

# Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte

*Healthcare regulation and equity promotion: The National Regulation System and the assistance access in a large municipality*

Caroline Cechinel Peiter<sup>1</sup>, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni<sup>2</sup>, Walter Ferreira de Oliveira<sup>3</sup>

**RESUMO** O objetivo deste estudo foi evidenciar a interface entre o serviço de regulação em saúde municipal e a efetivação prática do princípio da equidade, a partir da vivência dos profissionais envolvidos nesse setor. A metodologia foi o estudo de caso, com técnicas de grupo focal, observação participante e análise documental, no período de setembro a novembro de 2013. Foram evidenciados os desafios da regulação em saúde para efetivação do princípio da equidade. O Sistema Nacional de Regulação foi identificado como ferramenta para gerenciamento da oferta e da demanda. Assim, a influência da regulação sobre a oferta e a disposição dos serviços tem o potencial de garantir o acesso aos usuários e promover a equidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Regulação e fiscalização em saúde. Equidade. Equidade no acesso. Gestão em saúde. Saúde pública.

**ABSTRACT** *This study aimed to evidence the interface between the municipal healthcare regulation service and the practical realization of the equity principle, based on the experience of the professionals involved in this sector. The methodology was the case study, with techniques of focal group, participant observation and documental analysis, from September to November 2013. The challenges of healthcare regulation were highlighted to effectiveness the principle of equity. The National Regulation System was identified as an instrument to the supply and demand management. In this way, the influence of regulation on the supply and provision of services has the potential to ensure the access to the users and promote the equity.*

**KEYWORDS** *Health care coordination and monitoring. Equity. Equity in access. Health management. Public health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Enfermagem - Florianópolis (SC), Brasil. carolcechinel@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Enfermagem - Florianópolis (SC), Brasil. gabimrc@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Florianópolis (SC), Brasil. walteroliveira.ufsc@gmail.com

## 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. A regulação em saúde vem tomando espaço por se configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação (OLIVEIRA; ELIAS, 2012). 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 tais como na oferta de serviços de saúde (OLIVEIRA; ELIAS, 2012; ALBUQUERQUE ET AL., 2013).

A regulação em saúde busca o alcance dos objetivos do SUS por meio da garantia do direito à saúde, ao acesso com eficiência, eficácia e efetividade, prestação das ações e serviços de saúde com qualidade e suficientes para a resposta às necessidades da população, a partir dos recursos disponíveis (LIMA ET AL., 2013).

A ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde é um dos grandes desafios do SUS. A transposição dessa problemática exige dos gestores a organização e a disponibilização de mecanismos que, atuando juntos, busquem alcançar a consolidação do sistema. São elementos considerados facilitadores para um bom resultado das ações de atenção à saúde: Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva; encaminhamentos adequados e criteriosos; protocolos assistenciais; e a estruturação de complexos reguladores (GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

No Brasil, foi instituída, em 2008, a Política Nacional de Regulação, regulamentando três aspectos: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; e regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2008). Esta última objetiva a 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 (BRASIL, 2007).

O princípio da equidade é operacionalizado segundo duas perspectivas: a primeira, condições de saúde, diz respeito às chances de ocorrência de agravos de saúde; enquanto a segunda, acesso e utilização dos serviços de saúde, trata da disponibilidade de ações de saúde. Ambas buscam compensar as variações biológicas e sociais, equiparando a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais (BARROS; MENDONÇA; SOUZA, 2016). 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 entre necessidade, demanda e oferta (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Para a administração das demandas, o Ministério da Saúde disponibiliza como Sistema de Informação em Saúde (SIS), o Sistema de Regulação (Sisreg), que tem por objetivo a humanização das ações e dos serviços de saúde, maior controle do acesso e do fluxo assistencial e a otimização na utilização dos recursos financeiros (SISREG, 2008).

O acesso é entendido como a recepção do usuário, seu acolhimento e direcionamento às ações de saúde que respondam às suas necessidades. Considerando a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as múltiplas portas de entrada, a regulação em saúde é responsável por disponibilizar o acesso do 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 (GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

O conhecimento incipiente dos profissionais envolvidos limita uma atuação efetiva e satisfatória dos serviços de regulação (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012). A regulação em saúde, como 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 (LIMA ET AL., 2013).

A escassez de estudos nessa área indica a necessidade de investimentos científicos que abordem o tema, especialmente quando associado ao cumprimento do princípio doutrinário da equidade. A partir desse contexto, questiona-se: como os profissionais do serviço de regulação em saúde compreendem a interface das suas atividades com a efetivação do princípio da equidade? Assim, o objetivo deste estudo foi evidenciar a interface entre o serviço de regulação em saúde municipal e a efetivação prática do princípio da equidade, a partir da vivência dos profissionais envolvidos no setor.

## Metodologia

O estudo é de natureza qualitativa, com 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 (MINAYO, 2013).

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 Saúde da Família (ESF) e saúde pública. A Central de Regulação do município responde pela gestão da regulação da macrorregião, no que diz respeito aos serviços regionalizados na capital, abrangendo os cerca de 470 mil habitantes da cidade, totalizando mais de um milhão de habitantes da região metropolitana compreendida (IBGE, 2016).

Como a autora não possuía vínculo profissional prévio com a equipe, foi necessária uma reunião com a gerência para explanação sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa. A coleta de dados ocorreu de setembro a novembro de 2013. Inicialmente, foi realizada a análise documental, que teve o intuito de obter informações que esclareceram indagações elaboradas pelo pesquisador, que não podiam ser respondidas a partir de outras fontes de dados (MINAYO, 2013).

Após a análise documental, foi realizada a observação participante, que 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 esses 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 nessa técnica o pesquisador assume a posição de análise do contexto, observando a realidade do mesmo ponto de vista dos sujeitos, para que possa desenvolver a investigação científica (MINAYO, 2013).

A pesquisadora compareceu à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) durante 3 dias, em período integral, a fim de observar a dinâmica genuína dos funcionários da equipe e o funcionamento do setor de regulação em saúde da SMS do município estudado, além de todo o processo envolvido em suas ações diárias. As observações ocorreram anteriormente à realização do grupo focal, de modo a instrumentalizar a pesquisadora quanto à dinâmica de trabalho local, ambientá-la no contexto a ser observado e adaptar os profissionais/participantes à sua presença.

A observação participante incluiu a atuação de todos os 13 funcionários: sete reguladores (cinco médicos e dois dentistas), quatro técnicos administrativos e dois enfermeiros, além de um gerente de regulação e uma diretora de regulação, controle, avaliação e auditoria.

Em seguida foi desenvolvido o encontro

do grupo focal, que consiste em uma técnica de pesquisa qualitativa baseada em entrevistas aplicada a grupos pequenos e homogêneos, que coleta informações por meio da comunicação e das interações entre os integrantes (MINAYO, 2013; MORGAN, 1997). O grupo foi conduzido pela primeira autora deste artigo, cuja pesquisa serviu de base para sua dissertação de mestrado. Todos os 13 funcionários da gerência de regulação foram convidados a participar da coleta de dados através de *e-mail*, sendo o convite reforçado pessoalmente. Como alguns atuavam apenas durante meio período do dia, quatro não conseguiram comparecer ao encontro, e um permaneceu no setor durante a realização da atividade, assim, o grupo focal contou com oito participantes, sendo um enfermeiro, quatro reguladores (dois médicos e dois dentistas), e três gerentes (incluindo a gerência de regulação, gerência de controle e avaliação e a diretora do setor de regulação, controle, avaliação e auditoria). O encontro teve duração de 2 horas, orientado pela seguinte questão norteadora: 'Qual a interface do trabalho realizado por vocês no setor de regulação com o princípio da equidade?', contando com a participação ativa de todos os envolvidos. As falas foram gravadas e transcritas integralmente para posterior análise.

Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática proposta por Minayo (2013), 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 (MINAYO, 2013).

A primeira etapa, ou pré-análise, incluiu a aproximação e a organização do material e a formulação e a reformulação de hipóteses e objetivos, retomando as indagações iniciais. A segunda etapa, de exploração do material, compreendeu a classificação do material, visando a 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, ocorreram o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos resultados (MINAYO, 2013).

O estudo levou à construção de três categorias principais, sendo estas: Ações 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 foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Sistema CEP/Conep – Plataforma Brasil), sendo aprovada mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 22230913.0.0000.0121, recebendo parecer favorável para sua publicação conforme o Protocolo 460.084/2013. 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 em que os participantes se manifestaram.

## Resultados

A partir da categoria Equidade na Regulação em Saúde, foram desveladas duas subcategorias: 'Sisreg como ferramenta para gerenciamento da oferta e demanda' e 'Desafios da regulação em saúde como gestora do princípio da equidade'.

### **Sisreg como ferramenta para gerenciamento da oferta e demanda**

Na primeira subcategoria, 'Sisreg como ferramenta para gerenciamento da oferta

e demanda', a análise dos dados apontou como conceito de regulação em saúde para os participantes envolvidos no estudo a seguinte definição: ações cujo propósito seja orientar a oferta e a produção das ações e dos serviços de saúde, atendendo às necessidades diagnosticadas da população, de modo a sustentar os princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Essa forma de entender a regulação em saúde foi subsidiada por práticas observadas pela pesquisadora principal, que incluíram diversos momentos de discussão entre os reguladores sobre os casos clínicos para definição da classificação de risco. Essa prática promoveu, por vezes, a qualificação da avaliação realizada pelo profissional, dividindo dúvidas e aumentando as chances de atender às solicitações de maneira equânime.

Nesse processo, o Sisreg é identificado como principal instrumento facilitador para o desenvolvimento da regulação em saúde. Permite o recebimento, a avaliação, o encaminhamento e a aprovação das solicitações, além de possibilitar a interface entre APS, ordenadora do cuidado, e a regulação em saúde. Entretanto, a comunicação da APS com a central de regulação acontece primordialmente através de *e-mail*. Muitas dessas mensagens dizem respeito à solicitação de priorização de casos pontuais. Revelou-se que muitas dessas situações são acatadas, levando em consideração as informações incluídas nos e-mails, sendo resolvidas além do Sisreg, o que vai de encontro ao preconizado, uma vez que consideram a reavaliação apenas de alguns casos, enquanto os demais continuam seguindo a priorização inicial. Essa dificuldade na utilização do sistema leva a um déficit na transferência de informações relevantes, o que dificulta a sua regulação pelos profissionais do nível central. A fala a seguir corrobora os achados da observação:

*E outro ponto muito difícil que a gente sente aqui na regulação: a gente regula e a gente prioriza conforme o que está descrito ali, conforme*

*o profissional [da APS] nos descreve. A gente não está enxergando o paciente. A gente não vê, a gente apenas lê o que está no sistema. Então, um dos pontos muito difíceis da regulação ainda [...] é fazer elas entenderem que nós somos um reflexo do que está descrito ali, e que a regulação começa na atenção primária. (Regulador 1).*

Nesse contexto, os protocolos de acesso são indicados como ferramentas orientadoras do processo de regulação. O desenvolvimento e a instalação dos protocolos de acesso são realizados pelos profissionais reguladores, em parceria com enfermeiros e gerentes do setor. Têm por objetivo otimizar a utilização das vagas, estabelecer critérios de classificação de risco nos casos em que a oferta é inferior à demanda, padronizar as solicitações vindas da APS e orientar o fluxo de solicitações para as unidades prestadoras do serviço. Entretanto, os profissionais revelaram as dificuldades geradas pela ausência de protocolos de acesso, instrumento que, quando aliado ao olhar crítico do regulador, tende a qualificar o processo de regulação, como demonstra o participante:

*O nosso tradicional problema 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 para gente poder ter a equidade, né? Porque tratar igual todo mundo não dá. Porque as pessoas são diferentes, cada um tem características diferentes e patologias diferentes. Então, se você determina em protocolo, facilita todo o processo. Claro que ele tende a engessar um pouco o trabalho, mas é para isso que tem o regulador, para ver se, naquele momento, aquela pessoa precisa passar na frente realmente, ser priorizada ou não. (Regulador 4).*

Através da implantação de protocolos de acesso, os encaminhamentos passam a ser classificados, já no centro de saúde, como rotina, prioridade ou urgência. A partir disso, fica garantido o acesso aos casos prioritários

e urgentes, diferenciados dos agendamentos de rotina, tornando o acesso mais equânime. Entretanto, os participantes mostram a dificuldade que enfrentam com o déficit de protocolos de acesso previamente estabelecidos. Segundo os relatos, o protocolo de acesso tende a facilitar o trabalho do regulador.

### **Desafios da regulação em saúde como gestora do princípio da equidade**

Na segunda subcategoria, ‘Desafios da regulação em saúde como gestora do princípio da equidade’, emergiu como objetivo da Gerência de Regulação possibilitar que o Sisreg seja incorporado como tecnologia do conhecimento pelos gestores e técnicos, capaz de tornar o acesso mais equânime. Nesse contexto, o Sisreg é utilizado como a ferramenta para a garantia do acesso através do gerenciamento da cota de serviços disponíveis. Foi evidenciado 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, ao mesmo tempo que avalia a necessidade de expansão da oferta ou a realocação de recursos, conforme demanda da população e impacto nos indicadores de saúde coletiva, 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 administração 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 ou do exame, está impactando nos indicadores epidemiológicos. Essa é uma parte que é bem complicada. (Gerente 3).*

Apesar da dificuldade que os profissionais têm com relação à manipulação do Sisreg, eles demonstraram a qualificação que o

sistema possibilitou ao serviço de regulação em saúde, como na regionalização do serviço.

Os profissionais demonstraram entendimento da relação estreita entre a regulação do acesso à saúde e o princípio da equidade, valorizando e fomentando esse princípio e percebendo a regulação como sua potencial promotora. O desenvolvimento das atividades no setor de regulação é motivado pelo alcance do princípio da equidade, o que facilita a promoção de ações e serviços de acordo com esse princípio.

A compreensão da importância da regulação como ferramenta para facilitação e efetivação da equidade motiva o profissional a atuar de maneira comprometida na sua função. A percepção dos profissionais no desenvolvimento das ações de regulação como uma ferramenta para a equidade pode ser percebida nos depoimentos de profissionais de diferentes funções:

*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. 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. A nossa principal motivação é a equidade. (Enfermeira 1).*

*A teoria é essa, mesmo, é você dar prioridade ao que é prioridade. É você priorizar o que realmente é uma prioridade. Mesmo se tivesse vaga para todo mundo, ainda assim, ela [a regulação em saúde] seria necessária, porque você teria a prioridade ainda assim. (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 para*

*escolher um, é a equidade. A que mais tem a ver com a regulação é a equidade. (Gerente 3).*

Ainda, a APS é indicada como porta de entrada do usuário no sistema de saúde municipal. É através dela que o usuário é referenciado aos demais níveis da rede de atenção à saúde, segundo suas necessidades assistenciais, e é para ela que é contrarreferenciado, após ser assistido nos níveis de atenção de maior complexidade. Segundo essa 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 esses 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).*

*As dificuldades dos profissionais da APS acontecem, talvez, porque seja algo novo para eles. A maioria das pessoas que estão trabalhando, elas nem estudaram isso na graduação, não foram sensibilizadas para esse aspecto. (Regulador 1).*

Os profissionais da APS são responsáveis por identificar as necessidades de atenção à saúde do usuário e definir quando devem ser realizadas além do nível primário, devendo ser encaminhado a outro nível de atenção, secundário ou terciário. Segundo os participantes, a APS se faz integrante de uma importante etapa do processo de regulação, o que demonstra a necessidade de capacitações e treinamentos desses profissionais, para a compreensão do processo e uma melhor atuação frente às demandas, como revelado pelas falas:

*É necessário envolver equipe, inserir o coordenador da unidade e fazer o coordenador saber o que está acontecendo. Envolver a equipe toda no processo de conhecer o sistema de informações, de entender os critérios e entender que vale a pena todo mundo saber e todo mundo participar. (Enfermeira 1).*

*Quanto mais qualificada a atenção primária, quanto mais treinamentos a gente fizer, quinzenal ou semanalmente, chamar médico, chamar enfermeiro, quanto mais gente treinada, menos trabalho a gente vai ter, menos e-mails a gente vai responder. O profissional vai ligar somente quando for uma urgência mesmo. (Gerente 3).*

Desse modo, fica evidenciada a necessidade de desenvolvimento de capacitações e treinamentos para desenvolver conhecimentos e habilidades necessários para a correta manipulação do sistema e a efetivação da equidade por meio da regulação em saúde.

## Discussão

O setor de regulação utiliza mecanismos para facilitar o acesso ao sistema de saúde, com base nos princípios da equidade e da integralidade. O conceito de regulação em saúde está atrelado à adequação da oferta dos serviços de atenção à saúde com relação às necessidades da população, ordenando sua execução de forma equânime e qualificada (LIMA ET AL., 2013).

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 com relação às demandas apresentadas pela população. Quando pautada nos princípios doutrinários do SUS, a regulação tem o poder de expandir ou reprimir determinada oferta, de acordo com o impacto nos indicadores

de saúde da população. Assim, a observação da realidade oportunizada pela regulação em saúde serve de base para um melhor gerenciamento dos recursos financeiros disponíveis (ALBUQUERQUE *ET AL.*, 2013; LIMA *ET AL.*, 2013). Dessa forma, a literatura relaciona o conceito de regulação ao princípio da equidade, demonstrando que a regulação é uma importante ferramenta para a efetivação desse princípio (ALBUQUERQUE *ET AL.*, 2013; LIMA *ET AL.*, 2013; GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Apesar disso, ainda são identificadas no cotidiano do SUS lacunas existentes entre oferta e demanda, tornando a priorização oportunizada pela regulação insuficiente para satisfação das necessidades de saúde da população. Esse cenário permite a formação das demandas reprimidas, que se caracterizam por uma demanda constante acima da oferta disponibilizada, situação que não apresenta possibilidade de reversão espontânea (LIMA *ET AL.*, 2013).

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 por uma administração imprópria, essa problemática configura-se como importante barreira para o acesso às ações e aos serviços para o atendimento das necessidades de saúde da população (GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012; RIBEIRO, 2015).

A dificuldade na oferta de vagas a ações de atenção à saúde em serviços de especialidades mais complexas leva à analogia a uma imagem de 'funil', em que muitos entram e poucos conseguem atingir o objetivo, que é 'sair do funil', e serem efetivamente atendidos (GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012). A literatura expõe a necessidade de introdução de todas as demandas em um único SIS, levando a um avanço do processo de regulação, de modo a padronizar os dados enviados à central, o que possibilitaria cruzamento de dados, obtenção de indicadores e estruturação de protocolos de acesso (ALBUQUERQUE *ET AL.*, 2013).

A utilização de protocolos de acesso, como oportunizado pelo uso do Sisreg, leva ao aumento da qualidade da atenção prestada. A definição de tais protocolos, na perspectiva da organização da atenção em redes, proporciona a definição dos fluxos assistenciais e a integração das ações e dos serviços, facilitando o processo de regulação (SOUZA *ET AL.*, 2015).

Se todos os recursos fossem disponibilizados de modo a suprir todas as necessidades da população, não haveria o problema das iniquidades em saúde. Como o SUS dispõe de recursos limitados, a utilização dos critérios para priorização do acesso propostos pela regulação em saúde constitui-se como alternativa para o alcance da equidade, que busca a oferta das ações e dos serviços de saúde em proporção às diferentes necessidades (ALBUQUERQUE *ET AL.*, 2013; GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012; RIBEIRO, 2015). Para além das contribuições para a ampliação do acesso por prioridade clínica, destaca-se que a regulação ainda organiza e planeja suas ações considerando a distribuição geográfica e os aspectos sociais característicos de cada região de saúde (ALBUQUERQUE *ET AL.*, 2013).

Em muitos casos, tais demandas são levadas ao poder judicial. O apelo a esse recurso, com a finalidade de garantir o direito constitucional de acesso integral à saúde, prejudica a equidade. Isso porque o acesso aos recursos jurídicos não acontece de maneira igualitária na população, uma vez que a utilização de tais direitos se dá majoritariamente entre as pessoas de maior renda e educação. Nesses casos, o Estado é responsabilizado a fornecer o atendimento à saúde de que necessita o indivíduo, sem considerar os demais usuários que esperam o mesmo atendimento (GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

O conhecimento fragmentado do sistema pelos magistrados impede que a decisão tomada, apesar de legítima, favoreça a equidade na saúde. Faz-se necessária a definição de critérios para alocar recursos limitados,

por meio de políticas públicas fundamentadas em princípios de justiça social, como equidade, integralidade e universalidade. São consideradas alternativas a essa problemática a equalização e a atuação situacional de acordo com as pactuações, levando a definição da necessidade de destinação de maiores investimentos (MURTA, 2015). Este estudo não critica os mecanismos legais a que tem direito o cidadão, mas questiona os investimentos no setor saúde ou os realizados dentro desse setor, em sua administração, reforçando a necessidade de utilização da regulação em saúde para ajustar a oferta de serviços à demanda.

Aponta-se a necessidade da alocação adequada dos recursos financeiros, uma vez que o investimento excessivo em serviços que não são primordiais à população pode acarretar prejuízos à estrutura do sistema de saúde, o que demonstra a responsabilidade da gestão em saúde para a otimização dos recursos e a qualificação máxima da assistência (RIBEIRO, 2015).

A literatura corrobora os achados deste estudo quando afirma que a APS, como porta de entrada principal ao sistema de saúde, é responsável por garantir o acesso integral do usuário aos serviços de saúde dos quais necessita, integrando todos os recursos disponíveis (ALBUQUERQUE ET AL., 2013). A regulação é compreendida como um mecanismo de gestão, como canal de comunicação entre as unidades de saúde e promoção do acesso dos usuários aos serviços de saúde (ALBUQUERQUE ET AL., 2013; LIMA ET AL., 2013; ALBIERI; CECILIO, 2015).

A integração dos serviços de saúde de diferentes complexidades tende a seguir a lógica de redes, buscando garantir a continuidade do cuidado. Assim, constata-se que a regulação em saúde consiste em formar redes com os demais níveis de atenção (ALBUQUERQUE ET AL., 2013).

Desse modo, em um sistema com uma APS 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 otimização de todos os recursos disponíveis para a atenção integral do usuário. A relação entre o nível primário e a regulação indica que a inexistência dessa ferramenta da gestão em saúde refletiria na desorganização da APS, o que prejudicaria todo o sistema (LIMA ET AL., 2013; ALBIERI; CECILIO, 2015).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) estimula o questionamento da realidade atual e o desenvolvimento de propostas que levem a mudanças e melhorias na prática dos profissionais. A necessidade de investimentos em EPS na área da regulação em saúde é justificada pela alta demanda dos serviços de saúde no Brasil. Isso exige, de fato, o comprometimento dos profissionais, sendo necessário o estímulo para o desenvolvimento de uma assistência à saúde baseada em evidências, aliando a melhor evidência científica à melhor prática clínica possível, considerando, além de sua experiência clínica individual, os valores do paciente. Isso qualifica o trabalho dos profissionais envolvidos, que deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões sobre as condutas mais adequadas, sejam elas clínicas ou gerenciais (SILVA ET AL., 2014; JENSEN; GUEDES; LEITE, 2016).

## Considerações finais

Para contribuir para a construção de um sistema de saúde equânime, a regulação em saúde deve adequar a oferta à demanda por meio da avaliação, ou seja, priorização dos casos por meio da classificação dos critérios clínicos. Para tanto, é recomendado lançar mão de ferramentas que possam facilitar esse processo. O Sisreg, disponibilizado atualmente pelo Ministério da Saúde, possibilita o gerenciamento da cota de recursos disponível, bem como a constatação de necessidades de expansão ou limitação de serviços pontuais. Dessa forma, configura-se como significativa ferramenta para o

gerenciamento da oferta e da demanda.

A APS é indicada como responsável pela ordenação do acesso dos usuários aos demais níveis de atenção à saúde. Desse modo, é fundamental a compreensão do uso do Sisreg pelos funcionários da APS, para

o aproveitamento ideal dessa ferramenta. Assim, recomenda-se, para futuras investigações, desenvolver e analisar ações educativas junto aos trabalhadores da rede de saúde para melhor aproveitamento do Sisreg e da sua interface com os indicadores de gestão. ■

## Referências

- ALBIERI, F. A. O.; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a Regulação do acesso ambulatorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 184-95, 2015.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-36, 2013.
- BARROS, F. P. C.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUZA, M. F. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-71, 2016.
- 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. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prtl1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prtl1559_01_08_2008.html)>. Acesso em: 18 out. 2016.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Regulação em Saúde*: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- 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*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades IBGE*: Santa Catarina – Florianópolis. Brasília, DF: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=420540>>. Acesso em: 1 abr. 2016.
- JENSEN, R.; GUEDES, E. S.; LEITE, M. M. J. Competências em informática essenciais à tomada de decisão no gerenciamento em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 109-117, 2016.
- LIMA, M. R. M. *et al.* Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista RENE*, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 23-31, 2013.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MORGAN, D. L. *Focus group as qualitative research*. London: Sage, 1997.
- MURTA, E. F. *O impacto da judicialização na regulação em saúde no município de Campo Grande*. 2015. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 2012.

RIBEIRO, C. D. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. *Saude Soc*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1109-18, 2015.

SILVA, E. T. *et al.* Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014.

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

SOUZA, G. C. *et al.* Referência e contra referência em saúde bucal: Regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Revista de salud pública*, Bogotá, v. 17, n. 3, p. 416-428, 2015.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A Regulação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

---

Recebido para publicação em junho de 2016

Versão final em agosto de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve