². É citada ainda a falta de comunicação entre os trabalhadores dos serviços, indicando o desconhecimento sobre os serviços da rede, a carência de educação permanente e a falta de responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado, o que resulta em grandes obstáculos no processo de assistência à saúde^{12,13}.

Diante desse cenário, em 2020 foi implantado no estado do Espírito Santo (ES) o processo de autorregulação formativa territorial (ARFT) através de um sistema eletrônico institucional que permite monitorar os encaminhamentos e as solicitações de exames e com isso agilizar, além de qualificar, a comunicação entre os profissionais que atuam na APS e os demais pontos de atenção do território capixaba¹⁴. Entretanto, deve haver também a avaliação desses sistemas que integrem e qualifiquem a comunicação entre a APS e a AE de maneira a permitir o acompanhamento do itinerário do usuário e a resolutividade de sua demanda dentro de todo o sistema de saúde⁵. Ademais, a avaliação do sistema implementado pode fornecer informações sobre a qualidade de seu funcionamento e manutenção, como também demonstrar necessidades de modificações, justificativas para o recurso investido e utilização dos resultados obtidos para utilidade pública e de gestão¹⁵.

Assim, o presente artigo teve como objetivo avaliar a oportunidade, a simplicidade, a flexibilidade, a qualidade dos dados, a aceitabilidade e a utilidade do

sistema de ARFT no Espírito Santo, no contexto das Redes de Atenção à Saúde, no ano de 2022.

2.2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo de avaliação em saúde com foco no sistema de ARFT do Espírito Santo para o ano de 2022. A avaliação do sistema de ARFT foi adaptado das diretrizes do *Centers for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos (CDC), constantes no *Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group*¹⁷.

O estado do Espírito Santo está localizado na região sudeste do Brasil, com população estimada em aproximadamente 3,8 milhões de habitantes, possuindo uma rede de serviços de saúde com hospitais, centros de saúde e postos de atendimento que visam atender às necessidades de saúde da população, em que a disponibilidade e a qualidade dos serviços podem variar entre as diferentes regiões¹⁶.

O estado é pioneiro na implantação de um sistema, como a ARFT, que qualifica a comunicação entre os profissionais que atuam na APS e os demais pontos de atenção estadual, sendo relevante a sua avaliação já nos anos iniciais de implementação.

Primeiramente o profissional solicitante deverá ser cadastrado conforme seu município e unidade de atuação. Na página inicial (Figura 1), o profissional poderá pesquisar sobre a situação de determinado paciente ou realizar as solicitações de encaminhamento e/ou exames complementares clicando no respectivo ícone (Figura 2).

Figura 1 – Página inicial do sistema utilizado para autorregulação formativa territorial.

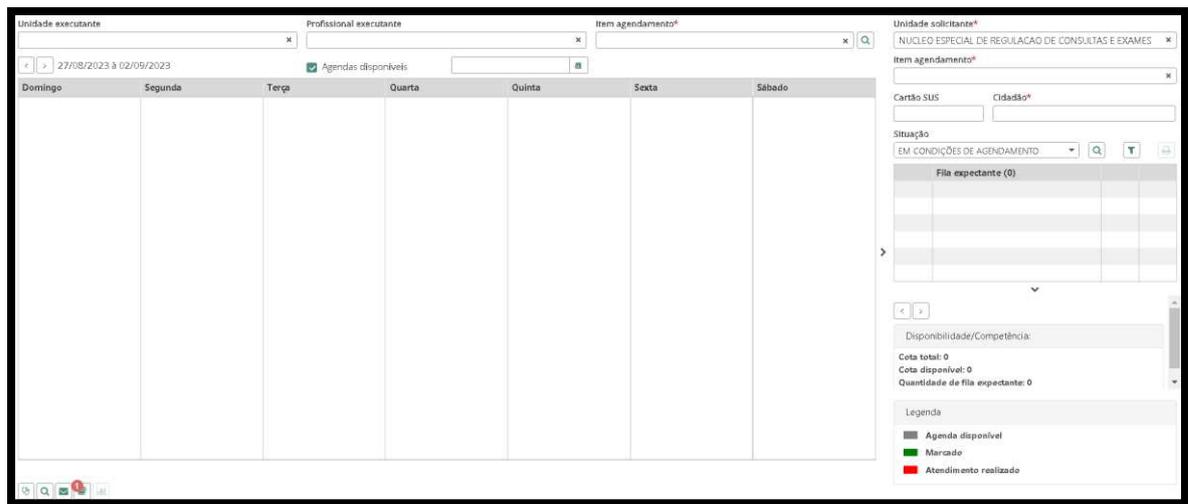
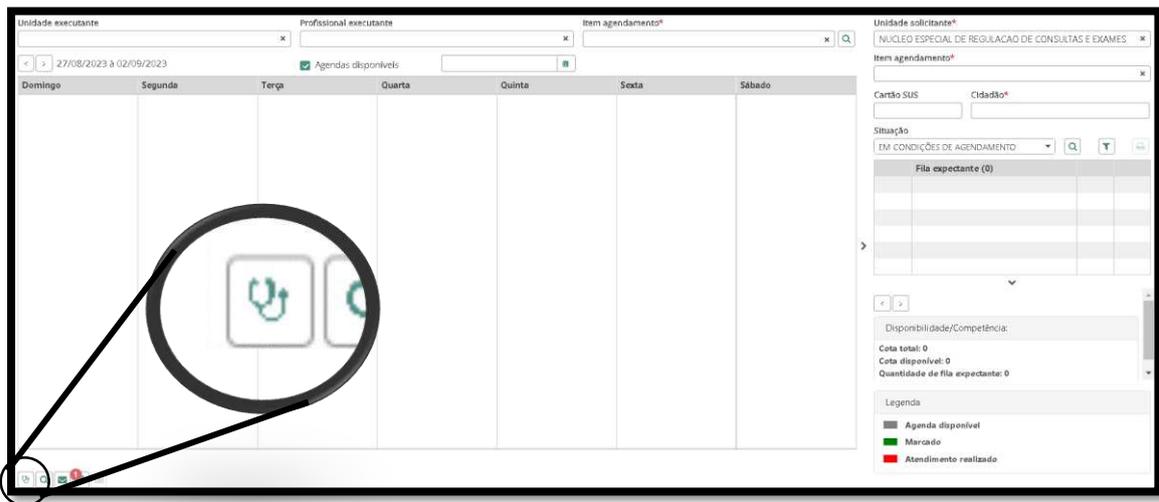


Figura 2 – Ícone para solicitação de encaminhamento e/ou exames complementares.



A solicitação é realizada ao pesquisar o indivíduo através de seu nome completo ou número do cartão SUS. Em seguida, deverá escolher o item de agendamento como ilustrado na figura 3, além de descrever a hipótese diagnóstica e selecionar a Classificação Internacional de Doenças (CID) principal. As características do preenchimento dos campos são descritas no quadro 1. Para finalizar o processo basta selecionar o ícone “salvar”.

Figura 3 – Seleção do item de agendamento.

Quadro 1 – Características do preenchimento dos campos para solicitação de encaminhamento ao especialista e/ou exame complementar no sistema.

| CAMPO | CRITÉRIO | OBSERVAÇÃO |
|----------------------|--------------------------|---|
| Cidadão | Obrigatório | Aparece uma lista suspensa com as opções conforme o solicitante descreve a informação |
| Item de agendamento | Obrigatório | Aparece uma lista suspensa com as opções conforme o solicitante descreve a informação |
| Hipótese diagnóstica | Obrigatório | Campo aberto sem limite de caracteres |
| CID principal | Obrigatório | Aparece uma lista suspensa com as opções conforme o solicitante descreve a informação, podendo ser pesquisado pelo código ou pela descrição referente ao código |
| Data solicitação | Automático e obrigatório | O sistema preenche automaticamente na data em que se realiza a solicitação |
| Unidade solicitante | Automático e obrigatório | O sistema preenche automaticamente conforme login do usuário, podendo ser alterado através de uma lista suspensa com as opções conforme o solicitante descreve a informação |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Profissional solicitante | Automático e obrigatório | O sistema preenche automaticamente conforme login do usuário, podendo ser alterado através de uma lista suspensa com as opções conforme o solicitante descreve a informação |
| Unidade executante | Opcional | Aparece uma lista suspensa com as opções conforme o solicitante descreve a informação |
| Profissional executante | Opcional | Aparece uma lista suspensa com as opções conforme o solicitante descreve a informação |
| Informação complementar | Opcional | Campo aberto sem limite de caracteres |
| CID secundário | Opcional | Aparece uma lista suspensa com as opções conforme o solicitante descreve a informação, podendo ser pesquisado pelo código ou pela descrição referente ao código |
| CID associado | Opcional | Aparece uma lista suspensa com as opções conforme o solicitante descreve a informação, podendo ser pesquisado pelo código ou pela descrição referente ao código |

Após a solicitação ser efetuada, a demanda chega aos profissionais reguladores e especialistas, também previamente cadastrados, que irão analisar e realizar ações como classificar a prioridade do caso (verde, amarelo, laranja e vermelho, sendo verde a de menor urgência e vermelho a de maior), recusar (quando há alguma pendência de informação), autorizar o agendamento da consulta/exame solicitado ou elaborar uma opinião formativa (resolvendo a situação sem necessidade de o paciente ir ao especialista). Dessa forma, a depender da ação executada, o status do indivíduo no sistema poderá ser: “autorizado”, “rejeitado”, “cancelado”, “aguardando regulação”, “opinião formativa”, “faltou”, “marcado” ou “realizado”.

O sistema foi instaurado em 2020, houve um período de transição e intensa capacitação dos profissionais de toda a RAS até meados de 2021 para que aprendessem a utilizar corretamente o sistema, por isso definiu-se como período de

estudo o ano de 2022 visando a maior consistência dos dados e a minimização de possíveis vieses.

Segundo o CDC, a avaliação dos sistemas deve incluir uma análise de atributos, tais como: simplicidade, flexibilidade, qualidade dos dados, aceitabilidade, sensibilidade, valor preditivo positivo, representatividade, oportunidade e estabilidade; assim como características relativas ao hardware e software, como por exemplo interface de usuário padrão, formato e codificação de dados padrão, verificações de qualidade apropriadas e adesão a padrões de confidencialidade e segurança^{17,26}. Assim, uma vez que não há na literatura instrumento avaliativo validado específico para o sistema da ARFT e que o mesmo foi designado como pertencente à organização da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde do Espírito Santo²⁵, é então possível utilizar os atributos das Diretrizes do CDC que melhor analisam o sistema em questão, adaptando os critérios definidos para cada atributo escolhido conforme descrito adiante.

Portanto, a avaliação do sistema de ARFT foi norteada pela análise dos atributos quantitativos e qualitativos pertinentes aos sistemas de vigilância, considerados de maior prioridade a partir das características e funcionalidade do mesmo, sendo avaliados os seguintes atributos:

- “Oportunidade”: tempo decorrente entre a “data de marcação” e a “data da agenda”, de acordo com a devolutiva de agendamento do item solicitado em até 03 (três) meses, sendo classificado de acordo com a proporção a seguir: $\geq 90\%$ (excelente), entre 70 e 89% (boa), entre 50 e 69% (regular) e se $< 50\%$ (ruim)¹⁸;
- “Simplicidade”: dados descritivos do sistema quanto à sua estrutura e à facilidade de operação, sendo classificado como simples quando de fácil visualização e seleção pelo solicitante ou complexo quando exige maior busca pelo item desejado e tempo para preenchimento. Foram considerados o número de telas que o profissional deveria acessar para concluir o processo, a visualização dos campos e itens a serem preenchidos e o acesso às

informações mais relevantes como opinião formativa, visto que não há parâmetros específicos para cada item^{17,19};

- “Flexibilidade”: capacidade do sistema em se adaptar às mudanças decorrentes das necessidades de informação ou para aprimoramento de suas condições operacionais, como novos exames, especialidades, setores e/ou unidades solicitantes, avaliado através do quantitativo de atualizações ocorridas no sistema ao longo do período estudado, sendo classificado como flexível caso o número de atualizações seja igual ou superior a 05 (cinco) ao ano, ou inflexível, se inferior²⁰;
- “Qualidade dos dados”: representado pela completude dos registros no sistema de determinados campos essenciais, sendo escolhidos os campos “data de marcação” e “data de agendamento” que refletem a qualidade da comunicação e conclusão do itinerário do usuário dentro do sistema. A avaliação ocorreu por meio do cálculo da média do percentual de completude das duas variáveis supracitadas, sendo que as demais foram desconsideradas por serem de preenchimento obrigatório, e por fim utilizados os parâmetros do Sinan para classificação da completude: $\geq 90\%$ para excelente, entre 70,0 e 89% para regular e $< 70\%$ para ruim²¹;
- “Aceitabilidade”: adesão ao sistema pelos profissionais através do tempo da devolutiva de aceitação do item solicitado em até 72 horas, conforme proposto pela plataforma, sendo analisado “data da solicitação” e “data de marcação” e considerado como: excelente se $\geq 80\%$, regular se entre 50 e 79% e ruim se $< 50\%$ ^{14,22};
- “Utilidade”: conforme sua contribuição para dados eficazes em Saúde Pública no estado capixaba a partir do fornecimento de informações pelo sistema, sendo considerado útil se documentos como normas técnicas, legislação e publicações oficiais da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo referenciam o sistema como fonte de dados, apontando sua relevância para indicadores e medidas de controle e monitoramento¹⁷.

Foi utilizada a base de dados estadual na versão não nominal de planilha Microsoft Excel® 2016, disponibilizada pela Coordenação do Projeto de Regulação Formativa da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do ES²³, contendo informações das solicitações de exames complementares e encaminhamentos de pacientes para especialistas e outros serviços de saúde da RAS capixaba.

Para este estudo foram coletadas as seguintes variáveis: (1) número de encaminhamentos e solicitações de exames complementares; (2) unidades solicitantes por município; (3) data da solicitação do encaminhamento e solicitação de exame; (4) item de agendamento; (5) data de marcação (quando o regulador recebe a solicitação e realiza o agendamento) e agendamento (data para a consulta com o especialista ou realização do exame); e (6) situação da solicitação. Os dados nominais dos pacientes ou profissionais foram omitidos antes do envio da planilha aos pesquisadores. Para análise dos dados, foi utilizado o software Microsoft Excel® 2016.

A base de dados incluía 869 unidades solicitantes de todos os níveis de atenção à saúde do ES cadastradas no sistema, cujos dados foram registrados por profissionais da saúde para solicitação do item de agendamento no período de 01 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022.

Na tentativa de minimizar os vieses, considerando as diferentes particularidades de tipo de solicitação e tempo entre os diversos locais dos níveis primário, secundário e terciário, considerou-se apenas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) da APS. Assim, foram excluídos do estudo: ambulatórios/centros de especialidade, policlínicas, hospitais, hemocentros, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), associações, superintendências regionais de saúde, unidades indígenas, unidades rurais, unidades sanitárias, centros prisionais, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultório na Rua, entre outros. Além disso, das 630 unidades restantes, também foram excluídas as que continham solicitações apenas a partir de junho de 2022, na tentativa de se evitar selecionar unidades recém inseridas no sistema e, portanto, que pudessem enviesar o estudo por dificuldades/falhas de inserção de informações, sendo identificadas 09 (nove) unidades.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, parecer 5.790.299 conforme Resolução N°466/2012 e a Norma Operacional nº 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

2.3 RESULTADOS

O sistema de ARFT encontrava-se implantado em todos os 78 municípios do estado do ES, sendo que pelo menos uma unidade de cada município realizou alguma solicitação de item de agendamento no ano de 2022. A avaliação se deu a partir dos dados de solicitação de 621 UBS e ESF.

Durante o período estudado, como resultado da avaliação dos atributos, obteve-se que o sistema é oportuno, sendo considerado como excelente (97,6%), apresentando uma mediana de 13 dias entre a data de marcação e a data de agendamento, com amplitude de 256 dias.

Quanto à simplicidade do uso do sistema foi considerado de operacionalização simples, pois logo na página inicial (Figura 1) já é possível ao profissional pesquisar sobre o paciente, acompanhando seu itinerário e status quanto ao agendamento/realização de consulta com especialista e/ou exame complementar. Além disso, na página de solicitação (Figura 3), é de fácil visualização dos principais campos de preenchimento: cidadão, podendo ser pesquisado pelo cartão SUS ou por seu nome; item de agendamento e CID principal, com auxílio de lista suspensa para selecionar conforme o solicitante descreve o desejado, o que acelera o tempo de preenchimento; unidade solicitante e profissional solicitante já aparecem preenchidos automaticamente, podendo ser editados caso necessário; e hipótese diagnóstica sem limite de caracteres, resultando em liberdade para o profissional descrever o quadro clínico, exame físico e resultado de exames complementares anteriores conforme necessidade. Assim, o sistema consegue agrupar as principais informações necessárias em uma única tela, requerendo apenas 01 (um) passo para os principais campos exigidos. Outrossim, ao se pesquisar sobre determinado paciente é possível visualizar a descrição da consulta com o especialista, resultado do exame solicitado e, principalmente, a opinião formativa quando elaborada.

O sistema foi considerado flexível, pois durante o ano de 2022 foram efetuadas 10 (dez) atualizações. Isso permitiu com que o sistema se adequasse a novas necessidades do serviço e do profissional que o utiliza como a incorporação do campo de classificação de prioridade da solicitação, ampliação de setores vinculados ao sistema, inserção de novos exames complementares e especialidades, assim como facilidades operacionais para acesso às informações pelo profissional.

Quanto à completude das variáveis estudadas constatou-se que para “data de marcação” 65,0% das solicitações tiveram este campo preenchido e para “data de agendamento” apenas 62,6%. Portanto, a qualidade dos dados do sistema foi classificada como ruim, apresentando uma média de 63,8% entre ambas variáveis. Apenas foram analisadas essas duas variáveis visto a relevância em responder à solicitação do item de agendamento no intuito de concluir essa etapa do itinerário do

usuário no sistema de saúde. Ressalta-se ainda que as demais variáveis analisadas eram de preenchimento obrigatório.

Em relação ao atributo “aceitabilidade” apenas 18,8% das devolutivas de aceitação do item solicitado ocorreram em até 72 horas, sendo classificada como ruim. A mediana foi de 24 dias e amplitude de 387 dias.

Por fim, como foram elaboradas 05 (cinco) Notas Técnicas a nível estadual pela SESA capixaba devido a implementação do sistema, o mesmo é considerado como útil. Os documentos adequam fluxos e documentações estruturantes do processo da ARFT, visando melhorias no acesso do cidadão aos serviços ofertados, bem como no monitoramento e faturamento da produção ambulatorial dos prestadores de serviço da rede própria e contratualizada do SUS capixaba²⁴.

2.4 DISCUSSÃO

A autorregulação formativa territorial foi instituída em junho de 2020 no ES como um sistema que possibilita a comunicação e interação entre os profissionais de diferentes níveis da atenção à saúde e facilita o acesso do cidadão às consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais. Com isso, conseqüentemente, fica propício o aumento da resolutividade do SUS no estado através da redução do tempo de espera e oferta de um atendimento mais qualificado e integral aos seus usuários¹⁴.

A ARFT foi fortalecida pela Portaria Nº 102-R, de 20 de maio de 2021, que dispõe em seu art. 4º, inciso I, como pertencente à organização da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde do Espírito Santo:

Autorregulação formativa territorial - forma de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre atenção básica e especializada, em uma rede de petição e compromisso matricial e territorial com técnicos de referência e serviços de referência designados, que organizam e definem uma cadeia do cuidado implicando o âmbito da atenção primária, cuidados especializados e hospitalares²⁵.

Quando analisada a coordenação da informação e da gestão clínica entre a APS e AE na vivência de médicos, é possível identificar limitada articulação do cuidado na RAS, sem troca de informações sobre diagnóstico, tratamento e exames¹².

A contribuição do sistema ARFT é direcionada tanto para os profissionais quanto para o usuário, pois permite agilidade e fortalecimento da coordenação do cuidado mediante o diálogo contínuo e aproximação entre os profissionais e setores da RAS estadual, com a utilização de um mesmo sistema de informação e compartilhamento de dados tais como sintomas, resultados de exames e medicações prescritas. Com isso, é possível evitar deslocamentos desnecessários do indivíduo e, caso seja imprescindível sua ida ao especialista ou serviço de saúde, o agendamento é realizado no próprio sistema, o que resulta em robusta estratégia para a manutenção da longitudinalidade, com acompanhamento do itinerário do paciente e adequado manejo clínico em conjunto do usuário¹⁴.

O sistema eletrônico é preenchido de forma online, exigindo internet para seu acesso e utilização. É operacionalizado pela SESA do Espírito Santo em parceria com outras instituições. Os dados são alimentados por gestores e profissionais dos diferentes setores do SUS, cadastrados e vinculados conforme local de atuação, tendo acesso consonante à sua respectiva função. Dessarte, a ARFT passa a favorecer também gestores de saúde ao proporcionar a análise das maiores necessidades e barreiras do usuário ao serviço, como levantamento de dados como tempo de marcação e agendamento de consultas e exames complementares, especialidades mais requisitadas, demandas represadas, necessidade de qualificação de profissionais, entre diversas outras informações que influenciem em decisões de ações em saúde. Somado a isso, tem-se que o sistema de ARFT apresenta uma excelente capilaridade territorial, englobando 100% dos municípios capixabas.

É mister ressaltar que se trata de uma primeira avaliação do sistema de ARFT e que os resultados auxiliam no diagnóstico inicial e planejamento de melhorias, todavia é imprescindível que sua aplicação seja contínua e comparativa, fortalecendo o desenvolvimento de sistemas eficazes de informação em saúde pública^{17,26}.

Os atributos selecionados para avaliação neste estudo foram considerados de maior prioridade a partir das características e funcionalidade do sistema de ARFT. Assim, apresentar-se com excelente oportunidade sugere-se um rápido agendamento das consultas com especialistas ou exames complementares ou procedimentos, amenizando o tempo de espera do paciente. Todavia, quando se observa o tempo entre a solicitação e a marcação do item solicitado, tem-se uma baixa aceitabilidade, ou seja, grande demora de intervalo (mediana de 24 dias), o que acarretaria no

prolongamento do tempo do usuário no itinerário para a resolutividade do seu problema de saúde. Este obstáculo pode ser reflexo do superávit de oferta e demanda reprimida na atenção especializada, visto que o acesso à tal assistência é regulado via centrais de marcação de consultas²⁷ em um contexto multifatorial quanto à solicitação de exames complementares e encaminhamentos²⁸.

O problema da lista de espera não é exclusivo do Brasil, outros países também buscam estratégias para enfrentá-lo, tais como transferir para a APS ações do nível especializado ou hospitalar, interconsultas com especialistas consultores, capacitações, uso de protocolos com critérios clínicos¹¹, grandes aumentos de financiamento, além de metas de tempo de espera e sistema de gerenciamento de desempenho²⁹. Assim, experiências e parâmetros de outras populações, sistemas de saúde e/ou sistemas eletrônicos podem servir como fonte inspiradora para a melhoria da qualidade da atenção à saúde estadual e nacional.

Também é percebido muitos campos de data de marcação e agendamento sem preenchimento, demonstrando baixa qualidade dos dados. Vale ressaltar que o sistema notifica o status do usuário e que 10,2% dos usuários faltou ao agendamento proposto. Um estudo realizado em 20 municípios da Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo analisou o absenteísmo em relação ao tempo de espera por consultas e exames especializados, apontando como fatores que podem influenciar o tempo de espera e o porte municipal³⁰.

O fato do sistema ser simples pode contribuir na adesão pelos profissionais. Assim, quanto mais fácil a visualização dos campos e menos passos exigidos para se concluir o processo, maior a utilização pelo sistema. Somado às características de ser flexível e útil, só realça seu fator de adaptação às necessidades e eleva ainda mais seu potencial diante do serviço à saúde.

O presente estudo apresentou algumas limitações, como dados com erro de digitação e inconsistências. Na tentativa de minimizá-las, algumas estratégias foram efetuadas como a exclusão desses dados incorretos para diminuir equívocos durante a análise.

Em resumo, o sistema de ARFT se apresentou no ano de 2022 como oportuno, simples, flexível e útil, todavia exige melhorias quanto à qualidade dos dados e aceitabilidade. Os dados obtidos a partir de um sistema adequadamente avaliado, que agilize e qualifique a comunicação intersetorial e o acesso do usuário aos serviços ofertados pela RAS, podem ser utilizados para ações imediatas e

políticas de saúde pública, com estratégias bem definidas de priorização da alocação de recursos financeiros. Exemplo disso são as análises de especialidades, exames e procedimentos mais urgentes/requisitados, podendo-se definir tempos máximos de espera de acordo com a especificidade, além do monitoramento/fiscalização do desempenho^{11,12,29}.

Destaca-se ainda a importância de mais pesquisas, políticas e ações na área da comunicação intersetorial no sistema de saúde brasileiro, além do fomento à implantação/qualificação de sistemas eletrônicos e, principalmente, à realização de constante avaliação dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União. 1990.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1988.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.
4. Caetano G. Repensando a saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Michael E. Porter e Elizabeth Olmsted Teisberg. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007. Revista Organizações em Contexto. 1o de janeiro de 2007;3(6):236–8.
5. Oliveira NR de C, Santos HF de AC, Garcia PT, Oliveira AEF de, Castro Júnior EF de, et al. Universidade Federal do Maranhão – UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2444>
6. Bleicher L, Bleicher T. Saúde para todos, já! [Internet]. 3o ed. EDUFBA; 2016. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/x8xnt>
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.
8. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PFD, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. Ciênc saúde coletiva. junho de 2017;22(6):1845–56.
9. Almeida HBD, Vanderlei LCDM, Mendes MFD, Frias PGD. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. Cad Saúde Pública. 2021;37(2):e00022020.
10. Macedo LMD, Martin STF. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. Interface (Botucatu). dezembro de 2014;18(51):647–60.
11. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno?

- Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2011 [citado 2015 fev 10]; 16(6):2783-2794. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/17.pdf>>.
12. Mendes L dos S, Almeida PF de, Santos AM dos, Samico IC, Porto JP, Vázquez M-L. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(5):e00149520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>
 13. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RMD, Noal HC, Perrando MDS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm* [Internet]. 28 de março de 2016;21(1). Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350>
 14. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi. Autorregulação formativa territorial (ARFT). 2023. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/autorregulacao-formativa-territorial-arft>
 15. Barbosa JR, Barrado JCDS, Zara ALDSA, Siqueira JB. Avaliação da qualidade dos dados, valor preditivo positivo, oportunidade e representatividade do sistema de vigilância epidemiológica da dengue no Brasil, 2005 a 2009. *Epidemiol Serv Saúde.* março de 2015;24(1):49–58.
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Espírito Santo 2022. Rio de Janeiro, 2022.
 17. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. *MMWR Recomm Rep.* 2001 jul;50(RR-13):1-35. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>
 18. Paterson W, Barkun A, Hopman W, Leddin D, Pará P, Petrunia D, et al. Wait times for gastroenterology consultation in Canada: The patients' perspective. *Can J Gastroenterol.* janeiro de 2010;24(1):28–32.
 19. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.). *Tratado de Saúde Coletiva São Paulo: Hucitec, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).* 2006.
 20. Paula FJ de, Matta ASD da, Jesus R de, Guimarães RP, Souza LR de O, Brant JL. Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL: Avaliação de uma ferramenta para a vigilância sentinela de síndrome gripal, Brasil, 2011-2012*. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017Apr;26(2):339–48. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200011>
 21. Glatt R. Análise da qualidade da base de dados de AIDS do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). Quality analysis of the AIDS daase in the notification information systems (SINAN) [Internet]. 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5093>.
 22. Silva AA da, Teixeira AM da S, Domingues CMAS, Braz RM, Cabral CM. Avaliação do Sistema de Vigilância do Programa Nacional de Imunizações - Módulo Registro do Vacinado, Brasil, 2017. *Epidemiol*

- Serv Saúde. 26 de março de 2021;30:e2019596.
23. Pirola PRV. Coordenação do Projeto de Regulação Formativa. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA. 2023.
 24. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA. Publicações Regulação Ambulatorial. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/publicacoes-regulacao-ambulatorial>. Acesso em: ago. 2023.
 25. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA. Portaria Nº 102-R, de 20 de maio de 2021. Secretário de Estado da Saúde Nésio Fernandes de Medeiros Junior. Protocolo 671806.
 26. Yasnoff WA, O’Carroll PW, Koo D, Linkins RW, Kilbourne EM. Public health informatics: improving and transforming public health in the information age. *J Public Health Manag Pract*. novembro de 2000;6(6):67–75.
 27. Sousa F de OS, Medeiros KR de, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC de. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2014Apr;19(4):1283–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>
 28. Figueiredo MFS, Borém LMA, Vieira MRM, Leite MT de S, Rodrigues JF. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate [Internet]*. 2017Jul;41(114):729–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711405>
 29. Willcox S, Seddon M, Dunn S, Edwards RT, Pearse J, Tu JV. Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies. *Health Aff (Millwood)* 2007; 26(4):1078-1087.
 30. Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Santos Neto ET dos. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate [online]*. v. 43, n. spe5. 2019:190-204. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>>. ISSN 2358-2898.

3 CONCLUSÃO

Os sistemas de informações em saúde são instrumentos essenciais para fornecer dados que subsidiam o planejamento e as tomadas de decisão de um território. Assim, é imprescindível a avaliação do sistema para garantir a manutenção da qualidade da informação obtida e consequente elaboração de diretrizes e estratégias que qualifiquem a saúde pública, através da identificação das potencialidades e fragilidades para implementar constantemente melhorias.

A comunicação intersetorial no sistema de saúde brasileiro é carente de pesquisas, cuja efetividade pode impactar não somente na diminuição de gastos públicos como também no fortalecimento da coordenação do cuidado e manutenção da longitudinalidade e integralidade. Por isso a escolha em se avaliar o sistema de autorregulação formativa territorial implementado no estado do Espírito Santo.

O sistema em questão se apresentou como oportuno, simples, flexível e útil, contudo o estudo apontou a necessidade de melhorias quanto à qualidade dos dados e aceitabilidade. Ações e estratégias foram sugeridas para melhoria do sistema, além de salientar a relevância de mais pesquisas, políticas e ações na área da comunicação intersetorial no sistema de saúde brasileiro.

Vale destacar ainda o estímulo pela implementação de tecnologias de informática em saúde que auxiliem no fornecimento de dados com qualidade, além da realização de constante avaliação dos sistemas empregados.

Portanto, o presente estudo avalia e instiga o aprimoramento de um sistema que qualifica e agiliza tanto a comunicação entre os profissionais que atuam na APS e os demais pontos de atenção quanto o acesso do usuário aos serviços ofertados pela RAS. De maneira a propiciar a elaboração de estratégias de saúde pública com foco na coordenação do cuidado, manutenção da longitudinalidade e continuidade da integralidade, reverenciando o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União. 1990.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 1988.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.
4. Bleicher L, Bleicher T. Saúde para todos, já! [Internet]. 3o ed. EDUFBA; 2016. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/x8xnt>
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.
6. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PFD, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. Ciênc saúde coletiva. junho de 2017;22(6):1845–56.
7. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde [Internet]. Saúde em Debate. 2018;42 244-260.
8. Almeida HBD, Vanderlei LCDM, Mendes MFDM, Frias PGD. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. Cad Saúde Pública. 2021;37(2):e00022020.
9. Mendes L dos S, Almeida PF de, Santos AM dos, Samico IC, Porto JP, Vázquez M-L. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. Cad Saúde Pública [Internet]. 2021;37(5):e00149520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>
10. Shortliffe EH, Blois MS. The computer meets medicine and biology: emergence of a discipline. In: Biomedical Informatics. Springer, New York, NY, 2006. p. 3-45.
11. Abugabah A. Evaluation of healthcare enterprise information systems: A structural equation model. In: Information and Digital Technologies (IDT), 2017 International Conference on. IEEE, 2017. p. 1-4.
12. Cintho LM, Machado RR, Moro CMC. Métodos para avaliação de sistema de informação em Saúde. Journal of Health Informatics, v. 8, n. 2, 2016.
13. Andargoli AE, Scheepers H, Rajendran D, Sohal A. Health information systems evaluation frameworks: A systematic review. International journal of medical informatics, v. 97, p. 195-209, 2017.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR Recomm Rep. 2001 jul;50(RR-13):1-35.

ANEXO A – Instruções aos autores para submissão de manuscritos

Modalidades dos manuscritos

O Núcleo Editorial da RESS acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

1. Artigo original – produto inédito de pesquisa inserido em uma, ou mais, das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da saúde pública.
2. Artigo de revisão
 - a. Sistemática – produto da aplicação de estratégias para a redução de vieses na seleção, avaliação crítica e síntese de resultados de diferentes estudos primários, com o objetivo de responder a uma pergunta específica; pode apresentar procedimento de síntese quantitativa dos resultados, no formato de metanálise; é desejável a indicação do registro do protocolo da revisão na base de registros PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews).
 - b. Narrativa – produto da análise crítica de material publicado, com discussão aprofundada sobre tema relevante para a saúde pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista, a convite dos editores.
3. Nota de pesquisa – relato conciso de resultados finais ou parciais (nota prévia) de pesquisa original.
4. Relato de experiência – descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a saúde pública; deve ser elaborado a convite dos editores.
5. Artigo de opinião – comentário sucinto sobre temas específicos para promover o debate no âmbito da epidemiologia e/ou vigilância em saúde, a partir de evidências científicas e expressando a opinião qualificada dos autores; deve ser elaborado por especialista, a convite dos editores.
6. Debate – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá comentários e/ou críticas, por meio de réplicas, assinadas por especialistas, também convidados.

7. Investigação de eventos de interesse da saúde pública – produto inédito de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a saúde pública.
8. Perfil de bases de dados nacionais de saúde – descrição de bases brasileiras de interesse para a epidemiologia, a vigilância, a prevenção e o controle de doenças, feita a convite dos editores.
9. Cartas – comentários e/ou críticas breves, vinculados a artigo publicado na última edição da revista, que poderão ser publicadas por decisão dos editores e acompanhadas por carta de resposta dos autores do artigo comentado.

As características das modalidades acolhidas estão sumarizadas no quadro abaixo.

Quadro: Características das modalidades dos manuscritos.

| Modalidade | Número de palavras | Número de tabelas e figuras | Número de referências | Resumos (150 palavras) | Quadro de contribuições do estudo |
|---|--|-----------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Artigo original | 3.500 | Até 5 | Até 30 | Sim | Sim |
| Artigo de revisão sistemática | 3.500 | Até 5 | Sem limitação | Sim | Sim |
| Artigo de revisão narrativa | 3.500 | Até 5 | Sem limitação | Sim | Sim |
| Nota de pesquisa | 1.500 | Até 3 | Até 30 | Sim | Sim |
| | 2.500 | | | | |
| Relato de experiência | | Até 4 | Até 30 | Sim | Sim |
| Artigo de opinião | 1.500 | Até 2 | Até 30 | Não | Não |
| Debate | 3.500 (1.500 cada réplica ou tréplica) | | Até 30 | Não | Não |
| Investigação de eventos de interesse da saúde pública | 2.500 | Até 4 | Até 30 | Sim | Sim |
| Perfil de bases de dados nacionais de saúde | 3.500 | Até 7 | Até 30 | Não | Sim |
| Cartas | 400 | Até 5 | Até 5 | Não | Não |

A critério dos editores, podem ser publicados outros formatos de artigos, a exemplo de ferramentas para a gestão da vigilância em saúde (limite: 3.500 palavras), aplicações da epidemiologia (limite: 3.500 palavras), entrevista com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras), resenha de obra contemporânea (limite: 800 palavras), artigos de séries temáticas e notas editoriais.

Estrutura dos manuscritos

Na elaboração dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelas Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE (versão em inglês e versão em português).

A estrutura do manuscrito deve estar em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento.

A relação completa dos guias encontra-se no website da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research). A seguir, são relacionados os principais guias pertinentes ao escopo da RESS.

- Estudos observacionais: STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)
- Revisões sistemáticas: PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), versões em inglês e português
- Estimativas em saúde: GATHER (Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting) versões em inglês e português
- Estudos de bases secundárias: RECORD (Conducted using Observational Routinely-collected health Data)
- Relato de sexo e gênero: SAGER (Sex and Gender Equity in Research), versões em inglês e português

Somente serão aceitos manuscritos que estiverem de acordo com o modelo disponível no Modelo de Submissão. Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa, com formatação em espaço duplo, fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format), DOC ou DOCX (documento do Word). Não são aceitas notas de rodapé no texto. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- modalidade do manuscrito;
- título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- título resumido em português;

- nome completo, ORCID (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail de cada um dos autores;
- instituição de afiliação (até dois níveis hierárquicos; cidade, estado, país), enumerada abaixo da lista de autores com algarismos sobrescritos; incluir somente uma instituição por autor;
- correspondência com nome do autor, logradouro, número, cidade, estado, país, CEP e e-mail;
- paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho, ano de defesa e instituição;
- financiamento, ou suporte, com a declaração de todas as fontes, institucionais ou privadas, que contribuíram para a realização do estudo; citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo-se cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade e da folha de rosto do artigo.

Resumo/Abstract/Resumen

Deverá ser redigido em parágrafo único, nos idiomas português, inglês e espanhol, com até 150 palavras, e estruturado com as seguintes seções: objetivo, métodos, resultados e conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o formato estruturado é opcional.

Palavras-chave/Keywords/Palabras clave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, umas delas relacionada ao delineamento do estudo, a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (disponível em: <http://decs.bvs.br>) e apresentadas nos idiomas português, inglês e espanhol.

Contribuições do estudo

Os autores devem informar as principais contribuições do estudo que serão apresentadas em destaque no manuscrito diagramado, em caso de publicação. Devem ser incluídos os seguintes tópicos, com até 250 caracteres com espaço para cada tópico:

- Principais resultados: descrever, de forma sucinta, a resposta ao objetivo do estudo;
- Implicações para os serviços: discutir como os achados do estudo podem repercutir nos serviços e/ou ser apropriados por eles;
- Perspectivas: apresentar um "olhar para o futuro" e refletir sobre quais seriam os próximos passos para a área/tema estudado e/ou o que seria necessário para a implementação dos achados.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, obrigatoriamente, as seguintes seções, nesta ordem: introdução, métodos, resultados, discussão, contribuição dos autores e referências. Tabelas, quadros e figuras deverão ser referidos nos "resultados" e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável). O conteúdo das seções deverá contemplar os seguintes aspectos:

- Introdução: apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem;
- Métodos: descrever o delineamento do estudo, a população estudada, os métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem e os procedimentos de coleta dos dados ou fonte, local e data de acesso aos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, contemplar as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos);

- Resultados: apresentar a síntese dos resultados encontrados; é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas ;
- Discussão: apresentar síntese dos principais resultados, sem repetir valores numéricos, suas implicações e limitações; confrontar os resultados com outras publicações relevantes para o tema; no último parágrafo da seção, incluir as conclusões a partir dos resultados da pesquisa e implicações destes para os serviços ou políticas de saúde;
- Contribuição dos autores: incluir parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores, de acordo com as recomendações do ICMJE;
- Agradecimentos: quando houver, devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável; nomeiam-se as pessoas que colaboraram com o estudo e preencheram os critérios de autoria; os autores são responsáveis pela obtenção da autorização, por escrito, das pessoas nomeadas, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo; agradecimentos impessoais – por exemplo, “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho” – devem ser evitados;
- Referências: o formato deverá seguir as Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE e do Manual de citações e referências na área da medicina da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, com adaptações definidas pelos editores.

No texto, utilizar o sistema numérico, segundo a ordem de citação no texto, com os números grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação (e a pontuação, quando presente), separados entre si por vírgulas; se números sequenciais, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16).

Para referência com mais de seis autores, listar os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.” para os demais.

Títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada, de acordo com o estilo usado no Index Medicus ou no Portal de Revistas Científicas de Saúde;

Títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso.

Sempre que possível, incluir o DOI (Digital Object Identifier) do documento citado.

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. O Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde ou o Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.) podem ser consultados.

Submissão de manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos à RESS por meio do Sistema SciELO de Publicação. Antes da submissão, no entanto, os autores devem preparar os seguintes documentos:

1. Declaração de responsabilidade, assinada por todos os autores, digitalizada em formato PDF;
2. Formulário de conformidade com a ciência aberta;
3. Folha de rosto e texto do manuscrito, de acordo com o Template de Submissão.

Taxa de processamento

A RESS não efetua cobrança de taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

Processo de avaliação dos manuscritos

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista.

Uma análise preliminar verificará aspectos editoriais e técnicos, que incluem o potencial para publicação, o interesse para os leitores da revista e o atendimento aos requisitos éticos, não se limitando a esses elementos. Trabalhos que não atenderem a esses aspectos serão recusados; por sua vez, os manuscritos

considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial, composto pelas etapas especificadas a seguir.

1. Revisão técnica: realizada pelo editor associado e/ou assistente, consiste da revisão de aspectos de forma e redação científica, com o objetivo de garantir que o manuscrito atenda a todos os itens das Instruções aos autores e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares. Nesta etapa também é analisado o relatório do sistema de detecção de plágio do sistema iThenticate.
2. Revisão externa por pares: realizada por pelo menos dois revisores externos ao corpo editorial da RESS (revisores ad hoc), que apresentem sólido conhecimento na área temática do manuscrito, que devem avaliar o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. As modalidades submetidas a revisão externa por pares são: “artigo original”, “nota de pesquisa”, “artigo de revisão”, “relato de experiência”, “investigação de eventos de interesse da saúde pública” e “perfil de bases de dados nacionais de saúde”. A RESS adota o modelo de revisão por pares duplo-cego, no qual os revisores ad hoc não conhecem a identidade dos autores e não são identificados na revisão enviada aos autores. Para manuscritos previamente publicados em servidores de preprints, a RESS entende que não é possível garantir o anonimato dos autores, sendo garantido apenas o dos revisores envolvidos no processo. Os revisores ad hoc devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo COPE.
3. Revisão pelo Núcleo Editorial: após a emissão dos pareceres dos revisores ad hoc, o editor associado, científico e/ou chefe também avalia o manuscrito e, quando pertinente, indica aspectos passíveis de aprimoramento na sua apresentação e para observação dos padrões de apresentação da RESS. Posteriormente, com a reformulação realizada pelos autores, o manuscrito é avaliado quanto ao atendimento às modificações recomendadas ou em relação às justificativas apresentadas para não se fazerem as alterações.
4. Revisão final pelo Comitê Editorial: após o manuscrito ser considerado pré-aprovado para publicação pelo Núcleo Editorial, é avaliado por um membro do Comitê Editorial com conhecimento na área temática do estudo. Nessa etapa, o manuscrito pode ser considerado aprovado e pronto para publicação,

aprovado para publicação com necessidade de ajustes ou não aprovado para publicação.

As revisões das etapas do processo editorial serão enviadas aos autores, pelo sistema de submissões, com prazo definido para reformulação. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de e-mail informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito. Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda se identificar a necessidade de ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo, sendo os autores informados a respeito. Importante destacar que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

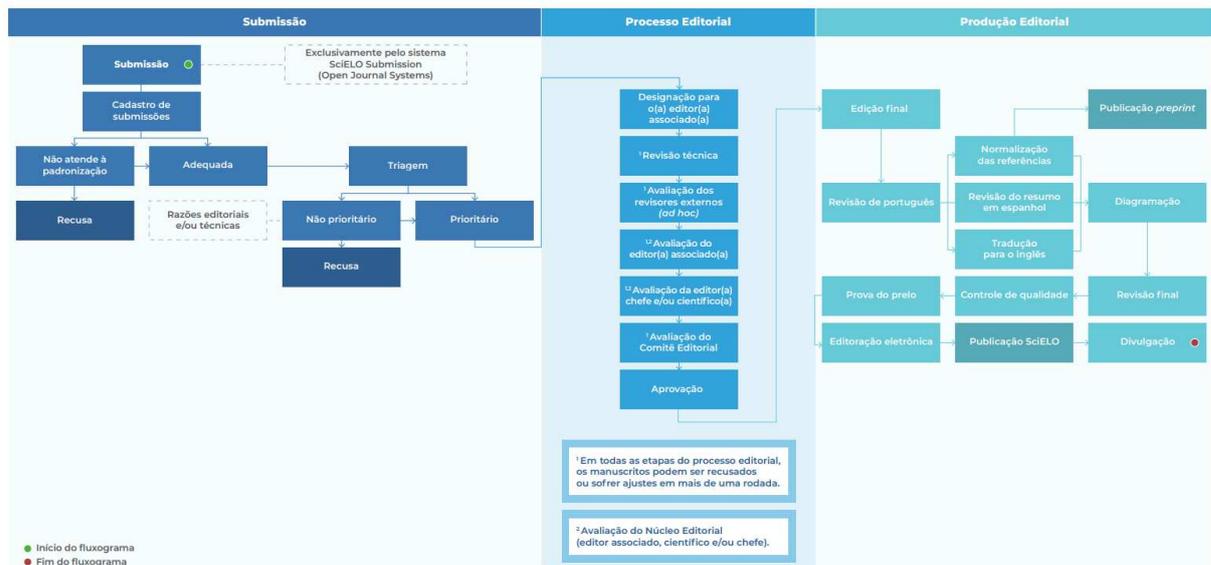
No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores ad hoc, especialistas no assunto do manuscrito, e até três revisores especialistas aos quais não gostariam que seu manuscrito fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos autores.

Após a aprovação, o manuscrito segue para a produção editorial, constituída das seguintes etapas:

1. Edição final;
2. Revisão do português;
3. Normalização das referências bibliográficas;
4. Tradução do texto completo do manuscrito para o inglês e revisões do abstract em inglês e do resumen em espanhol;
5. Diagramação do texto, tabelas e figuras;
6. Revisão final;
7. Controle de qualidade;
8. Prova do prelo, encaminhada ao autor principal por e-mail, em formato PDF, para a sua aprovação final para publicação do manuscrito; e
9. Editoração e publicação eletrônica.

Fluxograma de processamento dos manuscritos

[Clique aqui para visualizar o fluxograma completo.](#)



Outras informações

Os autores poderão entrar em contato com a Secretaria da RESS, por meio do endereço eletrônico ress.svs@gmail.com ou revista.svs@saude.gov.br em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, ou necessidade de informação sobre o andamento do manuscrito, de forma a evitar hiatos temporais no processo editorial.

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVSA/MS

Epidemiologia e Serviços de Saúde

SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO 700 - 7º andar, Asa Norte, Brasília, DF, Brasil. CEP: 70.719-040

Telefones: (61) 3315-3464 / 3315-3714

E-mail: ress.svs@gmail.com ou revista.svs@saude.gov.br

Versão atualizada em janeiro de 2022.

Responsabilidade da autoria

Os autores necessitam declarar ser responsáveis pela veracidade e pelo ineditismo do trabalho, por meio da assinatura da Declaração de Responsabilidade.

ANEXO B – Protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do sistema de autorregulação formativa territorial no contexto das redes de atenção à saúde no estado do Espírito Santo

Pesquisador: SILVIO JOSE SANTANA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65187022.8.0000.5147

Instituição Proponente: Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.790.299

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

Conforme o projeto submetido, "Em 2020 foi implantado no estado do Espírito Santo o processo de Autorregulação Formativa Territorial, através de um sistema eletrônico institucional que permite monitorar os encaminhamentos e as solicitações de exames, com proposta de otimizar a comunicação entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e os demais pontos de atenção do território capixaba. Desse modo, o objetivo do presente estudo consiste em avaliar, conforme seus atributos, o sistema de Autorregulação Formativa Territorial utilizado no estado do Espírito Santo no contexto das Redes de Atenção à Saúde no ano de 2022. Trata-se de um estudo de avaliação sistematizado a partir das Diretrizes Atualizadas para Avaliação de Sistemas de Vigilância em Saúde Pública do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos, considerando os atributos "oportunidade", "simplicidade", "flexibilidade", "qualidade dos dados", "aceitabilidade" e "utilidade"."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar o sistema de Autorregulação Formativa Territorial utilizado no estado do Espírito Santo no contexto das Redes de Atenção à Saúde, no ano de 2022.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.790.299

Objetivo Secundário: i. Proceder à análise dos atributos: oportunidade, simplicidade, flexibilidade, qualidade dos dados, aceitabilidade e utilidade; ii. Sugerir melhorias quanto à qualidade, eficiência e utilidade ao sistema."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: A execução desse estudo oferece riscos mínimos. No entanto, o pesquisador principal terá acesso as informações relativas aos pacientes e às condutas dos médicos. Isso ocorre devido a operacionalização do sistema para transferência dos dados em formato de planilha em excel. Tais dados e informações não serão utilizados nesta pesquisa. Os pesquisadores comprometem-se a manter rigorosamente o sigilo durante e após a conclusão do estudo. Visando minimizar quaisquer possibilidades de extravio dos dados nominais, apenas o pesquisador principal terá acesso a planilha original a partir da qual criará arquivo não nominal para a análise dos atributos acima mencionados. Salienta-se ainda que os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e conforme acordado no Termo de Confidencialidade e Sigilo. O presente estudo respeitará as recomendações do International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies e as exigências éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa terá início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Benefícios: Os resultados obtidos desse estudo possibilitarão o desenvolvimento de melhorias de um sistema que qualifique e agilize tanto a comunicação entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e os demais pontos de atenção quanto o acesso do usuário aos serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde. Com isso, contribui-se para o fortalecimento da coordenação do cuidado, manutenção da longitudinalidade e integralidade, além de auxiliar na elaboração de estratégias de saúde pública."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.790.299

letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE DISPENSA DO TCLE de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 30/06/2023

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2041645.pdf | 16/11/2022 15:15:35 | | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto_atualizada.pdf | 16/11/2022 15:14:35 | SILVIO JOSE SANTANA | Aceito |
| Outros | Curriculo_Waneska.pdf | 13/11/2022 23:55:21 | SILVIO JOSE SANTANA | Aceito |
| Outros | Curriculo_Sibele.pdf | 13/11/2022 23:53:41 | SILVIO JOSE SANTANA | Aceito |
| Outros | Curriculo_Silvio.pdf | 13/11/2022 23:52:50 | SILVIO JOSE SANTANA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_Pesquisa_Detalhado.pdf | 13/11/2022 23:43:49 | SILVIO JOSE SANTANA | Aceito |
| Declaração de Instituição e | Declaracao.pdf | 02/11/2022 11:05:13 | SILVIO JOSE SANTANA | Aceito |

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.790.299

| | | | | |
|---|---------------------|------------------------|---------------------|--------|
| Infraestrutura | Declaracao.pdf | 02/11/2022 11:05:13 | SILVIO JOSE SANTANA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Dispensa_TCLE.pdf | 02/11/2022 11:02:53 | SILVIO JOSE SANTANA | Aceito |
| Outros | Termo_de_sigilo.pdf | 28/10/2022 12:41:50 | SILVIO JOSE SANTANA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 02 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.038-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@uff.br