

Relações entre a Prática Profissional na Regulação em Saúde e o Princípio da Equidade em um Município de Grande Porte

Relationship between Professional Practice in Health Regulation and the Principle of Equity in a Large Municipality

CAROLINE CECHINEL PEITER¹
GABRIELA MARCELINO DE MELLO LANZONI²
WALTER FERREIRA DE OLIVEIRA³

RESUMO

Introdução: A Regulação à saúde é responsável por ordenar o acesso dos usuários do SUS às ações e serviços de saúde, sendo considerada um importante instrumento de gestão. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo descrever as relações entre a prática profissional na Regulação em Saúde e o princípio da equidade em um município de grande porte localizado no sul do país. **Métodos:** A metodologia deste estudo foi o Estudo de Caso, que utilizou as técnicas de grupo focal, observação participante e análise documental. A técnica de análise de dados utilizada foi a Análise Temática de Minayo. O grupo focal contou com a participação de oitointegrantes, incluindo um enfermeiro, quatro reguladores, e três gerentes (incluindo a gerência de Regulação, gerência de Controle e Avaliação, e a diretora do setor de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria). **Resultado:** A operacionalização de um acesso equânime é revelada como o principal objetivo da Regulação em Saúde. Foi evidenciada também a importância da capacitação permanente, a necessidade de utilização do Sistema de Regulação como ferramenta unificada para a Regulação, e a Atenção Primária à Saúde como promotora do acesso do usuário promovido pelo setor de Regulação. **Considerações finais:** A importância da constante capacitação dos profissionais envolvidos na Regulação em Saúde é justificada pela capacidade de qualificação que esta ferramenta da gestão tem sobre o acesso equânime do usuário aos serviços de saúde de média e alta complexidade e à alocação dos recursos financeiros.

DESCRITORES

Regulação e Fiscalização em Saúde. Equidade. Gestão em Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Health regulation is responsible for ordering the access of users to the healthcare system, hence being considered an important management tool. **Objective:** This study aims to describe the relationship between professional practice in health regulation and the principle of equity in a large city located in southern Brazil. **Methods:** This was a case study, which used the techniques of focus group, participant observation and documental analysis. The Minayo's thematic analysis was used for data analysis. The focus group was attended by eight members, as follows: one nurse, four regulators, and three managers (including the Regulation Manager, the Control and Evaluation Manager, and the Director of the Department of Regulation, Control, Evaluation and Auditing). **Result:** The operationalization of equitable access is revealed as the main objective of the health regulation process. It was also highlighted the importance of ongoing training, the need for use of the regulation system as a unified tool for regulation, and Primary Health Care as a promoter of user access offered by the Health Regulation Department. **Conclusion:** The importance of constant training of professionals involved in healthcare regulation is justified by the ability of this management tool to qualify the access of users to medium and high complexity healthcare services as well as the allocation of financial resources.

DESCRIPTORS

Health Care Coordination and Monitoring. Equity. Health Management. Public Health.

- 1 Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis. Santa Catarina, Brasil.
- 2 Professora Doutora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis. Santa Catarina, Brasil.
- 3 Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis. Santa Catarina, Brasil.

A Regulação do acesso à saúde ordena o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações e serviços de saúde, atuando sobre a oferta, através da otimização dos recursos assistenciais disponíveis, e sobre a demanda, por meio da busca da melhor alternativa de assistência referente às necessidades da população¹⁻³.

É considerada um importante instrumento de gestão em saúde, com o potencial de facilitar o fortalecimento do SUS através das suas contribuições para a atenção à saúde. É uma ferramenta capaz de garantir o direito ao acesso à saúde por meio da facilitação da superação de problemas como a oferta dos serviços de atenção à saúde^{4,5}.

A Portaria 1.559/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação, apresenta três dimensões da Regulação em Saúde, integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; e Regulação do Acesso à Assistência⁶. A Regulação do Acesso, ou Regulação da Assistência, sentido de que trata este artigo, prevê o gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, garantindo o acesso a partir de protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização^{7,3}.

A literatura demonstra que a Regulação em Saúde no âmbito do município é compreendida como um setor que facilita a garantia do acesso a ações e serviços de saúde à população, seguindo suas necessidades^{8,9}. A dificuldade em localizar estudos que tratem do tema nos leva a identificar a necessidade de desenvolvimento da literatura científica, e nos incentiva a gerar estudos que apresentem novas compreensões que possam contribuir para a gestão em saúde.

Tendo em vista o potencial de qualificação da atenção à saúde, da facilitação do acesso e promoção da equidade pela Regulação em Saúde, questiona-se: Quais as relações entre a prática profissional na Regulação em Saúde e o princípio da equidade em um município de grande porte localizado no sul do país? Assim, este estudo tem por objetivo descrever as relações entre a prática profissional na Regulação em Saúde e o princípio da equidade em um município de grande porte localizado no sul do país.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, que utilizou técnicas de grupo focal, análise documental e observação participante para contemplar o objetivo proposto. O estudo de caso é compreendido como uma investigação empírica, um método que abrange planejamento e técnicas de coleta e análise de dados, que objetiva o entendimento dos processos do fenômeno no contexto e a construção de novos conhecimentos através da formulação de hipóteses sobre fenômenos específicos isolados¹⁰.

O local do estudo foi o setor de Regulação em Saúde de um município de grande porte localizado no sul do país, reconhecido nacionalmente pelos bons indicadores em Saúde Pública. A Central de Regulação do município responde pela gestão da Regulação de uma macrorregião, abrangendo os cerca de 470 mil habitantes da cidade, e totalizando mais de um milhão de habitantes da região metropolitana compreendida¹⁰.

Como os autores não possuíam vínculo profissional com a instituição, foi necessária uma reunião com a gerência para esclarecimento dos objetivos e metodologia da pesquisa. A coleta de dados aconteceu de setembro a novembro de 2013. Primeiramente ocorreu a análise documental, que tem o intuito de obter informações que respondam aos questionamentos da pesquisa, e que não possam ser satisfeitas a partir da análise de outras fontes de dados¹¹. A análise documental realizada durou aproximadamente 30 dias e incluiu documentos tais como: Plano Municipal de Saúde 2011/2014; Instrução Normativa Municipal 003/2013 que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG); manual municipal de Boas Práticas em Saúde; e Proposta de Implementação do Complexo Regulador do município.

Após a análise documental, foi realizada a Observação Participante, em que os pesquisadores se colocaram em contato direto com o contexto, permitindo identificar detalhes como a rotina de trabalho, relação interpessoal entre os membros da equipe, interesse dos profissionais sobre determinadas áreas do trabalho, fenômenos

que se tornariam mais difíceis de serem abordados por meio de outras técnicas de coleta de dados¹¹.

Os pesquisadores compareceram à Secretaria Municipal de Saúde durante 3 dias, em período integral, a fim de observar a dinâmica da equipe e do setor. O foco de observação foi o setor de Regulação em Saúde do município estudado. As observações ocorreram anteriormente à realização do grupo focal, de modo a instrumentalizar os pesquisadores quanto à dinâmica de trabalho local, ambientá-los no contexto a ser observado e adaptar os profissionais/participantes à sua presença. A observação participante incluiu a atuação de todos os 15 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 grupo focal, que se caracteriza por uma discussão informal e visa obter informações gerando consensos ou divergências. Tem o intuito de obter, ainda, informações de natureza qualitativa em profundidade, detalhadas, sobre um tópico específico, que possam proporcionar compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produtos ou serviços¹¹⁻¹³.

O grupo foi conduzido pela primeira autora deste artigo, cuja pesquisa serviu de base para sua dissertação de mestrado. Todos os 15 funcionários do setor de Regulação foram convidados a participar da coleta de dados através de *e-mail*, sendo o convite reforçado pessoalmente. Como alguns atuam apenas durante meio período do dia, seis destes não conseguiram comparecer ao encontro, e um teve que permanecer no setor durante a realização da atividade, a realização do grupo focal contou com oito participantes. Participaram do grupo focal 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).

Os participantes foram questionados e incitados a falar sobre suas ações desenvolvidas, sua percepção acerca da regulação em saúde e a relação com a equidade, as limitações enfrentadas e sugestões para superação. O encontro teve duração de duas horas, sendo orientado pela

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. Visando estimular a participação dos sujeitos, a pesquisadora buscou detalhar questionamentos, investigando: quais ações são executadas pelos profissionais, quais os desafios no processo de trabalho, e como a equidade é percebida e alcançada no setor? As falas foram gravadas em meio digital e transcritas em documento no *word* para posterior análise.

Para análise dos dados foi utilizada a Análise Temática proposta por Minayo como uma das modalidades de Análise de Conteúdo, definida pela autora como uma técnica de pesquisa que permite a replicação, por meio das técnicas científicas, das inferências extraídas de determinado contexto. A análise temática segue a noção de tema, ou seja, encontra em uma frase ou palavra o núcleo ou significado da fala. É operacionalizada em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação¹¹.

A primeira etapa, Pré-análise, compreendeu a aproximação dos pesquisadores com o material, sua organização, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, permitindo que os pesquisadores retomassem as questões iniciais. A segunda etapa, de Exploração do Material, incluiu a classificação do material, a fim de permitir que os pesquisadores alcançassem a compreensão de sua essência. Para tanto, os dados brutos foram codificados, reduzindo o texto a palavras ou expressões significativas. Assim, foram formuladas as categorias de análise, a partir do agrupamento dos dados segundo o tema. Por fim, na terceira e última etapa da Análise Temática ocorreu o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação¹⁴.

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 primeira categoria encontrada, *Ações de Regulação em Saúde*.

A pesquisa foi submetida ao Sistema CEP/CONEP - Plataforma Brasil, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa

Catarina mediante o CAAE: 22230913.0.0000.0121, recebendo parecer favorável para sua publicação conforme protocolo 460.084/2013. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As falas dos participantes são identificadas ao longo do texto pela sua categoria profissional e a ordem com que foram identificadas, de modo a respeitar o sigilo de sua identidade.

RESULTADOS

A partir da análise documental foi possível verificar que foi em 2006 o SISREG entrou em atuação no município, a partir de um projeto piloto que integrou todos os centros de saúde, a fim de organizar o acesso à atenção à saúde. O ano de 2007 foi marcado por constantes capacitações dos profissionais. Em 2008 o SISREG foi ampliado, abrangendo outros procedimentos, e foi criada a Diretoria de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria. Neste mesmo ano o município adquiriu, em parceria com o Ministério da Saúde, equipamentos de informática para a Região de Saúde de que é sede, ficando responsável pela distribuição dos materiais e treinamento para implantação do SISREG. Em 2009 foi lançada a proposta de implementação do complexo regulador, com o objetivo de garantir o fornecimento dos equipamentos, estrutura física e capacitações para os municípios da macrorregião. A fala a seguir relata as dificuldades enfrentadas nesse momento inicial:

“Porque em 2006 a gente recebeu seis milhões de reais do ministério da saúde. Para conseguir esse primeiro recurso a gente formou o Complexo Regulador. Para não atender só os 400 mil habitantes do município, e sim 1 milhão para a macrorregião.” (Gerente1)

A partir de então, o complexo regulador em questão realiza quatro modalidades de treinamentos com os profissionais envolvidos: Treinamento Introdutório, voltado a todos os novos operadores do SISREG e novas clínicas prestadoras, estando a disponibilização da senha de acesso ao sistema condicionada à realização

deste treinamento; Educação Continuada, destinada aos operadores solicitantes, ou marcadores, ocorrendo a cada três meses; Treinamento de Gestão, voltada aos gestores, diretores, gerentes e coordenadores dos centros de saúde; e Treinamento de Regulação, direcionado aos médicos e odontólogos reguladores do município. A percepção da importância dos treinamentos de capacitação profissional é evidenciada na fala: “Em todos os treinamentos eles sentam às 9 da manhã, 8 da manhã, e eles só saem meio dia, ou meia hora, ou uma hora. Tinham dias que eu nem almoçava, que eu tinha reunião à uma, uma e meia, e eles ficavam conversando ainda até tarde. Porque a necessidade do conhecimento é grande. Porque contagia essa questão da gestão do acesso”. (Gerente1)

Nesse contexto, é evidenciada a preocupação que os funcionários têm em qualificar o acesso à saúde através da Regulação, tendo em vista seu potencial para a promoção da equidade. Destaca-se a ênfase no relato dos participantes em relação aos desafios e enfrentamentos, considerando que o alcance da equidade é complexo, exigindo além de soluções padronizadas, mas a elaboração de estratégias constantes:

“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)

“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 Central de Regulação do município estudado serve de modelo a vários outros municípios, promovendo capacitações e treinamentos para mais de 2.500 pessoas durante os cinco primeiros anos de implantação. A análise documental atribui à implantação da Central de Regulação a transferência da responsabilidade sobre os serviços de saúde especializados, do estado para o município e a sua distribuição para a rede municipal.

Observou-se o contato constante que os demais municípios da Região de Saúde têm com a Central de Regulação, demandando grande parte do tempo dos funcionários do setor. Os dados revelados no grupo focal corroboram com os achados, uma vez que os participantes demonstraram as dificuldades que enfrentam e os esforços que demandam frente aos demais municípios. Em especial, foram citadas as dificuldades referentes à capacitação profissional e a descontinuidade deste processo influenciada pela troca da gestão municipal, gerando dificuldades em manter uma equipe capacitada e preparada para a função, como descrito no depoimento:

“Para nós é um entrave a fragilidade da gestão dos municípios da macrorregião. A gente mal consegue dar conta do nosso município, que é gigante. E aí os outros municípios, com toda essa troca de funcionários, em função da troca política. Então, imagina todo o trabalho que é feito com uma equipe. A gente faz as vezes treinamento com pessoal de fora, e depois de um ano muda toda a equipe de novo, começa do zero. Então o gestor não tem esse conhecimento, nem sabe o que que é protocolo, muito menos o que é complexo regulador. Porque os municípios não se empoderaram, não buscam serviços pra eles, não assumem serviço nenhum, e nós aqui somos o único acesso pra quase todos.” (Gerente 2)

Os documentos que normatizam a Regulação em Saúde no município indicam a necessidade de utilização do SISREG como instrumento único de Regulação dos procedimentos de média complexidade. A análise documental

define que este sistema funciona na lógica de facilitação do acesso, e está configurado para encaminhar cada paciente para o prestador mais próximo à sua área de abrangência, sob dependência da disponibilidade de vagas.

Os procedimentos são inseridos no SISREG sob duas formas: *Regulação* (analisados e classificados conforme a gravidade e necessidade clínica) ou *Fila de Espera* (realizados conforme ordem cronológica). Para definição de qual forma devem ser disponibilizados, são classificados segundo quatro conceitos: Rotina (aqueles que não possuem nenhuma referência à gravidade ou necessidade de priorização); Prioridade (procedimento cuja demora altere a conduta clínica ou impeça o acesso a outros procedimentos, como cirurgias), Urgência (procedimentos que, em função da gravidade clínica, não podem ser realizados conforme ordem cronológica) e Procedimentos 100% regulados (procedimentos previamente definidos, que não podem ser inseridos em fila de espera).

Foram evidenciadas várias dificuldades no cotidiano dos profissionais referentes ao entendimento dos operadores marcadores quanto ao encaminhamento de procedimentos em Regulação ou Fila de Espera. A agenda de todos os procedimentos deve ser elaborada pelo SISREG, sendo vetada a utilização de agendas paralelas. Os participantes revelaram a dificuldade que têm para enfrentar as influências ilegítimas sobre os agendamentos, como mostra o depoimento:

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

A utilização de formas de entrada ilegítimas de solicitações também leva à sobrecarga do profissional regulador e prejuízo a todo o processo de Regulação, como evidenciado na fala:

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

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

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

A Atenção Primária à Saúde (APS) é apontada como ordenador do acesso dos usuários aos serviços de saúde especializados que, como porta de entrada única do sistema de saúde municipal, são responsáveis pelo gerenciamento do acesso ao SISREG. A comunicação da APS com o nível central acontece a priori via e-mail, a fim de garantir o registro das comunicações e não demandar desnecessariamente os funcionários em ligações telefônicas. Os contatos telefônicos são

destinados geralmente à resolução de casos mais urgentes, na maior parte das vezes do profissional assistente ao regulador. Os participantes revelaram sua percepção sobre a importância da qualificação dos profissionais da APS, que, quando qualificados, facilitam o desenvolvimento das ações de Regulação, como demonstrou o participante:

“Que quanto mais qualificada a atenção primária, quanto mais treinamentos a gente fizer, quinzenal ou semanalmente, chamar médico, chamar enfermeiro, que é aquele trabalho árduo que a gente sempre fez, quanto mais gente treinada, menos trabalho a gente vai ter, menos e-mail a gente vai responder. O profissional vai ligar quando for uma urgência mesmo.” (Gerente3)

Desse modo, a operacionalização de um acesso à saúde equânime é percebida como o principal objetivo da Regulação em Saúde, sendo destacada como o maior desafio enfrentado pelos participantes:

“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)

DISCUSSÃO

Os complexos reguladores, com o propósito de regular o acesso por meio de protocolos clínicos e de acesso previamente

estabelecidos, buscam aperfeiçoar os recursos financeiros disponíveis em paralelo à definição da melhor alternativa assistencial dirigida a cada usuário. Com o processo de descentralização do SUS, com foco na municipalização, muitas ações e serviços passaram à gestão dos estados aos municípios^{1,15}.

Apesar de ter sido desenvolvido pelo Ministério da Saúde entre 1999 e 2002, o SISREG ainda se apresenta como um sistema de informações em saúde incipiente. Responsável pela informatização e facilitação do processo de Regulação, é responsável por possibilitar a um fluxo organizado dos pacientes ao sistema de saúde, de modo a possibilitar o recebimento, avaliação e resposta adequada aos serviços solicitados conforme a necessidade de cada caso¹⁶.

A alta frequência de longos tempos de espera para execução dos procedimentos de saúde de alta e média complexidade constituem um dos grandes problemas do SUS¹⁷. Na manipulação do SISREG, a Regulação apresenta um conceito diferenciado da Fila de Espera, utilizada ainda hoje para procedimento que não apresentam a necessidade de priorização. Esta trata de uma lista em que os encaminhamentos aos serviços especializados são dispostos cronologicamente, e realizados conforme o número de vagas disponibilizado mensalmente. Esta modalidade demonstra a mudança gerada pelo processo de Regulação, que permite a avaliação dos casos e tratamento equânime aos usuários^{9,18}.

A capacitação permanente de recursos humanos na área da Regulação em saúde visa a contínua atualização dos envolvidos através da técnica multiplicadora, buscando garantir a assistência à saúde segundo os princípios do SUS a partir dos diferentes níveis de complexidade^{16,19}. A literatura evidencia a necessidade de maior divulgação dentre os profissionais, demandando recursos humanos capacitados e bem coordenados¹.

O acesso às ações e serviços assistências se dá de maneira relativa à definição de

uma área geográfica adstrita e cobertura integral da população nela residente. O questionamento sobre a necessidade de uma reflexão sobre a restrição do acesso aos serviços de média e alta complexidade em saúde é abordada na literatura, tendo em vista o não esgotamento e baixa utilização das tecnologias leves disponíveis na atenção primária^{8,17}.

A integração com os profissionais da APS proporciona a facilitação e qualificação das atividades da Regulação. O desenvolvimento satisfatório do processo de Regulação desde o nível local possibilita maior interface do sistema com o paciente, por meio de melhor continuidade da assistência, de maneira integral e equânime^{5,20}.

CONCLUSÃO

Apesar de ter sido implantado há dez anos, o setor de Regulação do município estudado ainda se configura em movimento, em busca de melhorias. Foi revelada a satisfação dos profissionais envolvidos, uma vez que compreendem a importância da sua atuação no contexto do acesso à saúde e equidade. Seguindo os padrões de referência em saúde pública que o município possui, por seus bons indicadores, o complexo regulador também é modelo para outras realidades. Os constantes treinamentos com todos os atores envolvidos, bem como o reconhecimento da APS como participante fundamental no processo de Regulação contribuem para isso. O SISREG, apesar das fragilidades que ainda apresenta, é apontado como importante ferramenta para a Regulação, sendo fundamental seu entendimento por todos os profissionais que o utilizam.

Apesar desta pesquisa ter sido realizada em um município de grande porte com profissionais do nível central responsáveis pelo setor de Regulação, entende-se como limitação a não inclusão dos operadores e profissionais que utilizam o SISREG. Evidencia-se a necessidade de novos estudos sobre a temática, a fim de qualificar os processos de trabalho e atuação dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Lima MRM, Silva MVS, Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Silva AA. Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. 2013;14(1):23-31.
2. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad saúde colet*. 2016; 24(1):49-54.
3. Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, Melo Filho DA. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saude Soc*. 2013;22(1):223-36.
4. Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):571-6.
5. Albieri FAO, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde debate*. 2015;39(Especial):184-95.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Instituto Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
8. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*. 2012;22[1]:119-40.
9. Souza GC, Lopes MLDS, Roncalli AG, Medeiros-Júnior A, Clara-Costa IC. Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev salud pública*. 2015;17(3):416-28.
10. Yin R. *Case study research: design and methods*. 4ª.ed. Thousand Oaks: Sage; 2009.
11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Infográficos: dados gerais do município*. Santa Catarina - Florianópolis. 2015. Disponível em <http://cidade.sibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=420540>. Acesso em 2 de abril de 2016.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª.ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
13. Morgan DL. *Focus group as qualitative research*. London: Sage; 1997.
14. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
15. Souza GC Lopes MLDS, Roncalli AG, Medeiros Junior A, Costa ICC. Referência e contra referência em saúde bucal: Regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas. *Rev salud pública*. 2015;17(3):416-28.
16. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MF, Sikva MVS, Feitoza AF. Regulação em Saúde: Aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enferm*. 2009;14(2):346-52.
17. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Lista de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde Espanhol. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2783-94.
18. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):295-304.
19. Ceccon RF, Paes LG, Santos MB, Grenzel JCM. Enfermagem, auditoria e regulação em saúde: um relato de experiência. *REME rev min enferm*. 2013;17(3):695-9.
20. Silva MV, Silva MJ, Silva LMS, Nascimento AAM, Damasceno AKC, Oliveira RM. Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(3):560-7.

CORRESPONDÊNCIA

Caroline Cechinel Peiter

Universidade Federal de Santa Catarina. Rua Engenheiro Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n, Campus Universitário, Departamento de Enfermagem, sala 518, Trindade, Florianópolis - Santa Catarina - Brasil.
CEP: 88040-900.
carolcechinel@gmail.com.