



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

LARIANE DA SILVEIRA MACIAZEKI

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE
SAÚDE (CRS): uma análise dos processos judiciais relacionados às
consultas especializadas no período de 2018 a 2019**

PORTO ALEGRE

2021



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

LARIANE DA SILVEIRA MACIAZEKI

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE
SAÚDE (CRS): uma análise dos processos judiciais relacionados às
consultas especializadas no período de 2018 a 2019**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Prof^a. Dra. Rosa Maria Levandovski

PORTO ALEGRE

2021



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

Banca Examinadora

Prof. Dr. André Klafke de Lima

Prof^a. Ma. Liara Saldanha Brites

Prof^a. Dra. Luciane Kopittke

Maciazeki, Lariane da Silveira

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (CRS): uma análise dos processos judiciais relacionados às consultas especializadas no período de 2018 a 2019 / Lariane da Silveira Maciazeki - Porto Alegre, 2021.

XX f. : il. p&b.

Trabalho de conclusão de curso (Mestrado) - Grupo Hospitalar Conceição - Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS - Mestrado Profissional. Porto Alegre, 2021.

Orientador: Rosa Maria Levandovski

1.Judicialização da Saúde. 2.Consultas especializadas. 3. Regulação em Saúde. 4.Equidade. I. Levandovski, Rosa Maria Levandovski. II. Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para SUS. III. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (CRS): uma análise dos processos judiciais relacionados às consultas especializadas no período de 2018 a 2019.

Ficha Catalográfica elaborada pelo autor

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Rosália Vargas pelo incentivo.

À minha irmã Rafaela Maciazeki pelo auxílio nos momentos de ansiedade.

À minha mãe Inez Maciazeki pela amorosidade.

À orientadora e professora Rosa Maria Levandovski pela dedicação e paciência neste período tão conturbado de pandemia da Covid-19.

E a todos que, de uma maneira ou outra, me apoiaram nesta caminhada.

DEDICATÓRIA

Às minhas madrinhas, Genecy Missel (*in memoriam*), que me proporcionou ter acesso a coisas que eu não conhecia, e Beatriz Ostermann, que acreditou em mim e me apoiou em um dos momentos da minha vida em que eu mais precisei. Vocês abriram o mundo para mim, me fizeram acreditar que eu era capaz!

EPÍGRAFE

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original".

(Albert Einstein)

RESUMO

No Brasil, a judicialização da saúde teve início por volta dos anos 80, com solicitações de medicamentos. Com o decorrer do tempo, expandiu-se para outros setores, incluindo as consultas especializadas. Tal prática ocasiona impactos no orçamento público e compromete o planejamento de políticas públicas, mas, por outro lado, é necessário considerar que o cidadão tem dificuldades para acessar seu direito à saúde. O estudo objetivou conhecer e compreender as características regionais de ocorrência das demandas judiciais para a obtenção de consultas médicas especializadas, traçando um perfil das ações impetradas. Trata-se de um estudo com delineamento transversal e com abordagem retrospectiva das demandas judiciais por consultas especializadas deferidas a favor do requerente e ajuizadas por usuários da área de abrangência da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. Foram impetrados 363 processos judiciais relacionados à demanda por consultas especializadas, sendo 145 no ano 2018 e 218 no ano de 2019. A maioria dos processos analisados foi ajuizada pela Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (82,6%) e oriundas do Sistema Único de Saúde (82,1%). Dos 23 municípios da área de abrangência da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, 21 impetraram demanda contra a Secretaria Estadual da Saúde, sendo todos da Região de Saúde 5 - Bons Ventos. O município que mais demandou foi Santo Antônio da Patrulha, tanto em números totais (22% dos processos) quanto por habitantes (18,9 processos por 10.000 habitantes). Observou-se que o tempo médio estimado pelo serviço de regulação estadual, para as diferentes especialidades, foi de 250 dias, tendo uma mediana de 133 dias, chegando a apresentar tempos de espera de até 1471 dias para a obtenção de uma consulta médica especializada. Os resultados revelam que a judicialização por consultas especializadas é uma prática cada vez mais frequente. Não podemos generalizar e interpretar de forma tendenciosa, ignorando fatores em nível local, pois somente conhecendo e compreendendo este fenômeno é que poderemos traçar estratégias e políticas públicas em todos os níveis de governo para, assim, diminuir seus impactos e proporcionar acesso equânime à saúde.

Palavras-chave: judicialização da saúde; consultas especializadas; regulação em saúde; equidade.

ABSTRACT

In Brazil, the judicialization of health should be around the 80s with requests for medicines, over time it expanded to other sectors, including specialized consultations. This impacts the public budget and compromises the planning of public policies, but on the other hand, the problem has to obtain their right to health. The study aimed to know and understand the regional characteristics of the occurrence of lawsuits, in order to obtain specialized medical consultations, outlining a profile of the actions filed. This is a study with a cross-sectional design and a retrospective approach of the lawsuits for specialized consultations granted in favor of the applicant and filed by users in the area covered by the 18th CRS against the State Health Department of Rio Grande do Sul in January 2018 to December 2019. Most of the cases analyzed were filed by the State Public Defender's Office; 82.6% and from SUS 82.1%; of the 23 municipalities in the area covered by the 18th CRS; 21 filed lawsuits against the State Health Department, all from the 5th Bons Ventos health region; the most demanding municipality was Santo Antônio da Patrulha, both in total numbers 22% cases, and 18.9 cases per 10,000 inhabitants per population. It was observed that the average time estimated by the State regulation service for the different specialties was 250 days, with a median of 133 days, reaching waiting times of up to 1471 days to obtain a specialist medical consultation. The results reveal that the judicialization by specialized consultations is proving to be a more frequent practice, we cannot generalize and interpret it in a biased way, ignoring its factors at the local level. Because only knowing and understanding this phenomenon will we be able to draw strategies, public policies, at all levels of government, in order to reduce its impacts, and provide equal access to health.

Key words: health judicialization; specialized consultations; health regulation; equity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divisão político-administrativo das CRS no Estado do RS	28
Figura 2 – Mapa do RS, segundo divisão das Regiões de Saúde e macrorregiões	29
Figura 3 – Mapa da 18ª CRS, segundo divisão das Regiões de Saúde	30
Figura 4 – Mapa de Serviços de Saúde Especializados, ofertados pelo SUS na 18ª CRS	31
Figura 5 – Disponibilidade de cotas dos serviços sediados em Porto Alegre destinadas à capital e a demais municípios do RS	49
Figura 6 – Demandas judiciais da SES/RS conforme tipo no RS, de 2017 a 2019	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Composição do Complexo Regulador proposto pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual da Saúde/RS	39
Quadro 2 – Situação de atendimento de uma solicitação no Gercon	42
Quadro 3 – Quadro comparativo dos protocolos existentes no MS e dos desenvolvidos no RS	46
Quadro 4 – Responsabilidades estaduais e municipais	47
Quadro 5 – Distribuição dos serviços de defensoria pública do Litoral Norte/RS	58

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
OBJETIVOS	15
1.1 Objetivo geral	15
1.2 Objetivos específicos	15
2 INTRODUÇÃO	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 O direito à saúde na Constituição Federal	19
3.2 O Sistema Único de Saúde	20
3.3 Descentralização da gestão – Decreto 7.508/2011	23
3.4 Atenção de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar	25
3.5 Coordenadorias Regionais de Saúde	27
3.6 A 18ª Coordenadoria Regional de Saúde - CRS	29
3.6.1 Serviços de Saúde da 18ª CRS	31
3.6.1.1 Oferta de serviços de ambulatório na região	32
3.6.1.2 Oferta hospitalar	33
3.6.1.3 Oferta de serviços de imagem e diagnóstico	35
3.7 Sistemas regulatórios	36
3.8 Complexo Regulador do Estado do Rio Grande do Sul	39
3.8.1 O sistema regulatório no Rio Grande do Sul	40
3.8.2 Fluxo de regulação para encaminhamentos ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul para Porto Alegre	45
3.8.3 Projeto RegulaSUS	46
3.8.4 Disponibilidade de cotas – Resolução CIB/RS 237/2011	47
3.8.5 Escopo da Regulação Ambulatorial	48
3.8.6 Cotas de procedimentos para a oferta sediada no município de Porto Alegre	48

3.8.7 Cadastro da demanda no sistema informatizado	49
3.8.8 Inserção das agendas no sistema informatizado	51
3.9 Judicialização na Saúde	52
3.9.1 A judicialização no Rio Grande do Sul	56
3.9.2 Serviços judiciários no território da 18ª CRS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
PRODUTOS	69
PRODUTO 1 - ARTIGO SUBMETIDO ao Boletim da Saúde da Escola de Saúde Pública (ESP), órgão da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES)	69
PRODUTO 2 – PARECER TÉCNICO DE GESTÃO SOBRE ANÁLISES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA 18ª CRS	91
PRODUTO 3 – FOLDER: COMO ACESSAR SUA SOLICITAÇÃO NO SISTEMA GERCON	101
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
ANEXO A – TERMO DE RESPONSABILIDADE DE OPERADOR NO SISTEMA GERENCIAMENTO DE CONSULTAS - GERCON	104

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi inserido na linha de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS – Grupo Hospitalar Conceição, sendo a dissertação requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologia para o SUS. A linha de pesquisa envolve estudos sobre Produção e a Avaliação de Tecnologia, os quais se destinam aos processos de saúde-doença-cuidado, bem como pesquisas relacionadas ao custeio, à eficácia, à efetividade e a segurança dos modelos tecnoassistenciais em saúde (GEP, 2021).

O mestrado profissional em Avaliação e Produção de Tecnologia para o SUS (APTSUS) propõe-se a contribuir com formação de profissionais que atuam nas áreas de gestão, assistência e educação desenvolvendo habilidades e capacidade tecnocientíficas compatíveis para o fortalecimento do SUS (GEP, 2021). Definem-se como tecnologias em saúde medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (OTA, 1994).

A realização deste estudo proporcionou a construção de diferentes produtos técnicos no contexto das tecnologias em saúde, relacionados com a gestão e com a regulação dos serviços de saúde. São eles: 1) LEVANTAMENTO SITUACIONAL DOS PROCESSOS JUDICIAIS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS NA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (CRS), o qual foi submetido na forma de artigo; 2) PARECER TÉCNICO DE GESTÃO SOBRE ANÁLISES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA 18ª CRS; encaminhado para gestão; e 3) FOLDER EXPLICATIVO, desenvolvido ao usuário, para que este possa acessar de casa seu status na fila de espera, os quais visam esclarecer e contribuir de forma positiva com os serviços regulatórios e, conseqüentemente, com a judicialização por consultas especializadas. Por fim, estão dispostas as considerações finais e conclusão.

OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Descrever o perfil da judicialização para obtenção de consultas especializadas na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) no período de 2018 a 2019.

1.2 Objetivos específicos

- Apresentar a evolução do número de processos judiciais por município nos anos de 2018 a 2019;
- descrever os meios de acesso à justiça e a procedência das solicitações mais frequentes nas ações judiciais;
- identificar as especialidades mais requeridas nas ações da 18ª CRS;
- apresentar o tempo médio estimado pelo sistema de regulação Gercon e o tempo médio para a primeira consulta por via judicial;
- descrever as referências para as especialidades da 18ª CRS;
- propor ações para ordenação que tenham efeito na redução do número de ações judiciais.

2 INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde expressa reivindicações legítimas de cidadãos e instituições para garantir o acesso aos direitos de cidadania amplamente afirmados em leis internacionais e nacionais. Envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA *et al.*, 2010).

No Brasil, os primeiros casos de ações judiciais contra o Estado exigindo acesso a tratamento ocorreram no início dos anos 1990. Na ocasião, pacientes buscavam medicamentos mais eficazes para HIV/Aids, reivindicando na justiça a obrigação do Estado em fornecer o tratamento mais efetivo existente na época com acesso universal (BRASIL, 2005; CONCORDE, 1994).

Esses avanços judiciais impulsionaram as políticas públicas na assistência às pessoas com HIV/Aids e foram propulsores de outros movimentos sociais organizados e da população em geral. Afere-se que a reivindicação judicial passa a ser largamente utilizada como mecanismo de garantia de direitos e de ampliação de políticas públicas, aumentando, inclusive, a atuação do Ministério Público nesse âmbito (VIANNA; BURGOS, 2005). Pode-se dizer, portanto, que a atuação do judiciário no acesso à assistência à saúde tem repercussões sobre a gestão, influenciando na tomada de decisão, que, ao menos em parte, decorre das deficiências da própria administração pública (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009). No entanto, alguns estudos realizados sobre a judicialização da saúde têm enfatizado os efeitos negativos desse tipo de demanda na governabilidade e na gestão das políticas e das ações de saúde. Uma das principais justificativas é a de que esse tipo de intervenção no Sistema Único de Saúde (SUS) aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos mais esclarecidos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo da necessidade de outros (CHIEFFI; BARATA, 2010; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Ainda sobre os efeitos negativos, a alta e persistente demanda judicial, combinada com respostas automáticas e insatisfatórias sem a devida e cuidadosa análise crítica pelos atores

envolvidos, pode provocar algum tipo de “disfunção nos sistemas” (BARROSO, 2007). E, nesse sentido, causar prejuízos significativos à efetividade (individual e coletiva) do direito à saúde, com violação de princípios éticos e legais importantes, como o acesso igualitário (VENTURA *et al.*, 2010).

Há outros estudos que chamam a atenção para o risco sanitário relativo à incorporação de novas tecnologias pelo Poder Judiciário, o qual não detém o conhecimento técnico necessário para sua avaliação e a legitimidade para intervenção na esfera de atuação dos demais poderes (CHIEFFI; BARATA, 2010; DALLARI, 2010; MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011). Ainda, Biehl, Socal e Amon (2016) afirmam que não se pode generalizar e deixar de reconhecer as diferenças regionais. Além disso, defendem que tentar encaixar todos os dados em uma narrativa singular pode estar contribuindo para uma interpretação tendenciosa da natureza da judicialização e limitando a compreensão de seus motivadores, de consequências e de implicações em níveis locais.

A Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe, no seu artigo 7.º, que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (CF), obedecendo os princípios organizativos do SUS. Resumidamente, tais princípios referem-se a universalidade, integralidade, solidariedade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (MORAES, 2012).

Ainda, conforme Margaret Whitehead (1992), o conceito de equidade na saúde tem o objetivo de acrescentar o parâmetro de justiça ao conceito de igualdade, ou seja, equidade significa oferecer mais a quem precisa de mais. Por sua vez, a iniquidade ocorre quando são promovidas diferenças desnecessárias e evitáveis, como o acesso a serviços de saúde por via judicial (VENTURA *et al.*, 2010).

O cotidiano nos demonstra que trabalhar com equidade em saúde é uma tarefa complexa devido às dificuldades em se definir o que são necessidades e em priorizar as que devem ser atendidas, à escassez de recursos e aos contínuos avanços das tecnologias em saúde. Diante desses fatores, é de se esperar que sempre haverá indivíduos com demandas à margem dos programas ministeriais e,

consequentemente, em busca de seus direitos civis (LEITÃO *et al.*, 2014). Nesse sentido, em trabalho realizado por mim na regulação de exames e consultas da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), onde diariamente eram recebidas demandas judiciais solicitando algum tipo de consulta especializada com a finalidade diagnóstica, de tratamento e/ou cirúrgica, foi possível perceber a crescente judicialização na busca dos serviços especializados de saúde para obter o acesso ao direito garantido constitucionalmente.

Assim, o presente estudo pretende conhecer e compreender as características regionais da ocorrência das demandas judiciais para a obtenção de consultas médicas especializadas, traçando um panorama das ações impetradas contra o Estado do Rio Grande do Sul (RS) na área de abrangência da 18ª CRS. A partir de um levantamento situacional das demandas jurídicas, objetiva-se pensar em ações estratégicas, em nível municipal e estadual, para diminuir as demandas judiciais sem prejudicar o direito à saúde, garantindo a equidade.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O direito à saúde na Constituição Federal

A Constituição Federal (CF) de 1988 foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente no ordenamento jurídico brasileiro:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo as instituições privadas participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 2016, p. 118).

O artigo 200 descreve as atribuições do SUS, as quais vão desde a competência fiscalizatória e o controle das atividades que envolvam a saúde à produção de medicamentos e insumos, a preparação dos profissionais e a busca pela inovação na saúde (MOURA, 2013). O princípio da universalidade não está expresso em dispositivo constitucional, mas é norma facilmente extraída do artigo 196 da CF, que prevê o acesso universal às ações e serviços de saúde, o que possibilita o ingresso de qualquer pessoa no SUS. Além de universal, o acesso deve ser igualitário, não devendo haver distinção em relação ao grupo de pessoas, nem de serviços prestados. Para que o acesso seja universal e igualitário, impõe-se a gratuidade dos serviços. Para conseguir atender à população, o SUS conta com rede própria e contratada, sendo que a participação da iniciativa privada se dá

apenas de forma complementar, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativo (MOURA, 2013).

Em obediência à norma constitucional, foi publicada a Lei Federal 8.080/1990, que trata da organização do SUS e especifica a regulamentação do modelo estabelecido para prestação do serviço de saúde pública. Também foi publicada a Lei Federal 8142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, ambas formando a Lei Orgânica da Saúde (MOURA, 2013).

3.2 O Sistema Único de Saúde

O SUS nasceu de uma grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária em 1988, com a definição na CF relativa ao setor da saúde (BRASIL, 2002). Dessa forma, a saúde passou a integrar o Sistema da Seguridade Social, juntamente com a previdência e com a assistência social (BRASIL, 2007a). Foi regulamentado somente em 19 de setembro de 1990 com a Lei Federal 8.080, cujos dispositivos gerais determinam que a “saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p. 1). Conforme Polignano (2001), a referida lei propõe a forma de organização e de financiamento da saúde, a qual passa a ter uma concepção mais abrangente, considerando que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e ao acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990, p. 1).

Além disso, a lei estabeleceu as ações e serviços de saúde e os responsáveis por oferecê-los, a saber, órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, podendo a iniciativa privada participar do em caráter complementar (BRASIL, 1990). Ainda, em seu artigo 7.º, definiu princípios doutrinários e diretrizes do SUS, além daqueles já garantidos na CF. São eles:

a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

b) integralidade de assistência, que se entende como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

c) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

d) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

e) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

f) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

g) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

h) participação da comunidade;

i) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

j) integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

k) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

l) capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

m) organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

n) organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras.

Ainda, Lei Federal 8.080/1990 estabeleceu os seguintes objetivos para o SUS:

a) identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde;

b) formular políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social;

c) assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A referida lei também estabeleceu as ações incluídas no campo de atuação do SUS:

a) a execução de ações: de vigilância sanitária; epidemiológica; e saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

b) a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

c) a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

d) a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

e) a colaboração na proteção do meio ambiente, incluindo o do trabalho;

f) a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

g) o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

h) a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

i) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

j) o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

k) a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Conforme Polignano (2001), em razão da abrangência dos princípios doutrinários, diretrizes e objetivos propostos, somadas à existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois, para que isso ocorra, é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política em nível federal, estadual e municipal.

No entanto, não basta que esse direito da população esteja garantido na CF para que se efetive a sua consolidação como um sistema de atenção e de cuidados em saúde, pois claras as evidências que apontam para os limites da sua atuação. Dessa forma, a conquista do direito à saúde precisa estar articulada à ação sistemática e intersetorial do Estado sobre os determinantes sociais de saúde, ou seja, sobre o conjunto dos fatores de ordem econômico-social e cultural que exercem influência direta ou indireta sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 2007a).

3.3 Descentralização da gestão – Decreto 7.508/2011

Conforme o artigo 196 da CF, regulamentado pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, a descentralização da gestão e das políticas da saúde no país é um dos princípios organizativos do SUS. De acordo com este princípio, o poder e a responsabilidade sobre o setor são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade, além da fiscalização e do controle por parte da sociedade. Cada esfera de governo deve ser autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade (FIOCRUZ, 2021).

O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei Federal 8.080/1990, versa sobre a descentralização, definindo que os serviços prestados permanecerão organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para clientela definidas (FIOCRUZ, 2021). Também estabelece que a oferta de ações e serviços do SUS deve ser organizada a partir da constituição de regiões de saúde, definidas como um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes. Esse espaço deve ser delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Além disso, deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e

emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

O mesmo decreto, em seu artigo 5.º, define as Comissões Intergestores (CI) como as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Tais comissões são pensadas como colegiados em que ocorre o processo de articulação entre gestores nos diferentes níveis do sistema, que discutem processos como a organização, a direção e a gestão da saúde. Trata-se de foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do SUS (PORTELA, 2020).

As Comissões Intergestores possuem três modalidades: A primeira refere-se à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), criada em 1993 com o objetivo de assistir o Ministério da Saúde (MS) na elaboração de propostas para a implantação e a operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde. A CIT está vinculada ao MS e suas ações estão associadas a questões administrativas e operacionais do sistema. Tem composição partidária de 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do país (PORTELA, 2020).

A segunda modalidade compreende a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIB do Rio Grande do Sul (CIB/RS), instituída pela Portaria SES/RS 09/1993, de 21 de junho de 1993, em atendimento ao disposto na Portaria MS 545, de 20 de maio de 1993, constitui-se em instância colegiada de negociação e pactuação, entre o gestor estadual e os gestores municipais, de aspectos operacionais e de regulamentação das políticas de saúde no âmbito da gestão do SUS no estado. A CIB/RS está vinculada à Secretaria Estadual da Saúde com os mesmos objetivos que a CIT, mas no espaço de articulação estadual. Essas comissões são constituídas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e dos Secretários Municipais de Saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado (PORTELA, 2020).

A terceira modalidade refere-se à Comissão Intergestores Regional (CIR). A principal agenda desses colegiados é a instituição do processo de planejamento regional, definindo as prioridades e as responsabilidades de cada ente, bem como as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde. É composta pelos secretários municipais de saúde e representantes do governo do estado. A CIR está vinculada à Secretaria Estadual da Saúde, devendo observar suas diretrizes no momento de operacionalizar e administrar suas regiões de saúde (PORTELA, 2020). No RS, a CIB e a CIR são regidas pelo regulamento interno aprovado pela CIB/RS 174/2016 (SES/RS, 2020a). Os principais instrumentos de regionalização existentes são o Pacto pela Saúde, o Pacto de Gestão (componente do Pacto pela Saúde), o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimento e a Programação Pactuada e Integrada (FEIJÓ, 2012).

3.4 Atenção de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar

A média complexidade ambulatorial e hospitalar é composta por ações e serviços que têm por objetivo atender aos principais problemas e agravos de saúde da população. A complexidade dessa assistência demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento (FEIJÓ, 2012). Já a alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, visando a oferta de serviços qualificados à população, integrando-os à atenção básica e à média complexidade. Exemplos desse nível de atenção são assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular, procedimentos de neurocirurgia, distrofia muscular progressiva, dentre outros (FEIJÓ, 2012).

Para verificar se um procedimento é de média ou de alta complexidade, é possível acessar o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, conhecida também como tabela SIGTAP. (BRASIL, 2007b). Esse sistema é uma ferramenta muito utilizada para conhecer as características de um procedimento, tais como tipo de financiamento, instrumento de registro, valor, Classificação Brasileira de Ocupações

(CBO), Classificação Internacional de Doenças (CID), serviço/classificação, habilitações, incrementos financeiros, complexidade, entre outros. Através dele, pode-se extrair relatórios e cruzar dados, além de possuir todas as informações necessárias ao faturamento do SUS, sendo essencial para a auditoria em saúde. No entanto, possui a problemática de estar em defasagem dos valores praticados, não reajustados há 17 anos (BONACOLSI, 2021).

A alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, conforme o artigo 4.º da Portaria 204, de 29 de janeiro de 2007, tem como fonte de financiamento a União, através de blocos de financiamento, os quais são Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos (BRASIL, 2007b). O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes: Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), os quais são procedimentos específicos pagos mediante comprovação da execução, e o Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) (BRASIL, 2007b).

O valor repassado aos estados através da MAC é chamado de Teto MAC, instituído no ano de 1992, e está constituído de um valor cumulativo e não de um cálculo refeito a cada ano. Na década de 1990, a capacidade instalada, expressa pela série histórica dos valores atribuídos à produção de serviços assistenciais com base na tabela do SUS, teve papel preponderante na definição do Teto MAC. Ao longo dos anos, esse valor foi sendo ajustado por vários fatores, entre eles, a variação do contingente populacional e sua movimentação em busca dos serviços de saúde mais caros ou mais escassos. Nas últimas duas décadas, o MS vem incorporando recursos ao Teto MAC, sob a forma de incentivos à organização de redes temáticas, à ampliação de leitos hospitalares, ao estímulo à atenção especializada, ao aprimoramento da qualidade da gestão e da atenção, entre outros (COSEMSSC, 2017).

Os recursos federais são transferidos, com regularidade, do fundo federal para os fundos estaduais e municipais, para a execução dos procedimentos previstos para esse bloco de financiamento. Esses valores a serem repassados são objeto de pactuação nas Comissões Intergestoras CIT e CIB. Isto é, o valor é

repassado aos estados e municípios, a partir das pactuações na CIT, CIB e CIR, em que são feitos os arranjos e os acordos, verificando a maior necessidade de aplicação dos recursos e visando o melhor aproveitamento de acordo com as características regionais (FEIJÓ, 2012).

3.5 Coordenadorias Regionais de Saúde

De acordo com as propostas constitucionais de descentralização e regionalização do SUS, a SES/RS, desde os anos de 1999, vem fortalecendo fluxos, instrumentos e práticas institucionais capazes de consolidar, de forma integrada, a atenção regionalizada, a gestão descentralizada, a participação e o controle social crescente nos seus mais diversos arranjos (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

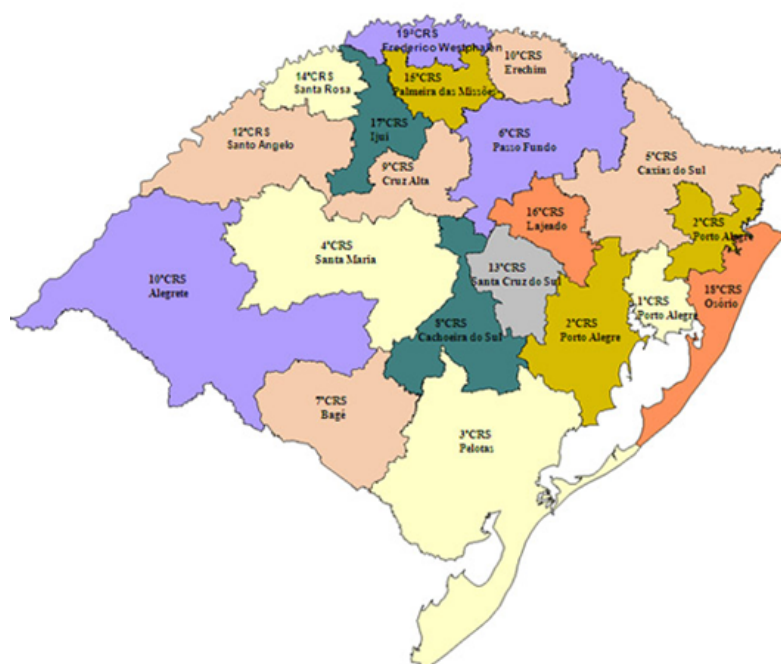
A partir dessa ótica, as antigas Delegacias Regionais de Saúde foram remodeladas em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), as quais passaram de simples repassadoras de papéis do nível central a responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde. A mudança visou promover uma relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios, com os prestadores de serviço, buscando organizar os sistemas locais e regionais de saúde segundo os princípios do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Assim, as CRS tornaram-se instâncias administrativas, técnicas e políticas da SES/RS. Suas atuações estratégicas são no sentido de fortalecer a descentralização das ações das políticas estaduais de saúde nos municípios da área de abrangência do território. Tal fortalecimento se dá através do apoio técnico aos municípios no cumprimento das suas atribuições e responsabilidades gestoras, ajudando-os a garantir a integralidade da atenção à saúde. Às secretarias municipais de saúde, o apoio é oferecido por meio da implementação de ações de atenção integral à saúde no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos à saúde (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2014).

O modelo organizacional das CRS está alinhado com um modelo de descentralização administrativa, ou seja, há uma distribuição de atribuições a fim de

tornar ágil e eficiente a gestão das ações, observando as decisões vindas da administração central. Dentro de cada CRS, existem representações administrativas da SES/RS, denominadas de Departamentos Regionais, os quais são divididos em Coordenações Regionais. Desta forma, a Regulação da 18ª CRS está vinculada ao Departamento de Planejamento da 18ª CRS, e, este, entre outros departamentos, ao Departamento de Regulação Estadual (DRE). O último visa propor e pactuar a Política Estadual de Regulação Assistencial, considerando necessidade, demanda e serviços de saúde contratados; estabelecer normas e padrões para funcionamento das Centrais de Regulação sob gestão estadual; manter contato permanente com complexos reguladores e centrais de regulação sob gestão municipal, com a finalidade de alinhar processos e potencializar resultados; coordenar a câmara técnica bipartite, o grupo de trabalho de Regulação e Atenção Secundária e Terciária (GT REG/AST), criado para monitorar os processos regulatórios e deliberar sobre o tema; e participar, representando a SES/RS, de outros eventos e câmaras técnicas que guardam relação com a sua área de atenção (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2014).

Figura 1 – Divisão político-administrativo das CRS no Estado do RS



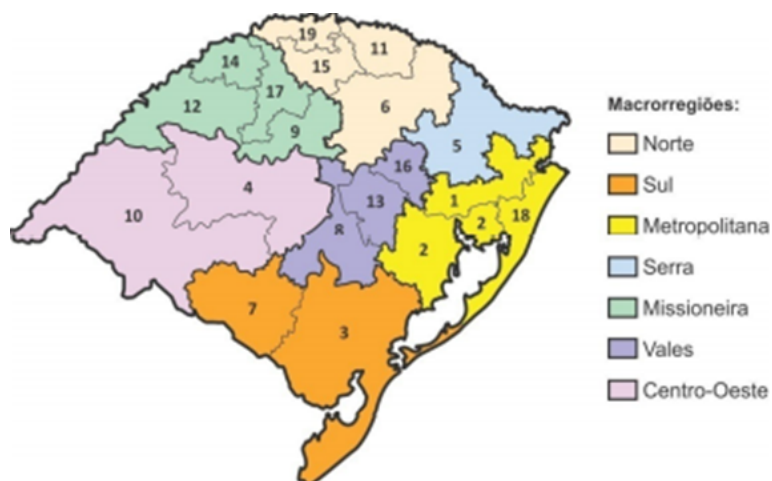
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde (2014).

A partir do Decreto 55.718, de 12 de janeiro de 2021, a SES/RS passou a contar com 18 Coordenadorias Regionais, ao invés de 19, uma vez que a 1ª e a 2ª CRS foram unificadas. A partir de então, a 1ª CRS passou a abranger 66 municípios de Porto Alegre, Região Metropolitana, Vales do Caí, Paranhana e dos Sinos, além da Região Carbonífera. Com a mudança, a 19ª CRS, de Frederico Westphalen, foi denominada 2ª CRS (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2021b). A figura 1 ilustra a divisão político-administrativa das CRS no Estado do RS.

3.6 A 18ª Coordenadoria Regional de Saúde - CRS

A 18ª CRS fica localizada na região do Litoral Norte do RS, possui sede em Osório e é constituída por 23 municípios. A região abrange o conjunto de praias mais próximas da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA) até o limite com o estado de Santa Catarina, junto ao município de Torres. Desse total, oito municípios são banhados pelo mar (Balneário Pinhal, Cidreira, Tramandaí, Imbé, Xangri-lá, Capão da Canoa, Arroio do Sal e Torres), outros 11 se localizam na encosta da serra (Santo Antônio da Patrulha, Osório, Caraá, Maquiné, Itati, Terra de Areia, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Dom Pedro de Alcântara, Morrinhos do Sul e Mampituba) e mais ao sul, na planície da Lagoa dos Patos, encontram-se quatro municípios (Tavares, Mostardas, Palmares do Sul e Capivari do Sul). Apenas cinco municípios ultrapassam a marca de 35.000 habitantes (Santo Antônio da Patrulha, Osório, Torres, Tramandaí e Capão da Canoa), conforme Ramos (2016).

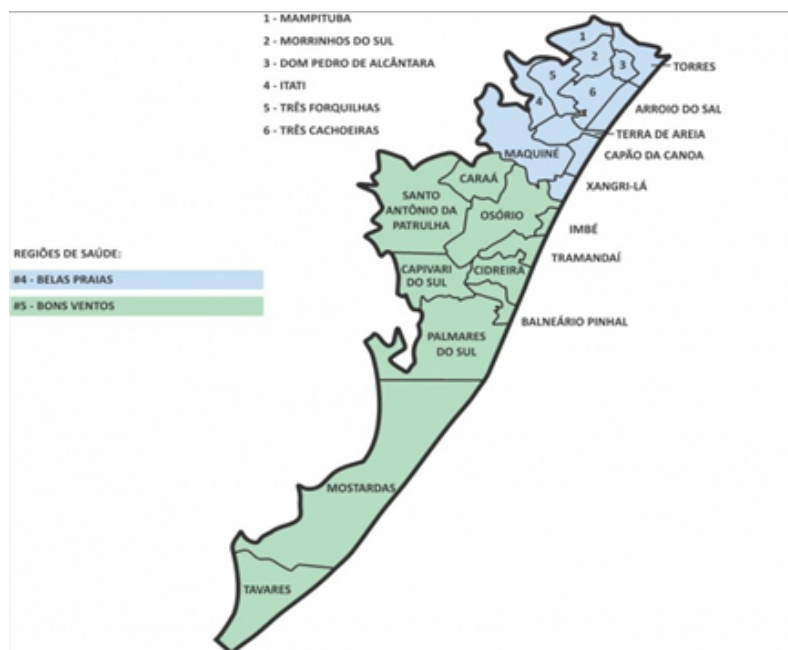
Figura 2 – Mapa do RS, segundo divisão das Regiões de Saúde e macrorregiões.



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde (2014).

A região pertence à macrorregião Metropolitana, composta pela 1ª CRS e 18ª CRS, a qual possui sede em Porto Alegre e compreende 88 municípios e uma população de aproximadamente 4,6 milhões de habitantes (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2014), como demonstra a figura 2. Ainda, é subdividida em duas Regiões de Saúde, denominadas Belas Praias, localizada mais ao norte, ao qual compreende os municípios de Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos, Terra de Areia, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Torres, Xangri-lá e Bons Ventos, Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares, Tramandaí, mais ao sul (figura 3).

Figura 3 – Mapa da 18ª CRS, segundo divisão das Regiões de Saúde

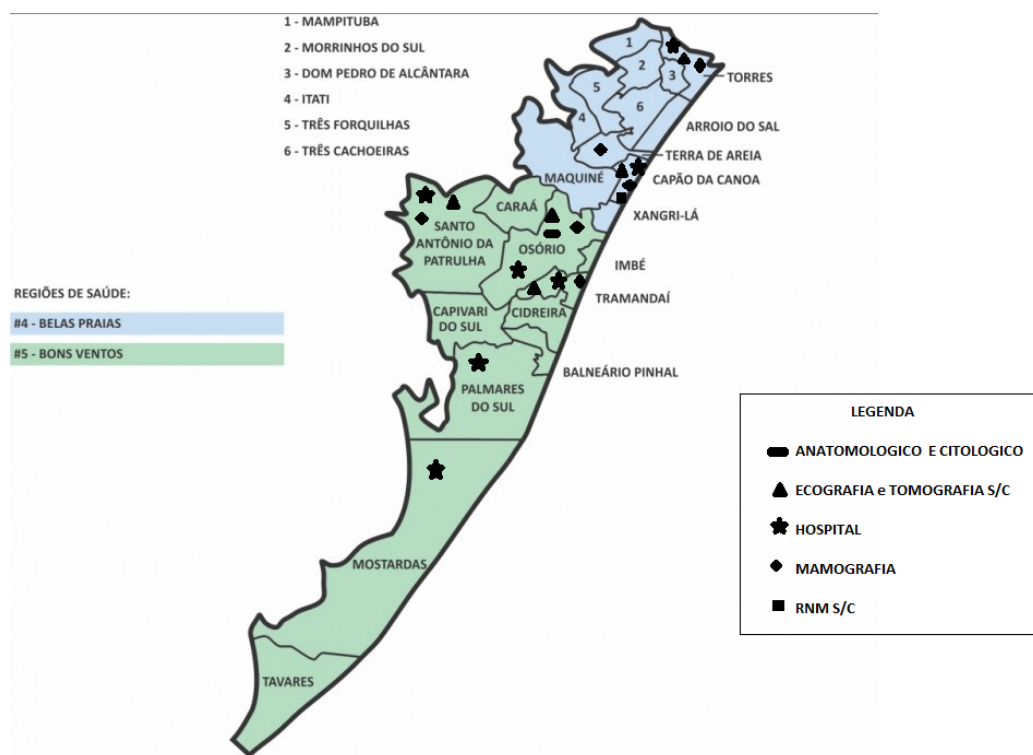


Fonte: Secretaria Estadual da Saúde (2014).

3.6.1 Serviços de Saúde da 18ª CRS

Os atendimentos de média e alta complexidade ofertados na região são realizados através de serviços disponibilizados nos ambulatorios regionais, na rede hospitalar e em clínicas privadas que prestam serviços ao Estado. A figura 3 apresenta a distribuição de serviços de saúde especializados ofertados pelo SUS na 18ª CRS.

Figura 4 – Mapa de Serviços de Saúde Especializados, ofertados pelo SUS na 18ª CRS



Fonte: Adaptado de Secretaria Estadual da Saúde (2014).

3.6.1.1 Oferta de serviços de ambulatório na região

São cinco os serviços ambulatoriais oferecidos na região. Um deles é o Ambulatório de Gestação de Alto Risco de Tipo I (AGAR I), que iniciou os atendimentos em abril de 2012 no Hospital Tramandaí, situado no município de Tramandaí. Surgiu da iniciativa da instituição e da 18  CRS, se tornando referência para atendimento ambulatorial às gestantes de alto risco e para matriciamento do pré-natal dos 23 municípios do litoral norte do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2013a). No ambulatório, são ofertadas em média 144 consultas por mês, agendamento via 18  CRS, sendo 56 novas consultas e 88 retornos. 96% das gestantes de todo o Litoral Norte com este perfil de alto risco recebe assistência na sua região (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2012).

Outro serviço presente na região é o Centro de Reabilitação, Física, Auditiva e Visual como Centro Especializado em Reabilitação (CER III), que foi habilitado pela Portaria Ministerial 2.612/2019, localizado no município de Osório.   referência

para atendimento nestas modalidades para os 23 municípios da 18ª CRS (BRASIL, 2019a).

Já o Ambulatório de Oftalmologia, habilitado pela Resolução CIB/RS 580/2014 compõe o Hospital Santo Antônio da Patrulha (HSAP), no município de Santo Antônio da Patrulha. Disponibiliza, em média, 600 primeiras consultas e 600 retornos mensais em oftalmologia, realiza cirurgias de catarata e pterígio e é referência para os 23 municípios da 18ª CRS. Este serviço faz parte do contrato do HSAP com o Estado (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 2020).

Em Capão da Canoa, o Serviço de Otorrinolaringologia disponibiliza, em média 120 primeiras consultas e 120 retornos mensais em otorrinolaringologia, na especialidade clínico-cirúrgica, sendo referência para os 23 municípios da 18ª CRS. Foi habilitado pela Resolução CIB/RS 582/2014, incorporado aos Serviços Integrados na Atenção Especializada do Hospital Santa Luzia e faz parte do contrato do hospital com o Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

A região também conta com o Ambulatório de Traumatologia, situado no Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, em Torres, que faz parte dos Serviços Integrados de Atenção Especializada Ambulatorial (SIAEA), instituídos pela Resolução CIB/RS 412/2013. Os SIAEA são de caráter eletivo, implantados em unidades intra ou extra hospitalares, classificados em diferentes níveis de resolutividade e especificidade, e visam promover a garantia do acesso com qualidade, da integralidade e da continuidade do cuidado, fortalecendo a atenção secundária e terciária ambulatorial. Ainda, são compostos por módulos de diagnóstico, terapêutico e reabilitação. O contrato do hospital visa atender mensalmente 240 consultas de traumatologia média complexidade na microrregião de Torres, composta pelos municípios de Torres, Arroio do Sal, Dom Pedro de Alcântara, Morrinhos do Sul, Mampituba e Três Cachoeiras (RIO GRANDE DO SUL, 2013b).

3.6.1.2 Oferta hospitalar

A rede de atenção hospitalar no Brasil segue os moldes do Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS. No Litoral Norte, há sete hospitais e cada um possui suas particularidades. Na Região de Saúde 4 - Belas Praias, encontram-se dois hospitais classificados como gerais, filantrópicos sem fins lucrativos, 100% SUS: um no município de Torres, o Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, e o outro, o Hospital Beneficente Santa Luzia, no município de Capão da Canoa. Ambos são administrados pela mantenedora Associação São Carlos (CNES, 2020).

Na Região de Saúde 5 - Bons Ventos estão os outros cinco hospitais. O município de Osório conta com o Hospital São Vicente de Paulo, instituição filantrópica sem fins lucrativos classificada como hospital geral que atende SUS, convênios e particulares e é administrada pelo Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IACHS). No município de Mostardas, o Hospital São Luís é administrado pela Sociedade Beneficente São Luís de Mostardas, entidade filantrópica sem fins lucrativos que atende SUS, convênios e particulares é um hospital caracterizado como pequeno porte (HPP) e sua viabilidade se dá devido à distância territorial de acesso ao hospital mais próximo. No município de Palmares do Sul, está localizado o Hospital São José, instituição filantrópica sem fins lucrativos, que atende SUS, convênios e particulares, administrado pela Sociedade Beneficente São José e classificado como hospital geral. Em Santo Antônio da Patrulha, o Hospital Santo Antônio da Patrulha é uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, que atende SUS, convênios e particulares, administrado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, e classificado como hospital geral. Finalmente, no município de Tramandaí, localiza-se o Hospital Tramandaí, de administração pública e 100% SUS, administrado pela Fundação Hospitalar Municipal Getúlio Vargas Sapucaia do Sul, classificado como hospital Geral (CNES, 2020). A descrição de serviços, profissionais e demais particularidades de cada hospital pode ser consultada na página da Internet do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

3.6.1.3 Oferta de serviços de imagem e diagnóstico

A oferta de serviços de imagem e diagnóstico na região da 18ª CRS limita-se a análises clínicas, ecografia mamária, ecografia geral, mamografia, tomografia sem contraste, ressonância magnética sem contraste, citopatológico e anatomopatológico. As análises clínicas estão com contratos vigentes com clínicas locais, distribuídos por cotas em cada município.

No Litoral Norte há hospitais que oferecem serviços contratualizados com o Estado. São eles: Hospital Santo Antônio da Patrulha (Santo Antônio da Patrulha), que oferta serviços de tomografia sem contraste, mamografia, ecografia mamária, ecografia geral e raio X e análises clínicas; Hospital São Vicente de Paulo (Osório), que presta serviço de ecografia mamária, ecografia geral, mamografia e raio X; Hospital Nossa Senhora dos Navegantes (Torres), que oferta serviços de tomografia sem contraste, ecografia mamária, mamografia, raio X e análises clínicas.

A região possui dificuldade com o fornecimento dos exames de imagem com as clínicas particulares. Os contratos venceram no ano de 2015 e não houve, por parte do Estado, interesse em fazer novo chamamento público para a regularização do serviço. A prerrogativa de não ter um contrato ativo é a de que o fornecedor não tem a obrigação contratual de prestar totalmente ou até parcialmente os serviços. Os prestadores que estão nesta situação são: a) Clínica UNIRAD, localizada no município de Capão da Canoa, que presta serviço de tomografia sem contraste e mamografia e possui uma filial no município de Terra de Areia, a qual realiza somente mamografia; b) Clínica Urgemed, localizada no município de Tramandaí, que oferece serviços de ecografia mamária, mamografia e tomografia sem contraste; 3) Clínica Qualitá, localizada no município de Capão da Canoa, que presta serviço de ressonância magnética, sem contraste e sem sedação e possui uma cota de 45 exames por mês para a população da 18ª CRS; 4) Clínica Cedil, localizada no município de Osório, que oferta serviço de tomografia sem contraste; e 5) Laboratório Cito, localizado no município de Osório, que presta serviço de análise de anatomopatológico e citopatológico para todos os municípios do Litoral Norte e não realiza coleta de material.

Como é possível perceber, alguns desses serviços sem contrato são prestados unicamente por estas clínicas, como é o caso da ressonância magnética e do anatomopatológico. No ano de 2019, houve um chamamento público para exames de citopatológico no qual somente um prestador local demonstrou interesse. Até o momento de finalização desta dissertação, o chamamento não havia sido concluído.

3.7 Sistemas regulatórios

O ato de regular inclui tanto a regulamentação e elaboração de leis, regras ou normas quanto às ações técnicas que asseguram o seu cumprimento, com intervenções de controle, avaliação, fiscalização, auditoria, premiações e sanções (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006). O Estado, para garantir os serviços, pode transferi-los para o setor privado ou agir em parceria com agentes sociais, deixando de ser o centralizador da produção do bem público e passando a ser o coprodutor, mas mantendo a condição de responsável por sua produção (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019).

Nesse sentido, podemos dizer que o termo “regulação” refere-se aos serviços que funcionam sob concessão do Estado para suprir necessidades da população. O papel do Estado, ao se utilizar da regulação, é definir os critérios de organização e prestação dos serviços, estabelecendo as prioridades e regras para atuação dos mercados, formando assim um sistema que funciona a partir de regras e parâmetros acordados entre as partes executoras e reguladoras (VILARINS; SHIMIZUI; GUTIERREZ, 2012).

No setor da saúde, a regulação compreende ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção e a distribuição de bens e serviços de saúde (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019). Ela tem como objeto os estabelecimentos, envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais, as relações contratuais, o exercício das profissões de saúde, os protocolos assistenciais de atendimento, às condições de trabalho, os ambientes relativos ao setor saúde, a oferta e a demanda por serviços, a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos,

medicamentos e de outras tecnologias, além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde. Assim, pode-se dizer que a regulação no setor saúde é uma ação política de garantia de direitos sobre os interesses do mercado (BRASIL, 2016; GIANNOTTI, 2013; MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

O MS iniciou as ações na área regulatória partir dos anos 1990, definindo os papéis dos níveis de gestão no processo regulatório das normas operacionais: a regulamentação dos planos privados de saúde (Lei 9.656/1998), as criações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – Lei 9.782/1999 – e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Lei 9.961/2000 (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019). Nos anos 2000, com o cenário da regionalização, a regulação da assistência se acentuou, introduzindo o conceito de “regulação assistencial” ou de “regulação do acesso às urgências”. Em 2006, ganhou força com o Pacto pela Saúde, que instituiu diretrizes para a consolidação de processos de regionalização, a partir de instrumentos de planejamento e programação, que orientavam a descentralização, e da reorganização da gestão e regulação do sistema de saúde (CONASS, 2011; MACHADO, 2007).

Nesse contexto, e visando desenvolver as ações de regulação que já vinham se estruturando no Brasil, foi publicada a Portaria MS 1.559/2008, a qual institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (PNR) (BRASIL, 2008). Seus objetivos são estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no SUS, fortalecer a regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços, integrar e aprimorar os processos de trabalho e fortalecer os mecanismos e estratégias de gestão. As ações foram organizadas em três dimensões, que devem funcionar de maneira integrada: a Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019).

A Regulação de Sistemas de Saúde atua nos sistemas municipal, estadual e nacional de saúde e tem como objetivo a definição de macrodiretrizes para regulação da atenção, a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Suas ações são elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; planejamento, financiamento e fiscalização de sistemas de saúde; controle social e ouvidoria em saúde; vigilância sanitária e epidemiológica; regulação da

saúde suplementar; auditoria assistencial ou clínica; avaliação e incorporação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2008).

A Regulação da Atenção à Saúde é realizada pelas secretarias municipais e estaduais de Saúde. Tem como intuito a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde e como objetivo a garantia da adequada prestação de serviços à população. Suas ações abrangem cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS); contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas do MS; credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; atividades da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS); avaliação analítica da produção; avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (Pnass); avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso (BRASIL, 2008).

A Regulação do Acesso à Assistência também é chamada de regulação do acesso ou regulação assistencial e tem como instrumentos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Seu objetivo é realizar a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos, apoio diagnóstico e terapias. Dessa forma abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Suas ações envolvem a regulação do acesso a partir da atenção básica, de unidades especializadas e da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; autorização dos procedimentos de alto custo/complexidade; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos de regulação do acesso;

estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008).

De acordo com a PNR, a regulação do acesso organiza-se por meio de complexos reguladores e centrais de regulação (BRASIL, 2008). A Central de Regulação Ambulatorial regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais. A Central de Regulação Hospitalar regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. A Central de Regulação de Urgências regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, dependendo da organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

3.8 Complexo Regulador do Estado do Rio Grande do Sul

A SES/RS criou o Complexo Regulador Estadual, ao qual está vinculado as Centrais Ambulatorial, Hospitalar, Saúde Mental e Transplantes, e estabeleceu sua composição e funcionamento conforme a legislação. A Central de Regulação Ambulatorial (CRA) regula o acesso de pacientes não moradores da cidade de Porto Alegre às ofertas pactuadas (cotas e especialidades) para os prestadores da capital em conformidade às Redes de Atenção à Saúde pactuada em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em um processo compartilhado com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (BAGATINI, 2017), conforme demonstra o quadro 1.

Quadro 1 – Composição do Complexo Regulador proposto pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual da Saúde/RS

Complexo regulador	Ministério da Saúde	Secretaria Estadual da Saúde/RS
Estrutura	Complexo Regulador Estadual; Complexo Regulador Regional; Complexo Regulador Municipal.	01 Complexo Regulador Estadual; 07 Complexos Reguladores Macrorregionais; 18 Centrais de Regulação Regionais.

Composição	Central de Regulação de Urgência; Central de Regulação de Internação Hospitalar; Central de Regulação Ambulatorial.	Central de Regulação das Urgências; Central de Regulação Hospitalar; Central de regulação de leitos de Saúde Mental; Central de Regulação Ambulatorial; Central de Notificação; Captação e Distribuição de Órgãos/Central de Transplantes.
Modelagem	Definida pelos estados, com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR), na PGASS/PPI e na organização da rede de saúde dos Estados.	Planejados de acordo com o Plano de Regulação Assistencial Estadual, o PDR e com a capacidade instalada registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
Sistema informatizado de regulação	Sistema Nacional de Regulação (SISREG).	Inicialmente foi proposto o SISREG. Atualmente: SISREG nas centrais de regulação regionais; Gerenciador de Consultas (Gercon); Sistema de Gerenciamento de Internações (Gerint).

Fonte: Bagatini (2017).

3.8.1 O sistema regulatório no Rio Grande do Sul

No RS, atualmente existem três sistemas de regulação. O SISREG (Sistema Nacional de Regulação) é um sistema público disponibilizado pelo MS a estados e municípios para apoiar as atividades dos complexos reguladores, desenvolvido em 2001 pela Secretaria de Atenção à Saúde, em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O sistema foi desenvolvido considerando a necessidade de estabelecer uma política nacional de regulação assistencial, para apoiar os gestores na função de regulação do acesso. O SISREG é um sistema *online*, disponibilizado pelo DATASUS para gerenciamento e operação das centrais de regulação. O programa (*software*) funciona por meio de navegadores

instalados em computadores conectados à Internet e é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH) (CONASS, 2011). Em 2013, por recomendação do Ministério da Saúde, a SES/RS passou a utilizar o Sistema de Regulação SISREG para os processos regulatórios realizados exclusivamente pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2019). Atualmente, esse sistema já está sendo substituído pelo sistema Gercon na 12^a, 14^a e 17^a CRS em um projeto piloto, que se pretende expandir para todo o interior do RS.

O Gerint (Sistema de Gerenciamento de Internações), desenvolvido pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre (Procempa). Por ele, são feitos os cadastros para solicitações de internações pelos hospitais que necessitam de transferência de pacientes. Após a entrada desse pedido, a Central de Regulação do Estado realiza a busca de leitos a partir do próprio sistema e por contatos telefônicos com os serviços de referências para aquela especialidade. Quando a vaga é disponibilizada, o paciente é transferido conforme critérios de gravidade e tempo na fila. A SES/RS atualmente está implantando a fase 2 do Gerint, o qual está permitindo maior controle, pois o monitoramento e a aceitação ou rejeição do hospital executante estão sendo realizados pelo sistema informatizado em tempo real, além do acompanhamento do prontuário eletrônico do cliente até a alta. Esse sistema possibilita que a Central Estadual de Regulação mantenha um mapa de ocupação atualizado, o que traz uma maior eficácia e rapidez ao processo. Futuramente será implantada a fase 3 do Gerint, em que o pagamento da IAH, será realizado com base neste sistema. (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2019).

O Gercon (Sistema de Gerenciamento de Consultas e Exames Especializados), também desenvolvido pelas equipes da SMS e da Procempa, permite mais equidade no atendimento à população, na medida em que é possível priorizar, através da informatização, as situações mais graves e urgentes, e não apenas por simples ordem de entrada no sistema, como o antigo sistema AGHOS (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2020a).

De acordo com a SES/RS (2020a), esta classificação de gravidade se dá por meio de uma pontuação, através da descrição do quadro clínico, em que se deve

registrar todas as informações que justifiquem a solicitação de consulta e a gravidade da doença, como histórico, sinais e sintomas, resultados de exames, atendimentos anteriores. Após esses dados serem registrados, o sistema gera um questionário somatório de pontos que deve ser respondido de acordo com as informações do médico solicitante. Este corresponderá à prioridade inicial da solicitação de consulta e a classificação de prioridade por cores correspondentes vermelho (prioridade máxima), laranja, amarelo, verde e azul. Porém, a classificação de prioridade final será escolhida pelo médico regulador após análise de todas as informações. As respostas informadas devem estar de acordo com os dados informados na descrição do quadro clínico, caso contrário, a solicitação será questionada pelo regulador, para melhor qualificação. No Gercon, no momento da consulta de uma avaliação de solicitação de consultas especializadas podemos encontrá-las nas seguintes definições, conforme o quadro 2, abaixo:

Quadro 2 – Situação de atendimento de uma solicitação no Gercon

Denominação	Conceito	Próximo Operador/Unidade a dar andamento à solicitação
Aguarda Regulação	<i>Status</i> que aparece automaticamente após o cadastro inserido no sistema para moradores não residentes em Porto Alegre.	Regulador da CRA/RS deve avaliar a solicitação.
Pendente	Solicitação com pedido do regulador para complementação de informações ou esclarecimentos.	Profissional da unidade solicitante deve fornecer as informações que serão cadastradas no Gercon pelo operador da SMS.
Aguarda Matriciamento	Solicitação cuja especialidade foi classificada para consultoria com o TelessaúdeRS. Para que seja evoluída no sistema, é preciso que o médico solicitante entre em contato com o teleconsultor pelo 0800 644 6543.	Profissional Solicitante deve contatar o TelessaúdeRS para discutir o caso. O TelessaúdeRS registra o andamento no Gercon

Em Matriciamento	Solicitação cuja especialidade foi classificada para consultoria com o TelessaúdeRS e que o médico solicitante já entrou em contato com o teleconsultor, mas ainda não houve decisão.	Profissional do TelessaúdeRS decidir pela autorização da solicitação, cancelamento ou outro desfecho.
Aguarda Reavaliação	Uma solicitação ficará classificada neste estado por dois motivos: 1) Solicitação pendente já respondida pela unidade solicitante que, aguarda nova avaliação do regulador; 2) Solicitação já autorizada e classificada a prioridade, na qual foi registrada uma evolução pela unidade solicitante, pedindo que o regulador reavalie a prioridade devido à piora do quadro do paciente.	Regulador da CRA/RS deve avaliar novamente a solicitação. É importante salientar que, se a solicitação mudar do estado “autorizado” (quando já está na fila de marcação) para o estado “aguarda reavaliação” a pedido da Unidade Solicitante, ela sai da lista de marcação até a reavaliação do regulador.
Encaminhada ao NIR	Solicitação encaminhada, através do próprio Gercon, para o Núcleo Interno de Regulação - NIR do(s) hospital(is), com questionamentos do regulador da central.	O NIR deve responder o questionamento do regulador da central.
Autorizada	Solicitação já autorizada pelo regulador para agendamento. É o único estado de atendimento que permite agendamento.	Videofonista da CRA (Perfil “Apoio à regulação”) deve agendar, conforme disponibilidade de vagas.
Agendada	Consulta agendada pela CRA.	Operador da SMS deve confirmar se o paciente vai comparecer à consulta agendada e registrar esta informação no Gercon.
Agenda Confirmada	Consulta agendada e confirmada pela Unidade Solicitante/SMS ou CRA de que o paciente comparecerá à consulta.	SMS deve imprimir o cupom de marcação, orientar o paciente sobre os documentos a serem levados no dia da consulta e providenciar o transporte, caso necessário.
Confirmação Expirada	Situação classificada automaticamente pelo sistema,	Caso ainda haja necessidade da consulta, a unidade

	quando a consulta “Agendada” não for confirmada dentro do prazo.	solicitante poderá solicitar reversão no Gercon. Caso esta medida não seja tomada, a solicitação passará para a situação “Cancelada” em 30 dias.
Realizada	Consulta informada pelo prestador ou pela central de regulação como realizada, ou seja, paciente compareceu à mesma.	O agendamento das consultas de retorno no Gercon, pelos prestadores, está prevista para fases posteriores. Enquanto isso, a verificação do agendamento de retornos deve ser feita diretamente com o paciente.
Faltante	Consulta informada pelo prestador como não realizada, ou seja, paciente não compareceu à mesma. Passa para o estado “Cancelado”.	
Cancelada	Solicitação cancelada no Gercon por vários motivos: falta de resposta, em prazo parametrizado, no estado “Pendente”; falta de evolução pela unidade solicitante, no prazo parametrizado, sobre a manutenção da necessidade da consulta ou não; situação em “Confirmação Expirada” por mais de 30 dias; não comparecimento à consulta agendada; outros (óbito, etc.).	Caso ainda haja necessidade da consulta após o cancelamento da solicitação, pelo prazo de seis meses (Resolução CIB/RS 430/15), a unidade solicitante poderá solicitar, no Gercon, reversão do cancelamento. Nesse caso, o estado passará para “Aguarda reversão”.
Aguarda Reversão	Caso ainda haja necessidade da consulta após o cancelamento da solicitação, pelo prazo de seis meses (Resolução CIB/RS 430/15), a unidade solicitante poderá solicitar, no Gercon, reversão do cancelamento. Neste caso, o estado passará para “Aguarda reversão”.	A equipe da CRA deverá avaliar a solicitação para decidir se autoriza a reversão para a situação “Autorizada” (fila de espera).

Cancelada sem reversão	Solicitação cancelada definitivamente no Gercon por dois motivos: classificação pelo regulador, quando entende que a solicitação não é pertinente; classificação automática após 365 dias na situação “Cancelada”.	Caso, futuramente, a consulta seja necessária, deverá ser cadastrada nova solicitação.
Encerrada	Solicitação realizada e a unidade executante concluiu que não há mais necessidade de manter vínculo com a mesma - volta para a Unidade Solicitante (atenção básica/outra).	

Fonte: Adaptado do Manual Gercon para as unidades solicitante (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2017).

Cabe salientar que, em função de parâmetros pactuados em CIB, uma solicitação de consulta em fila de espera não pode ficar sem reavaliação/manutenção pelo solicitante (novas evoluções/informações) pelo tempo máximo determinado de um ano, mesmo que a solicitação esteja autorizada. Ou seja, se o operador não informar nenhuma evolução nova dentro deste período, a solicitação será cancelada, sendo facultado o pedido de reversão de cancelamento (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2017).

3.8.2 Fluxo de regulação para encaminhamentos ambulatoriais do interior do Rio Grande do Sul para Porto Alegre

O fluxo de regulação inicia-se nas unidades de saúde, onde o médico avalia a necessidade de encaminhamento do paciente a uma avaliação especializada. A solicitação é encaminhada à SMS, que cadastra o pedido no sistema informatizado. Os profissionais reguladores avaliam, autorizam e classificam a solicitação. Conforme a disponibilidade de agenda, a solicitação autorizada é agendada/marcada com base em algoritmo de gravidade e tempo de espera (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2021a).

Para o processo regulatório, a equipe multiprofissional da Central de Regulação Ambulatorial utiliza-se de protocolos e mapas de referências das especialidades pactuadas nas regiões de saúde. Os municípios são orientados a seguir os protocolos para inserir as solicitações com o maior número de informações sobre o quadro clínico e tratamento realizado pelo paciente, são informados sobre a existência de serviços de média e alta complexidade pactuados regionalmente e sobre como utilizar a teleconsultoria ofertada pelo TelessaúdeRS aos médicos e enfermeiros da atenção básica (BAGATINI, 2017).

A lista de espera é ordenada para agendamento, primeiramente pela classificação de risco e gravidade e, após, pelo critério cronológico da data de inserção da solicitação no sistema informatizado Gercon (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Ainda, o sistema, de acordo com o informe CRA 03/2017, disponibiliza a informação do tempo de espera da solicitação e tempo médio de espera para o agendamento na mesma especialidade. Tal informação de tempo médio deve ser utilizada apenas como estimativa e não garantia de agendamento (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2020a).

3.8.3 Projeto RegulaSUS

A SES/RS possui um projeto articulado com o TelessaúdeRS denominado RegulaSUS, cujo objetivo é diminuir o tempo de espera para as consultas especializadas, priorizar o atendimento para os pacientes mais graves e tentar resolver boa parte dos problemas de saúde dos usuários no município de residência (quadro 3). Isso ocorre através da teleconsultoria entre o médico, a enfermeira da atenção básica e a equipe do TelessaúdeRS, mediante protocolos de encaminhamento. O município Santo Antônio da Patrulha, da 18ª CRS, ocupa o primeiro lugar em número de teleconsultorias do RegulaSUS no período de novembro de 2013 a setembro de 2019, sendo um total de 461 (UFRGS, 2019).

Quadro 3 – Quadro comparativo dos protocolos existentes no MS e dos desenvolvidos no RS

Sistema Informatizado de Regulação	Gerenciador de Consultas (Gercon)
------------------------------------	-----------------------------------

Protocolos de encaminhamento elaborados pelo MS	Cardiologia, endocrinologia, ginecologia, hematologia, nefrologia, ortopedia, proctologia, reumatologia, urologia.
Protocolos de encaminhamento do Estado do RS elaborados pelo TelessaúdeRS*	Cirurgia torácica, dermatologia, estomatologia, gastroenterologia, genética, infectologia, mastologia, neurocirurgia, neurologia, obstetrícia, pneumologia, psiquiatria.

*O RS utiliza, além dos protocolos do TelessaúdeRS, os protocolos existentes no MS.

Fonte: Bagatini (2017).

Os usos de protocolos permitem a qualificação das solicitações, norteiam o profissional assistente na identificação do manejo adequado da assistência, tratando o paciente no seu local de origem, bem como na inserção das informações necessárias para avaliação do regulador (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

3.8.4 Disponibilidade de cotas – Resolução CIB/RS 237/2011

A disponibilidade de cotas foi definida através da Resolução CIB/RS 237/2011, de 29 de julho de 2011, devido à necessidade de garantir o acesso à atenção secundária e terciária ambulatorial, a partir de cotas definidas e organização de fila única municipal, conforme pactuações estabelecidas. Sua finalidade consiste em conferir visibilidade ao processo de cadastro da demanda, do cadastro da oferta e processo regulatório; estabelecer relações de competências entre os municípios, o Complexo Regulador Estadual e os Complexos Reguladores Municipais; e atender a necessidade da regulação ambulatorial estadual ser compartilhada com o município de Porto Alegre (RIO GRANDE DO SUL, 2011). O quadro 4 demonstra como ficaram definidos os papéis da gestão do estado e dos municípios a partir da referida resolução.

Quadro 4 – Responsabilidades estaduais e municipais

Responsabilidades da SES/RS	Responsabilidades dos municípios
Intermediar o processo regulatório nas referências intermunicipais.	Ser o responsável pela gestão de sua demanda por assistência ambulatorial secundária, inclusive com preenchimento das agendas disponibilizadas via sistema.

Identificar desajustes entre a pactuação e as necessidades dos usuários.	Utilizar os critérios de ordenamento da fila de espera e referências pactuadas.
Disponibilizar ferramentas de informática para o gerenciamento das ações de regulação de acesso à atenção secundária e terciária.	Cadastrar a totalidade de suas solicitações de acesso à atenção secundária.

Fonte: Rio Grande do Sul (2011).

3.8.5 Escopo da Regulação Ambulatorial

É de responsabilidade da CRA regular qualquer solicitação eletiva, como consulta, exame de apoio de diagnóstico ou terapêutico, cirurgia, reabilitação e tratamento para não moradores de Porto Alegre aos serviços contratualizados naquele município. Primeiramente, é realizada uma consulta médica especializada e, a partir daí, são feitos os encaminhamentos que se julgar necessário (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

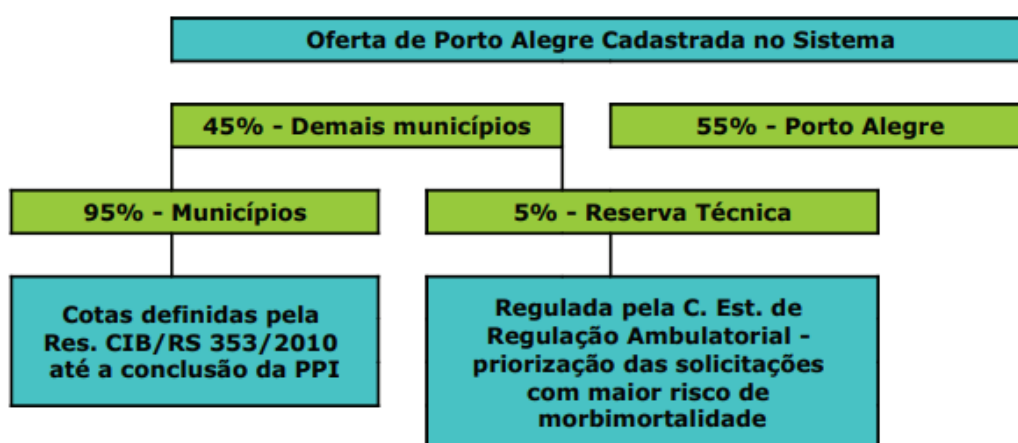
Ainda de acordo com o informe da Central de Regulação Ambulatorial (CRA) 13b/2018, a Central regula o acesso somente às primeiras consultas SUS (de acordo com referências pactuadas) nos prestadores de Porto Alegre. Dessa forma, quando as Secretarias Municipais de Saúde identificarem necessidade de procedimentos ou materiais na solicitação, devem, antes de cadastrar no sistema Gercon, verificar na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, se há oferta dos mesmos. Para maiores informações, o município deve procurar a CRS e/ou consultar o SIGTAP. Independentemente da autorização do encaminhamento, as condutas e procedimentos a serem realizados serão definidos pelo prestador executante.

3.8.6 Cotas de procedimentos para a oferta sediada no município de Porto Alegre

São reguladas 100% das primeiras consultas especializadas. Desse total de ofertas, 55% são destinados à capital e 45% aos demais municípios do estado. A SES/RS destina 95% da cota destinada aos demais municípios do RS, segundo CIB/RS 353/2010. Os demais 5% são utilizados como reserva técnica das consultas

especializadas, destinadas à regulação ambulatorial, para priorizar as demandas com maior risco de morbimortalidade (RIO GRANDE DO SUL, 2011), como demonstra a figura 5.

Figura 5 – Disponibilidade de cotas dos serviços sediados em Porto Alegre destinadas à capital e a demais municípios do RS



Fonte: Rio Grande do Sul (2011).

3.8.7 Cadastro da demanda no sistema informatizado

Inicialmente, a inserção de cadastros no sistema Gercon podia ser realizada pelo perfil de solicitante utilizado pelos setores de solicitação de consultas no sistema das secretarias municipais de saúde (perfil administrativo da secretaria de saúde). Esse perfil permite visualizar todas as solicitações do município e pode agir (cadastrar, visualizar, evoluir) nas solicitações de todas as unidades solicitantes do município. De acordo com o informe CRA 22/2018, a partir de 2018, ficou permitida a admissão de uma modalidade local visando à descentralização dos cadastros pelos municípios para as unidades básicas de saúde (UBS), o quais são: 1) “Administrativo Unidade Solicitante”: equipe de apoio na UBS, profissionais de nível superior não médico; 2) “Profissional Solicitante”, vinculado somente a profissionais médicos da UBS.

Os dois perfis podem visualizar, cadastrar e evoluir as solicitações da unidade e realizam as mesmas ações no sistema. Porém, a resposta às pendências nas

solicitações deverá ser registrada apenas pelos operadores com perfil “Administrativo Unidade Solicitante” ou perfil “Profissional Solicitante”, vinculados somente a profissionais médicos. A mudança do modelo atual (operadores Gercon somente na SMS) para o novo modelo (operadores Gercon nas unidades de saúde) é uma opção do município, mas, futuramente, essa inclusão será obrigatória.

Atualmente, os municípios que compõem a 18ª CRS, com exceção do município de Osório, que iniciou a descentralização em uma UBS piloto, possuem somente o perfil “Administrativo Secretaria de Saúde”, em que as solicitações são oriundas das UBS ou de Estratégias da Saúde da Família (ESF) e centralizadas em um único local. O médico verifica a necessidade do atendimento especializado, dá o encaminhamento ao paciente, que, munido deste formulário, se desloca até a regulação municipal e protocola esta solicitação.

A inserção da demanda é dever da gestão municipal, estabelecendo uma fila de espera por município segundo procedimento e subespecialidade. É de responsabilidade do município orientar as unidades de saúde sobre suas obrigações na utilização do sistema, as quais, conforme o informe CRA 22/2018, são: 1) cadastrar solicitações conforme o manual do sistema Gercon - as solicitações que possuem protocolo devem ser cadastradas com o conteúdo mínimo descrito no mesmo; 2) responder aos questionamentos dos reguladores; 3) ligar para o TelessaúdeRS quando for indicado matriciamento; 4) cancelar solicitações quando as mesmas não forem mais necessárias; 5) avisar os pacientes, confirmar as consultas agendadas no sistema e entregar o cupom de agendamento, conforme manual do Gercon; 6) em caso de não comparecimento justificado à consulta agendada, solicitar reversão para a situação autorizada; 7) acompanhar a publicação de tutoriais e documentos no menu AJUDA do Gercon; 8) observar as boas práticas de segurança da informação, descritas no Termo de Responsabilidade do Operador, principalmente no que diz respeito à não divulgação da senha pessoal de acesso.

Ainda, o sistema permite a opção de acesso prioritário. Para tanto, os municípios solicitantes devem considerar as seguintes situações. São elas: o tempo de espera causa agravamento importante das condições clínicas; quando há necessidade de investigação de alteração sistêmica importante; situações

encaminhadas através do processo realizado pelo TelessaúdeRS; ou outros critérios a serem definidos em protocolos clínicos (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

3.8.8 Inserção das agendas no sistema informatizado

As agendas são inseridas no sistema pelos próprios prestadores mediante validação pelas Centrais de Regulação ou inseridas pelas próprias. Somente podem ser canceladas ou bloqueadas mediante regulação, considerando o tempo hábil para comunicação e regras contratuais (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

A oferta das consultas especializadas realizadas no município de Porto Alegre é disponibilizada no sistema Gercon. As consultas são agendadas pela CRA. Se a cota for inferior a uma consulta por mês, ela é agrupada por trimestre, semestre ou ano, até que representem números inteiros. A exceção para a regra citada são as subespecialidades com oferta muito reduzida, cujas cotas são acumuladas e agendadas pela CRA, respeitando os direitos dos municípios à sua cota (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

O agendamento da reserva técnica (5%) é realizado pela CRA e destinada às situações relacionadas nas filas de espera com solicitação de prioridade (RIO GRANDE DO SUL, 2011). A SES/RS acessa a fila de espera para todo o estado, com a finalidade de agendar situações com prioridade sinalizada pelos municípios, utilizando a cota destinada à reserva técnica (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Já as consultas e exames de diagnósticos ofertadas pelo sistema SISREG, realizadas regionalmente visto que o prestador situa-se fora do município de Porto Alegre, as consultas são agendadas no sistema pelos próprios municípios, de acordo com a prioridade definida por eles mesmos, respeitando os direitos dos municípios à sua cota e a oferta é regulada pelas CRS.

3.9 Judicialização na Saúde

Como visto anteriormente, a Constituição Federal, promulgada em 1988, assegura o direito de todos à saúde e define o Estado como responsável pela sua garantia (BRASIL, 2016). Para contemplar o cumprimento dos preceitos constitucionais de promoção, proteção e recuperação da saúde pelo Estado, foi regulamentado e criado o SUS por meio da Lei Federal 8.080/1990, com seus princípios de universalidade, igualdade e integralidade (BRASIL, 1990).

Apesar do significativo avanço na democratização do país pela garantia do direito universal à saúde, na prática, esse direito ainda não é plenamente efetivado. Em função disso, os cidadãos, de forma individual ou coletiva, têm buscado no campo jurídico os meios para garantir seu direito à saúde, fenômeno que vem sendo denominado de judicialização da saúde (MACHADO; DAIN, 2012; PEPE *et al.*, 2010).

Tal fenômeno concretiza-se por meio das demandas que chegam ao Poder Judiciário requerendo a satisfação das necessidades em saúde não atendidas pelo Estado enquanto provedor ou regulador da saúde. A solicitação e a concessão de ações judiciais têm se baseado na interpretação de que a integralidade comporta o direito a toda e qualquer tecnologia em saúde que visem à promoção, prevenção, recuperação ou manutenção da saúde dos brasileiros (GUIMARÃES, 2014; PANDOLFO; DELDUQUE; AMARAL, 2012).

Ela pode ser entendida, na perspectiva do SUS, como a expressão da incapacidade do sistema de aplicar concretamente seus princípios e diretrizes, principalmente no que se refere a atender as demandas regularmente. Já na perspectiva do cidadão, a judicialização reflete o posicionamento do paciente que acredita na necessidade e no potencial benefício da tecnologia prescrita, considerando que o SUS deveria fornecer terapias a quem necessitar. Para os prescritores, reflete a crença na superioridade da tecnologia prescrita em relação àquelas disponíveis ou não no SUS. E, por fim, na perspectiva dos juízes, quando o Estado se omite ou falha na implementação plena das políticas públicas, cabe ao Poder Judiciário o papel de garantir o direito à saúde, como estabelecido no artigo

196 da CF, e decidir, geralmente em caráter de urgência, baseando-se principalmente na opinião do médico, em detrimento das melhores evidências científicas disponíveis (LISBOA, 2015).

Nas últimas duas décadas, o crescimento das ações judiciais tem sido motivo de preocupação para gestores da saúde e operadores do direito (PEPE *et al.*, 2010) por causar impactos significativos na estruturação, no financiamento e na organização do sistema de saúde, e consequentemente, na oferta de serviços e tecnologias à população brasileira. Também há de se considerar que a judicialização pode interferir nas políticas de saúde, aumentando a pressão sobre o sistema público para a incorporação de tecnologias que não foram anteriormente incorporadas ao SUS por falta de evidências científicas, ou que não sejam totalmente eficazes (ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO, 2012; REVEIZ *et al.*, 2013; TORRES, 2010).

Nesse contexto, o SUS tem se estruturado buscando mais efetividade na oferta de serviços e tecnologias seguras e eficazes à população brasileira. No campo das políticas farmacêuticas, destacam-se a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, destinadas à garantia da necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, da promoção do uso racional e do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Ambas as políticas ressaltam o uso da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) como instrumento norteador oficial que elenca os medicamentos ofertados no âmbito do SUS, enfatizando a necessidade de atualização periódica (BRASIL, 1998, 2004).

Destaca-se também a sanção presidencial da Lei 12.401/ 2011, que definiu que a assistência terapêutica integral no âmbito do SUS deve se dar em conformidade com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) para as doenças e que a incorporação, pelo SUS, de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração dos PCDT serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 dias, contados da data em que foi protocolado o pedido, admitido a sua prorrogação por 90 dias corridos, quando as circunstâncias exigirem (BRASIL,

2011b). Nesse sentido, o preceito constitucional da integralidade na saúde foi regulamentado (GUIMARÃES, 2014).

Nos países que possuem sistemas de acesso universal à saúde, o conceito de integralidade é regulamentado por agências de excelência específicas, por meio de metodologias complexas (GUIMARÃES, 2014). De modo geral, essas agências subsidiam o governo através de recomendações sobre intervenções de saúde para o sistema de saúde. No Brasil, esse papel é exercido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (BRASIL, 2011b).

O sistema jurisdicional prima pelo cumprimento da CF quanto ao direito fundamental à saúde, promovendo audiência pública em 2009, facilitando a interlocução de diversos atores e setores sociais envolvidos (GOMES *et al.*, 2014). As ações resultantes desta audiência resultaram na publicação da Resolução 107 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que institui o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e da Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014), que forneceu diretrizes para os trabalhos dos magistrados sobre as análises dos pedidos em saúde, além de recomendar que os gestores sejam chamados para esclarecer suas decisões, principalmente quando há a recusa na ação judicial (GOMES *et al.*, 2014).

A publicação da Recomendação 31/2010 do CNJ (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010) também é um marco importante, visto que indica aos tribunais a adoção de medidas para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. As medidas que se destacam são a instrução das ações, se possível com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, prescrição de medicamentos com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral e indicação da posologia exata; a não autorização do fornecimento de medicamentos não registrados pela ANVISA; quando possível, a realização da escuta da parte dos gestores, antes da apreciação de medidas de urgência e da realização de convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico aos magistrados (VALLE; CAMARGO, 2011).

É possível observar, através das publicações do CNJ, uma preocupação do Poder Judiciário em adotar procedimentos que tendem ao uso de evidência científica (GOMES *et al.*, 2014). Tal preocupação é justificada por causar impactos

significativos na estruturação e organização do sistema de saúde, na oferta de serviços e tecnologias à população brasileira e no financiamento. Além da questão orçamentária, muitas das decisões judiciais infringem ou distorcem princípios do SUS, sobretudo o da equidade (BRASIL, 2020).

A equidade em saúde refere-se à diminuição das diferenças consideradas desnecessárias e evitáveis. Para o SUS, todo cidadão é igual perante a lei e deve ser atendido de acordo com suas necessidades. Assim, os serviços de saúde precisam conhecer as necessidades dos diferentes grupos da população e trabalhar para satisfazê-las, oferecendo mais a quem mais precisa, contribuindo para a diminuição das desigualdades existentes (CHIEFFI; BARATA, 2009).

As ações judiciais ferem o princípio da equidade quando garantem a poucos indivíduos a obtenção de tecnologias que não são oferecidas pelo SUS, beneficiando aqueles indivíduos que conseguem acionar o Estado via Poder Judiciário, em detrimento de outros. Desse modo, o acolhimento dessas demandas, na maioria das vezes, significa o estabelecimento de privilégios para aqueles que estão se beneficiando do resultado das ações judiciais, interferindo de forma negativa na organização do SUS, deslocando recursos públicos das políticas de saúde para o atendimento das demandas individualizadas (SANTOS, 2006).

Apesar das leis, das políticas de saúde e ações para aperfeiçoar a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, o Brasil ainda enfrenta o desafio de assegurar o acesso aos insumos essenciais frente às iniquidades existentes. Dessa forma, o acesso aos insumos de saúde são prioridade nas políticas de saúde, enfatizando a importância de assegurar padrões de equidade e produtos de qualidade (BERMUDEZ, 2007).

A obtenção dos benefícios pelos que entram na esfera jurídica fere o princípio da equidade, prejudicando, assim, a coletividade pelo desvio da alocação dos recursos finitos e causando ainda a desarticulação das políticas, ações e serviços existentes e a não consolidação dos objetivos originários do SUS. Ao interferir nas políticas de saúde, a judicialização pode revelar-se como uma estratégia de grupos econômicos relacionados com a produção de tecnologias em saúde, para promover pressão sobre o SUS para incorporação de tecnologias, sem considerar as

evidências científicas ou que nem sempre sejam totalmente eficazes (BRASIL, 2020).

A alta e persistente demanda judicial, combinada com respostas automáticas e insatisfatórias sem uma devida e cuidadosa análise crítica pelos atores envolvidos, pode causar algum tipo de “disfunção nos sistemas” (BARROSO, 2007). Nesse sentido, pode provocar prejuízos significativos à efetividade (individual e coletiva) do direito à saúde, com violação de princípios éticos e legais importantes, como o acesso igualitário (VENTURA *et al.*, 2010).

Nesse sentido, as ações judiciais em saúde podem ajudar a suprir as falhas na assistência à saúde, mas também podem trazer, como efeitos colaterais, prejuízos aos esforços de distribuição equânime de tecnologias, o aumento da desigualdade entre os que têm e os que não têm acesso à já sobrecarregada Justiça e a promoção do uso de tecnologias cuja efetividade ainda não está comprovada. Além da possibilidade de haver interesses escusos sobrepondo indústria farmacêutica, advogados e médicos, que poderiam ver nos altos custos das tecnologias judicializadas uma fonte de recursos financeiros (BRASIL, 2020).

Com esse cenário, vários estudos foram realizados sobre a judicialização da saúde, sendo que a maioria enfatiza os efeitos negativos desse tipo de demanda na governabilidade e na gestão das políticas e ações de saúde. Esse tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos mais esclarecidos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros (CHIEFFI; BARATA, 2009; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

3.9.1 A judicialização no Rio Grande do Sul

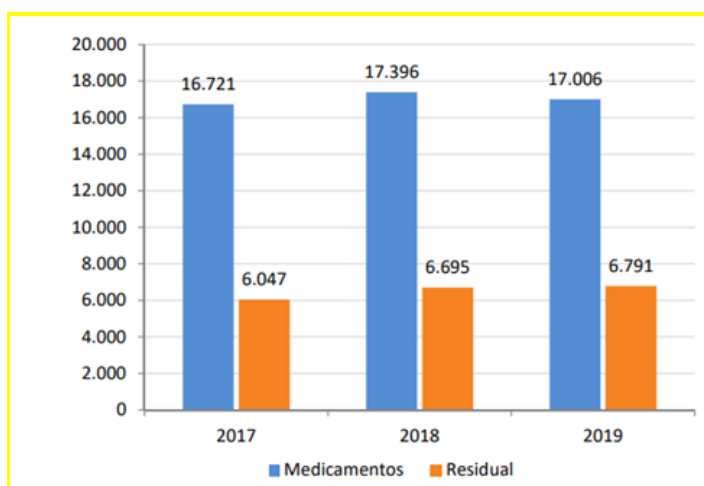
O Rio Grande do Sul é um dos estados que apresenta o maior índice de judicialização em saúde do país, representando um desafio ao gestor público, especialmente pelo alto valor despendido, que compromete de maneira significativa o orçamento da saúde. A proporção do orçamento destinada à judicialização é tanta que deixou de ser considerada uma ação de responsabilidade somente da

Secretaria de Estado da Saúde para ser uma questão governamental, sendo elencada como uma das prioridades na área (RIO GRANDE DO SUL, 2021a).

As demandas judiciais em saúde na SES/RS são divididas em medicamentos e residuais, englobando nesta categoria todos os demais pedidos que não sejam para fornecimento de fármacos. Os gastos judiciais efetuados pela SES/RS são de três tipos: a) sequestros judiciais, situação em que o Poder Judiciário determina o bloqueio das contas do Estado e efetua a retirada deste recurso para o custeio de medicamentos e outras demandas assistenciais, tais como órteses, próteses, pequenas cirurgias, compra de leitos, realizações de exames e procedimentos, materiais diversos, dentre outras; b) depósitos judiciais, situação em que a SES/RS não tem como disponibilizar o medicamento ou atender à demanda assistencial, razão pela qual deposita o valor para o usuário, através do Poder Judiciário; e c) aquisições de medicamentos e/ou tratamentos de saúde, por demandas judiciais, ou seja, quando a SES/RS providencia a compra de medicamentos e/ou serviços, através do gestor estadual, por ata de registro de preço ou contrato de prestação de serviços, desde que tenha ordem ou sentença judicial (RIO GRANDE DO SUL, 2021a).

No período de 2017 a 2019, houve um acréscimo na propositura de demandas judiciais em matéria de saúde, conforme evidencia a figura 6, que demonstra o número de expedientes administrativos abertos na SES/RS.

Figura 6 – Demandas judiciais da SES/RS conforme tipo no RS, de 2017 a 2019



Fonte: Rio Grande do Sul (2021a).

Verifica-se que as demandas residuais vêm aumentando gradativamente e, apesar das demandas por os medicamentos apresentarem um número expressivo, em 2019, tiveram leve regressão em comparação com o ano anterior.

3.9.2 Serviços judiciários no território da 18ª CRS

No território da 18ª CRS, contamos com 08 defensorias públicas que atendem de forma regionalizada os 23 municípios do Litoral Norte do RS, aos quais se encontram conforme a disposição do quadro abaixo:

Quadro 5 - Distribuição dos serviços de defensoria pública do Litoral Norte/RS.

Município sede	Referência para
Capão da Canoa	Xangri-lá
Mostardas	Tavares
Stº Antônio da Patrulha	Caraá
Osório	Maquiné
Palmares do Sul	Capivari do Sul
Terra de Arreia	Itati
Torres	Arroio do Sal, Dom Pedro de Alcântara, Mampituba, Morrinhos do sul, Três Cachoeiras, três Forquilhas
Tramandaí	Balneário Pinhal, Cidreira, Imbé.

Fonte: Defensoria RS 2021

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO. **Intervenção Judicial na Saúde Pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa-a---o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>. Acesso em: 1 set. 2020.
- ARAÚJO, Izabel Cristina de Souza; MACHADO, Felipe Rangel de Souza Machado. A judicialização da saúde em Manaus: análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-13, 2020.
- BAGATINI, Carmen Luisa Teixeira. **A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde** [manuscrito], 2017.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.
- BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista da Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n.66, p. 89-114, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://www.pge.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/22171856-rpge66livro.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.
- BERMUDEZ, Jorge. Acesso a insumos em saúde: desafios para o Terceiro Mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 744–745, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BP4MCmmqPK99tyVtYfRz5pC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.
- BIEHL, João; SOCAL, Mariana Peixoto; AMON, Joseph. The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in southern brazil. **Health and Human Rights Journal**, v. 18, n. 1, p. 209-220, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070692/pdf/hhr-18-209.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.
- BONACOLSI, Nicoli. Entendendo o sistema SIGTAP e a Tabela de Procedimentos do SUS. **Blog do Carefy**, São Paulo. 24 mai. 2021. Disponível em: <https://blog.carefy.com.br/index.php/sigtap-sus/>. Acesso em: 03 abr. de 2021.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas

Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, [2016]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [1990]. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Presidência da República, [1998]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 10.520, de 17 de julho de 2002.** Institui, no âmbito, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2002]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10520.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 338, de 6 de maio de 2004.** Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Presidência da República, [2004]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **O Remédio via justiça:** Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos do direito à saúde no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_direito_saude_brasil.pdf. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2007b]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.htm. Acesso em: 06 de mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2008]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em 06 de mai. 2021.

BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2011a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde: SUS. Brasília, DF: Presidência da República, [2011b]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12401-28-abril2011-610586-publicacaooriginal-132349-pl.html>. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronica.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.612, de 1º de outubro de 2019. Habilita o Centro de Especializado em Reabilitação tipo III - CER III. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 192, p. 105-106, 03 out. 2019. [2019^a]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.612-de-1-de-outubro-de-2019-219660600?fbclid=IwAR1SS7wqye9gtqMZXJTI3640Gd4rKEEQ1sSJQbmd6zKj5myN6x5kM5x27qk>. Acesso em: 25 set. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 13.896, de 30 de outubro de 2019**. Altera a Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que específica. Brasília, DF: Presidência da República, [2019b]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13896.htm#art1. Acesso em: 06 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: judicialização da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cassia Barradas. Judicialização da política pública de assistência e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/btPynPdQLS3LzjgyLmRMGhR/?lang=pt>. Acesso em: 06 fev. 2021.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cassia Barradas. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429, 2010.

CONCORDE – COORDINATING COMMITTEE. MRC/ANRS randomised double-blind controlled trial of immediate and deferred zidovudine in symptom-free HIV infection. **Revista The Lancet**, [S. l.], v. 343, p. 871-881. 1994.

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS. **Consulta de Estabelecimento**. 2020. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação n.º 31, de 30 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>. Acesso em: 05 set. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Enunciados aprovados no I Jornada de Direito da Saúde do CNJ em 15 de maio de 2014**. São Paulo, SP: CNJ, 2014. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2014/03/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENARIA_15_5_14_r.pdf. Acesso em: 05 set. 2020.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Regulação em Saúde. In: **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**, v. 10. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

COSEMSSC – CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. TETO MAC! SISMAC V.02, Florianópolis, 21 nov. 2017. Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/teto-mac-sismac-v-02/>. Acesso em: 04 jul. 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DEFENSORIA PÚBLICA ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL. Locais de atendimento. Disponível em: <https://www.defensoria.rs.def.br/locais-de-atendimento>. Acesso em: 18 Dezembro. 2021.

FEIJÓ, Gabriela Moreira. As decisões judiciais sobre a atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar do SUS. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3115, 11 jan. 2012. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/20833>. Acesso em: 02 ago. 2021.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; ANGULO-TUESTA, Antonia; HARTZ, Zulmira. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200613. Acesso em: 24 mar. 2020.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Descentralização. In: **Pense SUS**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/descentralizacao>. Acesso em: 03 jun. 2021.

GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa. **Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Tecnologias para o SUS – Grupo Hospitalar Conceição (GHC)**. 2021. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/index.php/ensino/mestradoprofissional>. Acesso em: 28 out. 2021.

GIANNOTTI, Elaine Maria. **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos**. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GOMES, Dalila Fernandes *et al.* Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 139-156, jan./mar. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100139. Acesso em: 10 nov. 2015.

GUIMARÃES, Reinaldo. Judicialização na Saúde: o que há de novo?. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco**, Rio de Janeiro, 06 mar. 2014. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/judicializacao-na-saude-o-que-ha-de-novo/1733/>. Acesso em: 20 set. 2020.

LEITÃO, Luana Couto Assis *et al.* Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. **Revista Salud Pública**, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 360-370, mai/jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000300003. Acesso em: 20 set. 2020.

LISBOA, Erick Soares. **Acesso ao tratamento da diabetes na Bahia: por que se recorre ao judiciário?**. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17910>. Acesso em: 10 set. 2020.

MACEDO Eloisa Israel; LOPES, Luciane Cruz; BARBERATO-FILHO Silvio. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2603.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

MACHADO, Cristiani Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, set. 2007.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, [S. l.], v. 46, n. 4, p. 1017-1036, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v46n4/a06v46n4.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MENDONÇA, Claunara Schilling; REIS, Afonso Teixeira dos; MORAES, José Carlos de (org.). A política de Regulação no Brasil. **Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MOURA, Elisângela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 114, jul. 2013. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

OTA – OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. Congress. **Identifying health technologies that work: searching for evidence**. Washington, DC: US Government Printing Office, 1994.

PANDOLFO, Mércia; DELDUQUE, Maria Célia; AMARAL, Rita Goreti. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 340-349, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a14.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

PEPE, Vera Lúcia Edais *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.

15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a15.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina/UFMG**, Belo Horizonte, v. 35, p. 01-35, 2001.

PORTELA, Bernardo. O que são as Comissões Intergestores?. **Residência Multiprofissional**, [s. l.], 19 dez. 2020. Disponível em:
<https://bernardotortela.wixsite.com/meusite/post/o-que-s%C3%A3o-as-comiss%C3%B5es>. Acesso em: 01 ago. 2021.

RAMOS, Alexandre Costa. O Crescimento Populacional no Litoral Norte do Rio Grande do Sul e o Desenvolvimento Regional: Território e Enfoque Convencional. **Revista Gestão Premium**, Osório, v. 5, n.1, 2016. Disponível em:
sys.facos.edu.br/ojs/index.php/gestao/article/view/51. Acesso em: 08 ago. 2020.

REVEIZ, Ludovic *et al.* Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 213-222, mar. 2013. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n3/a08v33n3.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2002. Disponível em:
https://www.mprs.mp.br/media/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf Acesso em: 08 dez. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Resolução Comissão Intergestores Bipartite/RS n.º 237, de 29 de julho de 2011**. Implanta a regulação ambulatorial. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, [2011]. Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/uploa0d/arquivos/carga20170219/23101904-1339534073-cibr237-11.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Resolução Comissão Intergestores Bipartite/RS n.º 045, de 21 de fevereiro de 2013**. Habilita o ambulatório de estação de alto risco tipo I - AGAR I no Hospital Tramandaí. **Secretaria Estadual da Saúde**, Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, [2013a]. Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170251/23105112-1362079777-cibr045-13.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Resolução Comissão Intergestores Bipartite/RS n.º 412, de 30 de agosto de 2013**. Institui os Serviços Integrados de Atenção Especializada Ambulatorial – SIAEA. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, [2013b]. Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170255/23105510-1378748093-cibr412-13.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Resolução Comissão Intergestores Bipartite/RS n.º 582, 13 de outubro de 2014**. Habilitar o Hospital Santa Luzia – Associação Educadora São Carlos, do município de Capão da Canoa, CNES 2707969, aos Serviços Integrados na Atenção Especializada, na especialidade clínico-cirúrgica de Otorrinolaringologia. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde [2014]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170207/23110715-1415730844-cibr582-14.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. [2021a]. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2016.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Hospital Santo Antônio da Patrulha. **Hospital da Cidade de Santo Antônio da Patrulha**. Apresentação. 2020. Disponível em: <http://santacasa.org.br/hospitais/hospital-santo-antonio-da-patrulha>. Acesso em: 25 set. 2020.

SANTOS, Lenir. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Radis Comunicação em Saúde**, Campinas, n. 49, set. 2006. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_49.pdf. Acesso em: 5 set. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Gestantes de alto risco do Litoral Norte contam com ambulatório especializado da Rede Cegonha. **Portal Institucional da Secretaria Estadual da Saúde do RS**, Porto Alegre, 29 ago. 2012, 13h31. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/gestantes-de-alto-risco-do-litoral-norte-contam-com-ambulatorio-especializado-da-rede-cegonha>. Acesso em: 20 set. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Coordenadorias Regionais de Saúde. Departamento de Coordenação das Regionais. **Portal Institucional da Secretaria Estadual da Saúde do RS**, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/crs>. Acesso em: 20 set. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Departamento de Regulação Estadual. **Manual Gercon para Unidades Solicitantes**. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Governo e prefeitura da capital fazem convênio para gerenciar internações hospitalares em tempo real no RS. **Portal Institucional da Secretaria Estadual da Saúde do RS**, Porto Alegre, 22 nov. 2019, 18h27. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/governo-e-prefeitura-de-porto-alegre-assinam-convenio-para->

gerenciar-internacoes-hospitalares-em-tempo-real-5dd848d9a3ed5. Acesso em: 20 set. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Estrutura da Secretaria. **Portal Institucional da Secretaria Estadual da Saúde do RS**, Porto Alegre, [2020a]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/estrutura-da-secretaria>. Acesso em: 25 set. 2020.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Consultas e exames especializados. Como funciona a central de regulação ambulatorial. **Portal Institucional da Secretaria Estadual da Saúde do RS**, Porto Alegre, [2021a]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/consultas>. Acesso em: 09 out. 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Governador Leite assina decreto de modernização administrativa da Secretaria da Saúde. **Portal Institucional da Secretaria Estadual da Saúde do RS**, Porto Alegre, 12 jan. 2021, 22h56. [2021b]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/governador-leite-assina-decreto-de-modernizacao-administrativa-da-secretaria-da-saude>. Acesso em: 25 jul. 2021.

TORRES, Izamara Damasceno Catanheide. **Análise das ações judiciais de medicamentos na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia: 2002 a 2008**. Monografia de Especialização – Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

UFRGS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Telessaúde. **Telessaúde/RS**. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/themes/new-site-theme/assets/images/fluxograma_regulaSUS.png. Acesso em: 25 nov. 2019.

VALLE, Gustavo Henrique Moreira do; CAMARGO, João Marcos Pires. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do supremo tribunal federal. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 13-31, 01 fev. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13220/15034>. Acesso em: 10 set. 2020.

VENTURA Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2020.

VIANNA, Luiz Werneck; BURGOS, Marcelo Baumann. Entre princípios e regras: cinco estudos de caso de Ação Civil Pública. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 777- 843, out./dez., 2005.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZUI, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity in health. **International journal of health services: planning, administration, evaluation**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

PRODUTOS

PRODUTO 1 - ARTIGO SUBMETIDO ao Boletim da Saúde da Escola de Saúde Pública (ESP), órgão da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES)

**LEVANTAMENTO SITUACIONAL DOS PROCESSOS JUDICIAIS DE CONSULTAS
ESPECIALIZADAS NA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (CRS)**

SITUATIONAL SURVEY OF JUDICIAL PROCEEDINGS OF SPECIALIZED
CONSULTATIONS IN THE 18TH REGIONAL HEALTH COORDINATION (CRS)

Lariane da Silveira Maciazeki – Mestranda do PPG em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, Mestrado Profissional do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde/Escola GHC do Hospital Nossa Senhora Conceição. Enfermeira da SES/RS. larimaciazeki@gmail.com

Rosa Maria Levandovski – Phd, Doutora, Farmacêutica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; Professora Permanente do PPG em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, nível de Mestrado Profissional do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde/Escola GHC do Hospital Nossa Senhora Conceição;. lrosa@ghc.com.br

PORTO ALEGRE

2021

RESUMO

A expressão Judicialização da saúde indica um fenômeno que concretiza-se por meio das demandas que chegam ao Poder Judiciário requerendo a satisfação das necessidades em saúde não atendidas pelo Estado enquanto provedor ou regulador da saúde. Esse fenômeno tem ocorrido de forma crescente, ocasionando impactos no orçamento público e comprometendo o planejamento de políticas públicas.

Metodologia: Estudo transversal e com abordagem retrospectiva das demandas judiciais por consultas especializadas da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, durante o período de 2018 e 2019. **Resultados:** Foram impetrados 363 processos judiciais relacionados à demanda por consultas especializadas. A maioria dos processos analisados foi ajuizada pela Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (82,6%) e oriundos do Sistema Único de Saúde (82,1%). Observou-se que o tempo médio estimado pelo serviço de regulação estadual, para as diferentes especialidades, foi de 250 dias, tendo uma mediana de 133 dias, chegando a apresentar tempos de espera de até 1471 dias para a obtenção de uma consulta médica especializada. Dos processos analisados, as especialidades mais requeridas foram oncologia adulto (23,1%) e ortopedia adulto (15,7%), oftalmologia adulto (6,6%), urologia (6,3%), obesidade (6,1%). **Considerações finais:** A questão da judicialização na saúde é complexa, envolve vários atores nas três esferas de governo. Trata-se de uma prerrogativa que deve ser articulada e pensada em uma perspectiva global, reconhecendo as características locais, objetivando a reduzir a necessidade do cidadão recorrer ao sistema jurídico para ter êxito na integralidade do cuidado.

Palavras-chave: judicialização da saúde; consultas especializadas; regulação em saúde; equidade.

INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde expressa reivindicações legítimas de cidadãos e instituições para garantir o acesso aos direitos de cidadania amplamente afirmados em leis internacionais e nacionais. Envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA *et al.*, 2010).

A Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe, no seu artigo 7.º, que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 CF, obedecendo os princípios organizativos do SUS. Resumidamente, tais princípios referem-se a universalidade, integralidade, solidariedade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (MORAES, 2012).

O cotidiano nos demonstra que trabalhar com equidade em saúde é uma tarefa complexa devido às dificuldades em se definir o que são necessidades e em priorizar as que devem ser atendidas, à escassez de recursos e aos contínuos avanços das tecnologias em saúde. Diante desses fatores, é de se esperar que sempre haverá indivíduos com demandas à margem dos programas ministeriais e, conseqüentemente, em busca de seus direitos civis (LEITÃO *et al.*, 2014). Nesse sentido, em trabalho realizado por mim na regulação de exames e consultas da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), onde diariamente eram recebidas demandas judiciais solicitando algum tipo de consulta especializada com a finalidade diagnóstica, de tratamento e/ou cirúrgica, foi possível perceber a crescente judicialização na busca dos serviços especializados de saúde para obter o acesso ao direito garantido constitucionalmente.

Diante deste cenário e a partir deste levantamento situacional das demandas jurídicas, objetiva-se contribuir de forma positiva com os gestores, em nível municipal e estadual, para diminuir as demandas judiciais sem prejudicar o direito à saúde, garantindo a equidade.

METODOLOGIA

O presente caracteriza-se como um estudo observacional, transversal, retrospectivo e descritivo da análise documental dos registros de processos judiciais em saúde movidos contra a SES/RS, tendo como objeto consultas especializadas dos residentes da 18ª CRS no período de 2018 a 2019, encaminhados através do *software* de processos administrativos (PROA), que tiveram ganho de causa ou concessão de liminar para o paciente em pelo menos uma das instâncias. Lembrando que em 2018, o serviço de respostas dessas demandas judiciais na 18ª CRS foi estruturado com a implantação de um *software* de controle de processos administrativos (PROA), bem como com o incremento do quadro de novos funcionários. No período anterior a essa data, os serviços eram prestados no DRE, através de processos físicos. Com a migração do sistema, as solicitações foram repassadas do DRE para a 18ª CRS. Portanto, pode ser esperada alguma divergência entre as fontes de registro, caso algo possa ter ficado pendente no nível central (DRE) e não ter sido repassado para a 18ª CRS.

A coleta de dados foi realizada na sede da 18ª CRS, no município de Osório, no mês de março de 2021, esta CRS fica localizada na região do Litoral Norte do RS, é constituída por 23 municípios. As informações foram obtidas através dos processos administrativos encaminhados à 18ª CRS no período de 2018 a 2019, por meio do *software* PROA. Para acesso desse sistema, foi utilizada uma senha personalizada disponibilizada pela Direção de Gestão de Tecnologia e Informação (DGTI) da SES/RS. Os dados pesquisados compreendem aqueles exclusivamente obtidos do *software* PROA. Processos judiciais deferidos, em tramitação ou arquivados, foram analisados desde que o ano da demanda judicial fosse 2018 ou 2019. Os dados foram complementados através de consulta ao Sistema de Gerenciamento de Consultas Especializadas, o Gercon, utilizando-se perfil de visualizador, com senha personalizada fornecida pelo DGTI da SES/RS e com autorização prévia do DRE. Foram coletadas as variáveis de classificação de gravidade, média de tempo para espera atribuída ao sistema de regulação, média de tempo na fila, dados clínicos e exames de imagem.

A partir da demanda judicializada, os dados foram extraídos e compilados em planilha Excel, agrupados por município de residência. Foi realizada análise exploratória descritiva utilizando metodologia quantitativa. Os resultados foram organizados em gráficos e tabelas, utilizando a distribuição de frequência e percentual de distribuição. Foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão, considerando o tipo de distribuição para as variáveis categóricas ou contínuas. A análise bivariada foi realizada através dos testes *Qui-quadrado de Pearson* (χ^2) ou *Exato de Fisher* para as variáveis categóricas. *Coeficiente de correlação de Pearson* ou *Spearman* foram utilizados com o propósito de verificar o grau de correlação entre para variáveis contínuas com distribuição normal ou assimétricas, respectivamente. Para organização e análise dos dados foram utilizadas planilha Excel (2021) e o do programa estatístico SPSS (versão 25.0), respectivamente. Valor de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

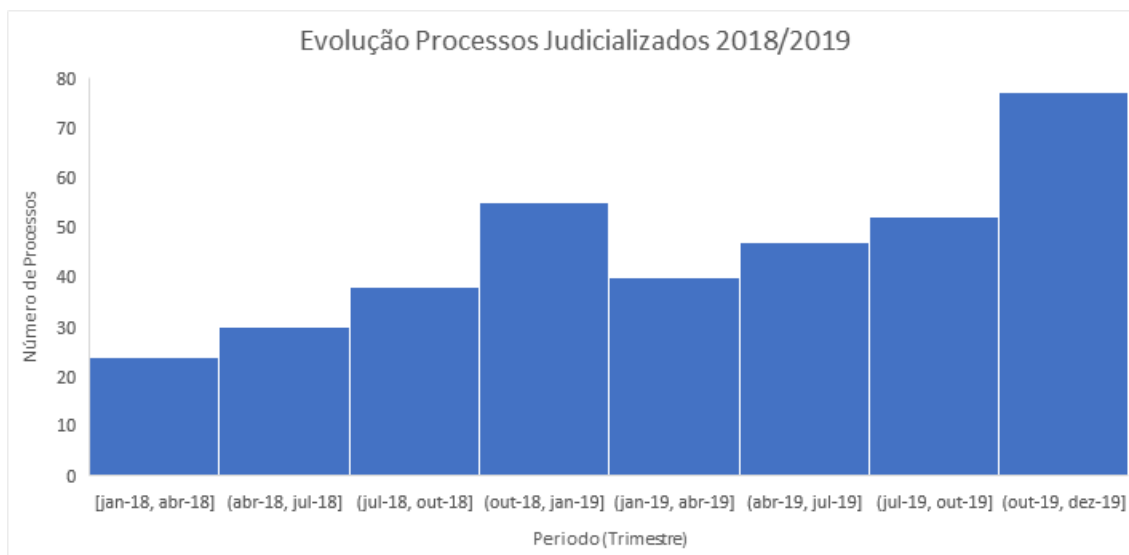
O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC), sob o parecer número 4.484.406/2020. Os dados referentes aos processos judiciais anonimizados foram coletados mediante autorização do gestor estadual. O município de residência do paciente foi coletado, porém não é possível relacionar com os dados de identificação dos processos judicializados, não havendo quebra de sigilo. Assim, esta pesquisa, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, não ofertou riscos para os sujeitos de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente avaliou todas as solicitações por via judicial de consultas especializadas encaminhadas à 18ª CRS pelo *software* PROA, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. Foram identificadas 363 solicitações durante o período, sendo todas elegíveis para o estudo. O estudo apurou que, dos 363 processos recebidos na 18ª CRS no período analisado, 145 (39,9%) foram no ano de 2018 e 218 (60,1%) no ano de 2019. Tal informação demonstra a crescente

busca por judicialização, conforme demonstra o gráfico 1 abaixo, em que são apresentados o quantitativo de processos por trimestre.

Gráfico 1 – Distribuição dos processos judiciais na 18ª CRS, no período de 2018 a 2019



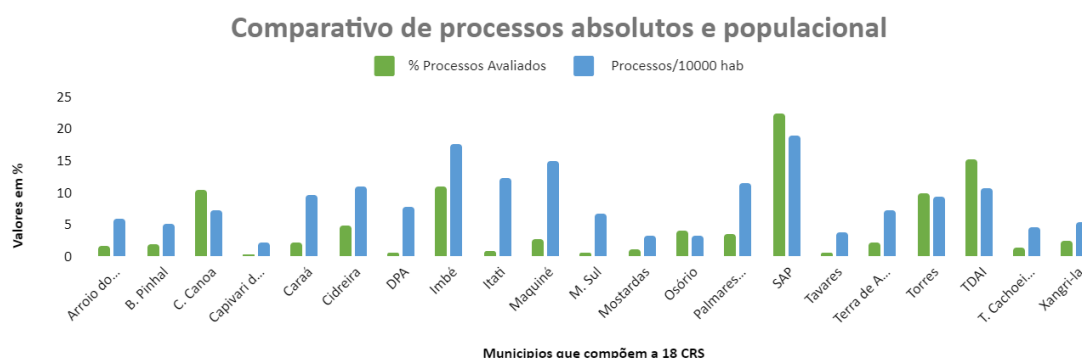
Fonte: Elaborada pela autora.

Analisando a distribuição de processos por município, percebe-se, conforme o gráfico 2, que 21, dos 23 municípios que compreendem a 18ª CRS, moveram ações para obtenção de consultas especializadas. Os dois municípios que não foram encontrados nos processos foram Mampituba e Três Forquilhas, ambos da Região de Saúde 4 - Belas Praias. Todos os municípios da Região de Saúde 5 - Bons Ventos tiveram processos ajuizados, além de ter apresentado o maior quantitativo no número absoluto de processos (n=244), representando 10,3 processos por 10.000 habitantes.

O município que mais judicializou foi Santo Antônio da Patrulha (81 pedidos), equivalente a 22,3% de todas as demandas, seguido de Tramandaí (n=55; 15,2%), Imbé (n=40; 11%), Capão da Canoa (n=38; 10,5%) e Torres (n=36; 9,9%). Analisando o número de processos por 10.000 habitantes, verifica-se que o município de Santo Antônio da Patrulha se mantém em primeiro lugar, com 18,9 processos por 10.000 habitantes. Porém, há uma mudança no *ranking* dos demais municípios, ficando Imbé com 17,5, Maquiné com 14,9, Itati com 12,4 e Palmares do

Sul com 11,5 processos por 10.000 habitantes respectivamente (gráfico 2). Esses índices são acompanhados com uma baixa cobertura da atenção básica em saúde, onde são descritas taxas médias de cobertura em ESF de 56,75% e da atenção básica de 65,70%, inferiores às registradas pelo RS – 59% e 74,29%, respectivamente (RIO GRANDE DO SUL, 2021b). Essas informações indicam carência de recursos e necessidade de investimentos/qualificação em saúde desde a atenção básica, porta de entrada no sistema de saúde.

Gráfico 2 – Distribuição dos processos judiciais por município e por 10.000 habitantes na 18ª CRS, no período de 2018 a 2019

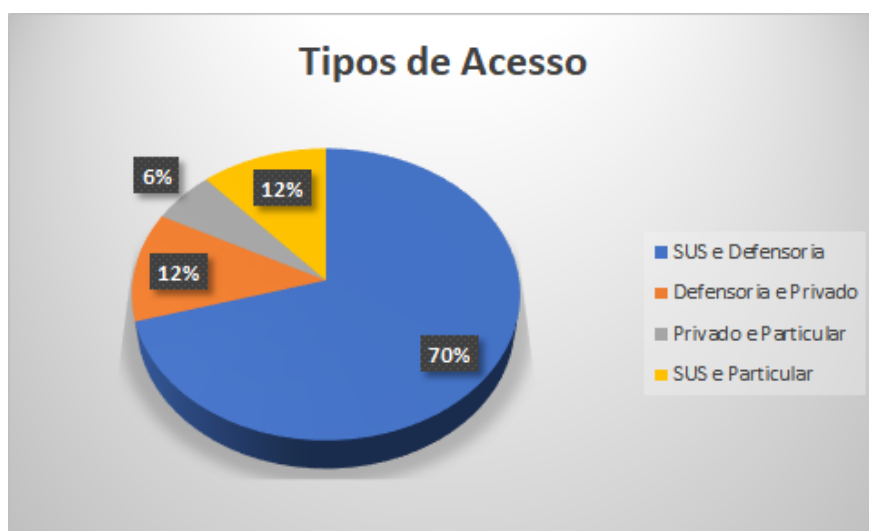


Fonte: Elaborada pela autora.

Analisando o tipo de acesso aos serviços, encontramos 298 processos (82,1%) oriundos do SUS e 65 (17,9%) de convênio ou particular, e ao meio de acesso à justiça, foram identificados 300 processos (82,6%) oriundos da Defensoria Pública e 63 (17,4%) mediante utilização de assessoria jurídica privada. Os meios de acesso aos serviços de saúde e justiça foram estratificados nas categorias: 1) origem apenas do SUS e Defensoria Pública (70% dos processos); 2) SUS e assessoria jurídica particular (12%); 3) plano de saúde privado e particular e defensoria pública (12%); 4) plano de saúde privado/particular e assessoria jurídica particular (6%). Observando o gráfico 3, encontramos valores superiores a 80%, tanto para as solicitações do sistema de saúde público, quanto para as que tiveram acesso através da defensoria pública. Apenas 5,8% dos processos tiveram origem por acesso por advogado particular e por convênios médico/privado

concomitantemente. Esses dados indicam que os pacientes que judicializaram eram pessoas de baixa renda.

Gráfico 3 – Tipos de acesso aos serviços de saúde e ao serviço judiciário



Fonte: Elaborada pela autora.

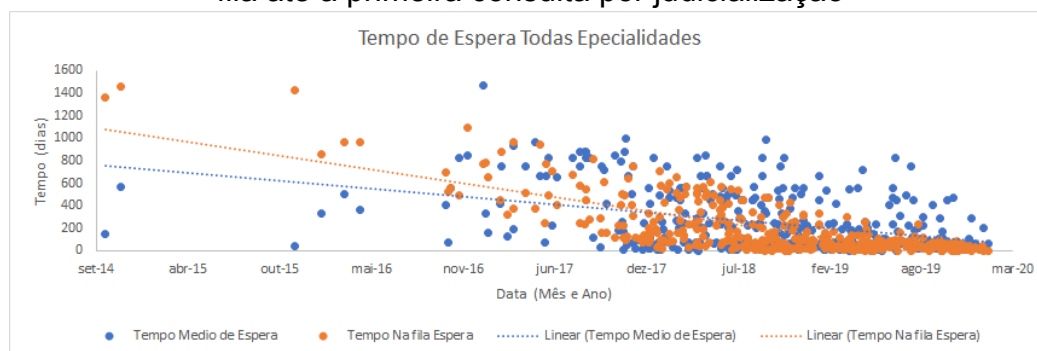
O tempo estimado pelo sistema de regulação Gercon, para primeira consulta nas diferentes especialidades, representou um tempo médio de 250,09 dias, e mediana de 133 dias de espera, variando de 2 a 1471 dias. No que se refere ao tempo médio na fila de espera antes de judicializar para conseguir a primeira consulta, encontrou-se uma média de 196,09 dias e mediana de 92 dias após a inserção do cadastro no sistema Gercon, chegando a 1458 dias.

A data de inserção no Gercon foi utilizada para comparar o tempo médio de espera na fila até judicialização ao longo do período avaliado. A data da primeira consulta judicializada foi subtraída do tempo em que o paciente estava na espera, antes de ingressar com o pedido de judicialização. Esses dados foram plotados no gráfico 4, a fim de possibilitar a visualização da diferença entre o tempo de espera no sistema Gercon e a primeira consulta judicializada.

O gráfico demonstra uma maior dispersão dos casos em relação aos tempos de espera até 2018, quando comparado com o período de 2019. Podemos observar uma tendência de os pacientes buscarem mais e mais cedo por judicialização à

medida que os meses avançam. Essa tendência tem sido observada também através do acúmulo de processos demandados para serem avaliados na 18ª CRS.

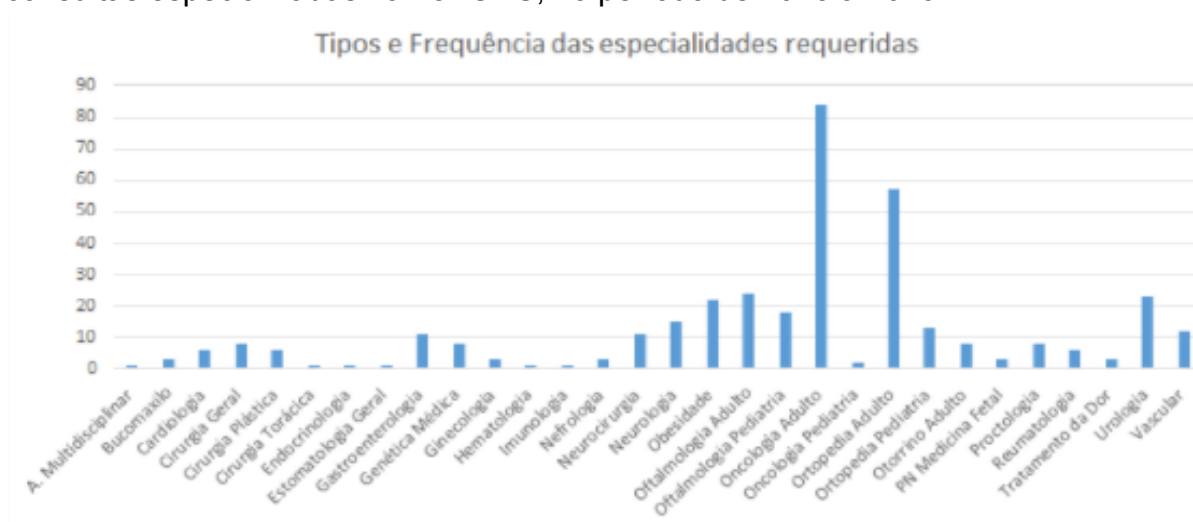
Gráfico 4 – Tempo médio de espera no sistema Gercon e tempo médio de espera na fila até a primeira consulta por judicialização



Fonte: Elaborado pela autora.

Dos processos analisados, as especialidades mais requeridas nas ações da 18ª CRS foram oncologia adulto (23,1%) e ortopedia adulto (15,7%), seguidas de oftalmologia adulto (6,6%), urologia (6,3%), obesidade (6,1%) e oftalmologia pediátrica (5%). A totalidade de especialidades demandadas estão descritas no Gráfico 5 abaixo.

Gráfico 5 – Especialidade e frequência das solicitações em relação às consultas especializadas na 18ª CRS, no período de 2018 a 2019



Fonte: Elaborado pela autora.

Especialidades com pactuações CIB/RS na 18ª CRS

Para aprofundar o estudo, as especialidades demandadas nos processos foram categorizadas em especialidades pactuadas e não pactuadas, isto é, aquelas especialidades que já possuem um serviço de saúde de referência determinada em CIB/RS.

Da análise dos processos com referência pactuada, foi encontrada maior frequência na oncologia (Resolução CIB/RS 255/2018), com 86 processos, seguida de ortopedia/traumatologia (Resolução CIB/RS 112/2010) com 70, neurocirurgia/neurologia (Resolução CIB/RS 306/2018), com 26 e a cirurgia bariátrica (Resolução CIB/RS 589/2014), com 22.

Especialidade oncologia

Na especialidade oncologia, foram encontrados 86 (23,7%) pacientes cuja demanda se encaixa na pactuação da Resolução CIB/RS 35/2016, revogada em 12 de julho de 2018, ou da CIB/RS 255/2018, no período estudado. Na análise, as demandas observadas foram as direcionadas para oncologia adulto (n=84; 97,7%) e oncologia pediátrica (n=02; 2,3%).

Em relação à representatividade dos municípios do Litoral Norte do RS, observa-se que 16 (69,6%) judicializaram para conseguir uma consulta especializada para linha de oncologia. O município com maior frequência foi Santo Antônio da Patrulha, com 25 (29,1%) processos, seguido de Torres, com 10 (11,6%), Palmares do Sul e Osório, com 8 (9,3%) cada um, Tramandaí com 7 (8,1%).

Quanto ao meio de acesso aos serviços de saúde, 68 (79%) foram oriundos do SUS e 18 (21%) de convênio/privado. Seguindo com o meio de acesso à Justiça, foram identificados 66 (76,7%) advindos da Defensoria Pública e 20 (23,3%) de escritório de advocacia particular. Correlacionando os dados desta especialidade, constata-se discreto aumento da procura por serviços privados/particulares (79% foram oriundas do SUS e 76,7% foram egressas da Defensoria Pública), em

comparação ao perfil geral das solicitações judiciais, em que 82,1% foram encaminhamentos do SUS e 82,6% foram demandas judiciais feitas por meio da Defensoria Pública.

Quanto à complexidade dos pedidos, 85 (98,8%) das solicitações foram para alta complexidade, o que representa quase a totalidade das demandas. Houve apenas uma solicitação de investigação para leucemia na média complexidade.

No que tange ao tempo médio que os requerentes demoraram para conseguir a primeira consulta pelo sistema de regulação Gercon, observa-se, uma mediana de 81 dias de espera, sendo que os tempos variam de 2 a 882 dias. Ainda sobre o tempo estimado por via judicial, encontramos a mediana de 45 dias após a inserção do cadastro no sistema Gercon, variando de um dia a 654 dias. No estudo, constatamos que 34,5% dos pacientes oncológicos ainda não tinham conseguido a primeira consulta no prazo determinado pela lei dos 60 dias, o que indica que estes ingressaram na justiça, porque não conseguiram obter tratamento pelos meios convencionais. Esse resultado corrobora com a declaração da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, que afirma que “o tempo é fator primordial, a agilidade no diagnóstico é muito importante para aumentar o sucesso no tratamento do câncer” (SBOC, 2019). Dessa forma, percebemos a judicialização como uma maneira de buscar o tratamento em tempo oportuno para os pacientes oncológicos.

Especialidade ortopedia/traumatologia

Foram encontrados 70 pacientes (19,3%) classificados na pactuação da Resolução CIB/RS 112/2010 de ortopedia/traumatologia. Embora a subespecialidade ortopedia adulto tenha apresentado a maior procura, com 57 pacientes (81,4%), a ortopedia pediátrica também foi um serviço que se mostrou expressivo em demandas judiciais, com 18,6% (n=13) do total desta Resolução CIB/RS.

Quanto aos municípios de origem, dos 23 municípios do Litoral Norte do RS, 18 judicializaram ações para conseguir acesso aos serviços através de consulta especializada. Analisando os dados, percebe-se que praticamente toda a Região de Saúde 5 - Bons Ventos moveu algum processo referente a esta pactuação, com

exceção de Capivari do Sul. Os municípios que mais ingressaram com ações foram Tramandaí (n=14; 20%), Santo Antônio da Patrulha (n=13; 18,6%), Torres e Imbé (ambos com n=07; 10%), Capão da Canoa (n=06; 8,6%) e Cidreira (n=05; 7,1%).

No que tange ao acesso dos serviços de saúde e do serviço judiciário, verifica-se que, nesta Resolução CIB/RS, segue o padrão geral das solicitações, com pedidos oriundos do SUS (n=57; 81,4%) e da Defensoria Pública (n=56; 80%).

Quanto à complexidade, em ortopedia/traumatologia, segunda especialidade pactuada mais requerida, 52,9% das solicitações foram classificadas como de média complexidade. Em uma análise comparativa entre dois dos serviços existentes, o ambulatório do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, que atende a microrregião de Torres, e do Hospital Tramandaí, que atende a microrregião de Tramandaí. Identificou-se que 11 solicitações foram realizadas no primeiro, sendo cinco pedidos para ortopedia pediátrica e dois para ortopedia coluna, serviços não são ofertados na pactuação do serviço. Na microrregião de Tramandaí, foram 29 solicitações, sendo 15 para média complexidade, com procedimentos de rafia de tendão, fraturas em ombro, mão, pé e tornozelo, serviços que, pela contratualização, poderiam ser realizados no Hospital Tramandaí. O governo do Estado vem tentando alternativas quanto às questões de financiamento/contratualização com o programa Assistir e com o controle dos serviços com a Resolução CIB 241/2021, porém, como estão em fase de estruturação, na prática ainda não estão em funcionamento.

Especialidade neurologia/neurocirurgia

Seguindo a análise das solicitações judiciais com pactuação de maior frequência no estudo, identificou-se a Resolução CIB/RS 306/2018, com 26 processos (7,2%), sendo que a neurologia apresentou 15 processos (57,7%) e a neurocirurgia, 11 (42,3%). Quanto aos municípios de origem, dos 23 municípios do Litoral Norte do RS, 11 judicializaram ações para conseguir acesso aos serviços através de uma consulta especializada. Verificou-se que os municípios que mais ingressaram com ações para esta pactuação foram Capão da Canoa (n=06; 23,1%), seguida por Tramandaí (n=04; 15,4%), Santo Antônio da Patrulha e Cidreira (ambos

com n=03; 11,5%). Em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao serviço judiciário, verificou-se que o padrão não se altera, sendo as solicitações oriundas do SUS (n=21; 80,8%) e da Defensoria Pública (n=22; 84,6%). Quanto à complexidade, 17 processos (65,4,9%) eram direcionados para a alta complexidade e 9 (34,6%) para a média complexidade.

Na neurologia/neurocirurgia, terceira especialidade pactuada mais solicitada, percebe-se que um dos entraves são os exames de alta complexidade, como RNM e TC com contraste e/ou sedação, não disponíveis na região.

Especialidade cirurgia bariátrica - obesidade

Finalizando as análises de maior frequência das solicitações pactuadas, tem-se a Resolução CIB/RS 589/2014, que aprova a Linha de Cuidados para Obesidade, com 22 processos (6,1%). Todos os municípios do RS deveriam usar seus serviços existentes na atenção básica para reduzir os índices de obesidade e só após esgotadas as possibilidades de tratamento ambulatorial, sem retorno efetivo, utilizar, como último recurso, a cirurgia bariátrica, pois tal procedimento é extremamente invasivo.

No que diz respeito aos municípios de origem, dos 23 municípios do Litoral Norte do RS, 10 judicializaram ações para conseguir acesso aos serviços, entre os quais encontramos Imbé (n=05; 22,7%), seguida por Santo Antônio da Patrulha (n=04; 18,2%) e Torres (n=03; 13,6%). Quanto ao acesso a serviços de saúde, verifica-se aumento da procura por serviços do SUS (n=21; 95,5%) e igualdade no acesso à Justiça por Defensoria Pública (n=18; 81,8%). Todas as demandas foram de alta complexidade.

Observando o tempo que os requerentes demoraram a conseguir a primeira consulta no serviço de regulação, encontrou-se a mediana de 803,5 dias, tempos variando de 328 a 1471 dias após a inserção do cadastro no sistema Gercon. Quando judicializado, a mediana foi reduzida para 503 dias até a obtenção da consulta por via judicial, após a inserção do cadastro no sistema Gercon, variando de 0 a 944 dias para o primeiro agendamento. Entende-se que um dos

condicionantes para os pacientes buscarem a judicialização pode ser o longo tempo, variando de dois a quatro anos de espera para realizar o agendamento do procedimento.

De acordo com a regionalização para a cirurgia bariátrica, a referência é o Hospital São Lucas da PUC para as 4ª e 5ª Regiões de Saúde da 18ª CRS (391.385 habitantes) e para as 9ª e 10ª Regiões da 1ª CRS (2.631.703 habitantes), o que corresponde a uma população de cerca de 3 milhões de habitantes (IBGE, 2019). Tal informação indica que a 18ª CRS, com uma população sete vezes menor, compete por vagas existentes com as demais regiões, o que pode estar causando afunilamento das vagas e, como consequência do aumento da espera na fila, a judicialização. Avaliando o afunilamento e a distribuição das vagas por consultas especializadas tomando como base a Resolução CIB/RS 237/2011 e atentando para a população da capital, estimada em 1.492.530 habitantes, e do restante da Macrorregião Metropolitana, estimada em 2.782.330 habitantes (IBGE, 2019), nota-se a disparidade na distribuição das cotas.

Especialidades sem pactuações CIB/RS na 18ª CRS

Os municípios que mais demandaram ações judiciais das especialidades sem pactuações em Resoluções CIB/RS foram Santo Antônio da Patrulha (n=33; 26%), Tramandaí (n=23; 18,75%), Capão da Canoa (n=15; 12,2%), e Imbé (n=13; 10,6%). Em relação ao meio de acesso aos serviços de saúde, 100 processos foram identificados como proveniente do SUS (81,3%), número semelhante ao padrão das solicitações gerais. Quanto ao acesso do serviço judiciário, observou-se aumento da procura através da Defensoria Pública (n=108; 87,8%).

Dessas especialidades sem pactuação, verificamos que urologia teve a maior frequência (n=23; 18,7%), seguida de oftalmologia adulto (n=20; 16,3%), oftalmologia pediátrica (n=18; 14,6%) e gastroenterologia (n=11; 8,9%). Em relação à complexidade dessas solicitações, identifica-se predomínio da média (n=99; 80,5%) e alta complexidade (n=24; 19,5%).

Atualmente, a região não oferta serviço urológico de RTU e biópsia de próstata pelo SUS, motivadores para as solicitações nesta especialidade. Na oftalmologia adulto (16,3%), percebe-se que, apesar do Hospital Santo Antônio da Patrulha estar habilitado para média complexidade e procedimentos cirúrgicos, são realizados apenas catarata e pterígio nesse local, sendo os demais casos demandados ao sistema de regulação com a DITA. Caso semelhante ocorre com a oftalmologia pediátrica (14,6%), que atualmente não é atendida na instituição e procedimentos simples, como avaliação em acuidade visual, são judicializadas para acessá-los.

Quanto a complexidade, para análise nas especialidades solicitadas foi realizada utilizando da Tabela SIGTAP, considerando os tipos de procedimento e especialidade solicitados nos processos judiciais, verificando a complexidade exigida para cada uma delas.

Os serviços de alta complexidade representaram 55,1% (n=200) e a média complexidade 44,9% (n=163). Quando avaliamos a complexidade dos serviços, entre as especialidades pactuadas e não pactuadas, percebemos que, nas especialidades pactuadas, 89,5% eram para alta complexidade, contrastando apenas 19,5% de demandas para alta complexidade para as especialidades sem pactuação na região. Podemos considerar que, pela presença de serviços de média complexidade habilitados nessa região de saúde, como o serviço de oftalmologia e traumatologia, seria esperado um menor percentual para média complexidade. Tais dados podem indicar que, entre as especialidades não pactuadas, há a necessidade de interferência do Estado nos serviços, uma vez que, conforme a Resolução CIB 237/2011, é prerrogativa do Estado identificar desajustes entre a pactuação e as necessidades dos usuários.

Ainda, a questão da regulação do SUS é uma ação complexa que não se limita à informatização e implantação de centrais de internação, consultas e exames. Ela envolve distintos atores – gestores, prestadores e usuários –, com interesses muitas vezes conflitantes, implicando relações políticas, técnicas e de cuidado. Trata-se, assim, de um conjunto articulado de ações que devem incorporar condução política, análise de situação e planejamento, com o objetivo de viabilizar o

acesso do usuário aos serviços, visando à integralidade e resolutividade do sistema de saúde (BRASIL, 2006; MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo descreveu o perfil da judicialização por consultas especializadas da 18ª CRS, encaminhadas pelo *software* PROA, no período de 2018 a 2019. As informações referentes à motivação do encaminhamento, classificação de risco e média de espera na fila foram complementadas através do sistema Gercon. Foram identificadas 363 solicitações de consultas especializadas pela via judicial durante o período estudado, das quais 214 foram encaminhadas no ano de 2019, representando um acréscimo de 30,4% em relação aos pedidos do ano anterior.

Quanto aos municípios, 21, dos 23 que são compreendidos pela 18ª CRS, moveram ações para obtenção de consultas especializadas. Todos os municípios da Região de Saúde 5 - Bons Ventos tiveram processos ajuizados, além de ter apresentado o maior quantitativo no número absoluto de processos (n=244), representando 10,3 processos por 10.000 habitantes. O município que mais judicializou foi Santo Antônio da Patrulha (81 pedidos), equivalente a 22,3% de todas as demandas e a 18,9 processos por 10.000 habitantes. Esses índices são acompanhados com uma baixa cobertura da atenção básica em saúde, onde são descritas taxas médias de cobertura em ESF de 56,75% e da atenção básica de 65,70%, inferiores às registradas pelo RS – 59% e 74,29%, respectivamente (RIO GRANDE DO SUL, 2021b). Essas informações indicam carência de recursos e necessidade de investimentos/qualificação em saúde desde a atenção básica, porta de entrada no sistema de saúde.

Analisando o tipo de acesso aos serviços, encontramos valores superiores a 80%, tanto para as solicitações do sistema de saúde público, quanto para as que tiveram acesso através da defensoria pública. Apenas 5,8% dos processos tiveram origem por acesso por advogado particular e por convênios médico/privado concomitantemente. Esses dados indicam que os pacientes que judicializaram eram pessoas de baixa renda.

Em relação à complexidade dos serviços, encontramos 55,1% de solicitações para alta complexidade e 44,9% para média complexidade. Percebemos que, nas especialidades pactuadas, 89,5% eram para alta complexidade. Quando avaliamos as especialidades sem pactuação que ofertam atendimento na região, apenas 19,5% eram demandas para alta complexidade. Tais dados podem indicar que, entre as especialidades não pactuadas, há a necessidade de interferência do Estado nos serviços, uma vez que, conforme a Resolução CIB 237/2011, é prerrogativa do Estado identificar desajustes entre a pactuação e as necessidades dos usuários.

Quanto às especialidades mais requeridas, verificamos que a maior frequência de pedidos (23,1%) foi para oncologia adulto. Esse resultado corrobora com a declaração da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, que afirma que “o tempo é fator primordial, a agilidade no diagnóstico é muito importante para aumentar o sucesso no tratamento do câncer” (SBOC, 2019). Dessa forma, percebemos a judicialização como uma maneira de buscar o tratamento em tempo oportuno para os pacientes oncológicos. No estudo, constatamos que 34,5% dos pacientes oncológicos ainda não tinham conseguido a primeira consulta no prazo determinado pela lei dos 60 dias. Ainda, a questão da regulação do SUS é uma ação complexa que não se limita à informatização e implantação de centrais de internação, consultas e exames. Ela envolve distintos atores – gestores, prestadores e usuários – com interesses muitas vezes conflitantes, implicando relações políticas, técnicas e de cuidado. Trata-se, assim, de um conjunto articulado de ações que devem incorporar condução política, análise de situação e planejamento, com o objetivo de viabilizar o acesso do usuário aos serviços, visando à integralidade e resolutividade do sistema de saúde (BRASIL, 2006; MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

Em ortopedia/traumatologia, segunda especialidade pactuada mais requerida (19,3% dos pedidos judiciais), 52,9% eram de média complexidade. Em uma análise comparativa entre dois dos serviços existentes, o ambulatório do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, que atende a microrregião de Torres, e do Hospital Tramandaí, que atende a microrregião de Tramandaí. Identificou-se que 11 solicitações foram realizadas no primeiro, sendo cinco pedidos para ortopedia pediátrica e dois para ortopedia coluna, serviços não são ofertados na pactuação do

serviço. Na microrregião de Tramandaí, foram 29 solicitações, sendo 15 para média complexidade, com procedimentos de rafia de tendão, fraturas em ombro, mão, pé e tornozelo, serviços que, pela contratualização, poderiam ser realizados no Hospital Tramandaí. O governo do Estado vem tentando alternativas quanto às questões de financiamento/contratualização com o programa Assistir e com o controle dos serviços com a Resolução CIB 241/2021, porém, como estão em fase de estruturação, na prática ainda não estão em funcionamento.

Na neurologia/neurocirurgia, terceira especialidade pactuada mais solicitada (7,6%), percebe-se que um dos entraves são os exames de alta complexidade, como RNM e TC com contraste e/ou sedação, não disponíveis na região. Já em obesidade, (6,1% dos pedidos nas especialidades pactuadas), entende-se que um dos condicionantes para os pacientes buscarem a judicialização pode ser o longo tempo, variando de dois a quatro anos de espera para realizar o agendamento do procedimento. Quando judicializado, a mediana foi reduzida para 503 dias até a obtenção da consulta por via judicial, após a inserção do cadastro no sistema Gercon.

Das análises das especialidades sem pactuação, urologia teve a maior incidência (18,7%). Atualmente, a região não oferta serviço urológico de RTU e biópsia de próstata pelo SUS, motivadores para as solicitações nesta especialidade. Na oftalmologia adulto (16,3%), percebe-se que, apesar do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes estar habilitado para média complexidade e procedimentos cirúrgicos, são realizados apenas catarata e pterígio nesse local, sendo os demais casos demandados ao sistema de regulação com a DITA. Caso semelhante ocorre com a oftalmologia pediátrica (14,6%), que atualmente não é atendida na instituição e procedimentos simples, como avaliação em acuidade visual, são judicializadas para acessá-los.

Diante desse contexto, fica evidente a necessidade de fortalecimento da atenção especializada, com monitorização/avaliação dos serviços existentes, bem como novas contratualizações, seja por convênio com clínicas, seja por incremento nos contratos hospitalares. As questões referentes à média complexidade são entendidas como intrincadas por Temporão (2007 apud COSTA, 2016), o qual considera esse nível de atenção um desafio importante para o SUS, na medida em

que envolve questões complexas, relacionadas à qualidade dos serviços, à precarização dos salários, à desorganização do sistema, à falta de integração e de articulação em vários níveis e ao subfinanciamento (TEMPORÃO, 2007 apud COSTA, 2016). Ainda, frequentemente as ações e serviços são classificados como de média complexidade por exclusão, ou seja, inclui-se tudo aquilo que "não cabe" como atenção básica e que também não está na tabela de alta complexidade (CONASS, 2007; GOTTEMS *et al.*, 2008).

Conforme observado, a judicialização de consultas especializadas compreende um sistema que envolve vários atores. O estudo demonstrou que o número de ações judiciais está sendo cada vez mais utilizado na região estudada, o que vem chamando a atenção dos gestores. Porém, a solução ainda não está sendo vislumbrada. A questão da espera pelo atendimento especializado ficou evidente nas análises, pois os pacientes estão buscando mais por judicialização e mais cedo. Na própria pesquisa verificou-se que, em muitos casos, o indivíduo judicializou como forma de conseguir acesso aos serviços, uma vez que, pela rede de saúde, sua qualidade de vida ficaria muito prejudicada devido à excessiva espera pelo atendimento. Acredita-se que, concomitante a esses fatores, a pouca transparência no *status* da fila de espera contribua para aumentar os índices.

A temática das consultas especializadas e a judicialização vêm crescendo e ganhando espaço nas discussões. O próprio Poder Judiciário vem se mobilizando e solicitando maior transparência nas ações de regulação. Por outro lado, os municípios observam o aumento das solicitações por consultas especializadas, sem conseguir administrar a demanda. O Estado faz as intermediações entre os prestadores, contratos e ofertas e, por fim, a população fica em meio a toda essa dinâmica, necessitando do serviço. Tal tema é relevante para os municípios, Estado e população, pois trata de uma questão que atinge a todos e a região não apresentava um estudo com o perfil das solicitações. Assim, somente quando se faz um diagnóstico de um problema é que podemos pensar em estratégias para amenizá-los ou resolvê-los. e pensar estratégias, além de estreitar a relação entre Estado, município e população e entender a dinâmica da judicialização por consultas especializadas. Nesse sentido, ações que contribuam com a qualificação dos encaminhamentos na atenção básica, profissionalização no sistema de regulação

municipal, repactuações com revisão de cotas e novas contratualizações de serviços regionais, bem como com maior acesso às informações aos demandantes que necessitam de procedimentos especializados, podem resultar em aumento da oferta dos serviços especializados, reduzindo a necessidade de judicialização por consultas especializadas na 18ª CRS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 set. 2020.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

COSTA, Cesar Francisco Silva da. **O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul**: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social. [2016]. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande-FURG, Rio Grande, 2016.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al.* **Análise da relação dos serviços de média complexidade com a rede básica do DF e entorno**: buscando prioridades para ampliar acessos e resolubilidades (Relatório Final da Pesquisa). Universidade de Brasília, Universidade Católica de Brasília, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília, 2008.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama – IBGE Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs>. Acesso em: 10 jul. 2019.

LEITÃO, Luana Couto Assis *et al.* Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. **Revista Salud Pública**, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 360-370, mai/jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000300003. Acesso em: 20 set. 2020.

MENDONÇA, Claunara Schilling; REIS, Afonso Teixeira dos; MORAES, José Carlos de (org.). A política de Regulação no Brasil. **Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. [2021a]. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Atenção Básica RS. Coordenação Estadual AB. Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. **Portal Institucional da Secretaria Estadual da Saúde do RS**, Porto Alegre, [2020b]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/coordenacao-estadual-da-ab>. Acesso em: 20 set. 2020.

SBOC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Nova lei obriga a realização de exame para diagnóstico de câncer em até 30 dias**. 06 nov. 2019. [2019]. Disponível em: <https://www.sbo.org.br/noticias/item/1717-nova-lei-obriga-a-realizacao-de-exame-para-diagnostico-de-cancer-em-ate-30-dias>. Acesso em: 24 ago. 2021.

VENTURA Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2020.

**PRODUTO 2 – PARECER TÉCNICO DE GESTÃO SOBRE ANÁLISES DA
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA 18ª CRS**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

**PARECER TÉCNICO DE GESTÃO SOBRE ANÁLISES DA JUDICIALIZAÇÃO DA
SAÚDE NA 18ª CRS**

LARIANE DA SILVEIRA MACIAZEKI

Orientação: Rosa Maria Levandovski

PORTO ALEGRE, OUTUBRO 2021

1 INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde expressa reivindicações legítimas de cidadãos e instituições para garantir o acesso aos direitos de cidadania amplamente afirmados em leis internacionais e nacionais. Envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos (VENTURA *et al.*, 2010).

A Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe, no seu artigo 7.º, que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 CF, obedecendo os princípios organizativos do SUS. Resumidamente, tais princípios referem-se a universalidade, integralidade, solidariedade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (MORAES, 2012).

O cotidiano nos demonstra que trabalhar com equidade em saúde é uma tarefa complexa devido às dificuldades em se definir o que são necessidades e em priorizar as que devem ser atendidas, à escassez de recursos e aos contínuos avanços das tecnologias em saúde. Diante desses fatores, é de se esperar que sempre haverá indivíduos com demandas à margem dos programas ministeriais e, consequentemente, em busca de seus direitos civis (LEITÃO *et al.*, 2014). Nesse sentido, em trabalho realizado por mim na regulação de exames e consultas da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), onde diariamente eram recebidas demandas judiciais solicitando algum tipo de consulta especializada com a finalidade diagnóstica, de tratamento e/ou cirúrgica, foi possível perceber a crescente judicialização na busca dos serviços especializados de saúde para obter o acesso ao direito garantido constitucionalmente.

Ainda, a questão da regulação do SUS é uma ação complexa que não se limita à informatização e implantação de centrais de internação, consultas e exames. Ela envolve distintos atores – gestores, prestadores e usuários –, com interesses muitas vezes conflitantes, implicando relações políticas, técnicas e de cuidado.

Trata-se, assim, de um conjunto articulado de ações que devem incorporar condução política, análise de situação e planejamento, com o objetivo de viabilizar o acesso do usuário aos serviços, visando à integralidade e resolutividade do sistema de saúde (BRASIL, 2006; MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

Diante deste cenário e com a proposta de um estudo inserido na linha de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição. Linha de pesquisa que envolve estudos sobre Produção e a Avaliação de Tecnologia, os quais se destinam aos processos de saúde-doença-cuidado, bem como pesquisas relacionadas ao custeio, à eficácia, à efetividade e a segurança dos modelos tecnoassistenciais em saúde (GEP, 2021).

O presente Parecer Técnico foi elaborado tomando como base a Dissertação de Mestrado intitulada: **A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (CRS): uma análise dos processos judiciais relacionados às consultas especializadas no período de 2018 a 2019** e o Artigo gerado a partir dos resultados da mesma, submetido para publicação com o título: **LEVANTAMENTO SITUACIONAL DOS PROCESSOS JUDICIAIS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS NA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (CRS)**.

No primeiro documento foram descritas algumas considerações com objetivo de contornar e/ou amenizar a problemática da judicialização na saúde. O artigo apresentou os resultados do perfil regional da ocorrência das demandas judiciais para a obtenção de consultas médicas especializadas, traçando um panorama das ações impetradas contra o Estado do Rio Grande do Sul (RS) na área de abrangência da 18ª CRS.

A partir deste levantamento situacional das demandas jurídicas, bem como a expertise dos autores, foram utilizados para construir um parecer técnico com propostas de ações para ordenação que tenham efeito na redução do número de ações judiciais, com o qual objetiva-se contribuir com os gestores, em nível municipal e estadual, para diminuir as demandas judiciais sem prejudicar o direito à saúde, garantindo a equidade.

2 PARECER TÉCNICO: JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA 18ª CRS

A presente pesquisa apresentou o perfil das judicializações de consultas especializadas na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, o que permitiu a melhor compreensão desta modalidade de judicialização da saúde, pois muito se fala em judicialização de medicamentos e pouco da temática abordada neste estudo. A partir das análises descritas e dos dados levantados, se fez necessário repensar as ações de pactuação, financiamento, regulação e monitoramento, bem como estreitar as relações dos envolvidos.

Ao longo da análise, percebeu-se que a questão da judicialização na saúde é complexa, envolvendo vários atores nas três esferas de governo. Trata-se de uma questão que deve ser articulada e pensada em uma perspectiva global, galgada na articulação de passos menores para que o todo seja atingido para que se diminua a necessidade do cidadão recorrer ao sistema jurídico para ter êxito na integralidade do cuidado. A seguir, serão tecidas algumas considerações com objetivo de contornar e/ou amenizar esta problemática.

2.1 Sugestões para os encaminhamentos no nível municipal:

a) Encaminhamento responsável. A premissa parte de um encaminhamento responsável pelo profissional de saúde na atenção básica. A equipe de saúde deve ser responsável por sua área de atuação e os encaminhamentos ao setor secundário devem ser realizados após esgotadas as possibilidades locais, articulação com a rede e serviços disponibilizados, tais como matriciamento e teleconsultoria. Para isso, o profissional médico pode se valer, além de sua prática clínica, dos protocolos já disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pelo sistema Gercon. Com tal medida, se pretende diminuir encaminhamentos desnecessários, que “inflam” as filas das especialidades, em que o cidadão permanece com a mesma indefinição e enfrenta a possibilidade de agravamento do seu quadro de saúde enquanto espera pela avaliação de sua necessidade.

b) Descentralização da inserção do cadastro para as unidades de saúde. A ideia é tornar obrigatória em todas as unidades básicas de saúde a inserção de seus próprios encaminhamentos, conforme prevê o informe 03/2018 da Central de Regulação Ambulatorial, resolvendo, assim, possíveis dúvidas na hora da inserção do cadastro com o médico prescritor, colhendo mais informações com o paciente e/ou prontuário caso necessário, respondendo as pendências de sua unidade, realizando matriciamentos e consultorias com o teleatendimento e revisando a fila de espera.

c) Inserção responsável dos encaminhamentos no sistema Gercon. A inserção dos dados deve se dar de forma responsável no sistema de regulação, não devendo ser delegada a um estagiário do ensino médio ou cargo de confiança sem o devido conhecimento sobre o sistema e sobre saúde. Os encaminhamentos devem ser, pelo menos, revisados por profissionais de saúde de nível superior que conheçam os protocolos do sistema Gercon, para que os dados inseridos correspondam com a maior quantidade de informações técnicas que auxiliem na classificação de risco correta. Como a realidade brasileira nos demonstra que a inserção dos dados por um profissional médico seria inviável, uma possibilidade seria o treinamento do profissional enfermeiro no serviço de origem da demanda.

d) Profissional consultor/regulador municipal. Mesmo com a modalidade de descentralização em nível local, para verificar de uma forma global o andamento do sistema no município. Este profissional ficaria responsável por verificar diariamente as possíveis pendências ainda não solucionadas no sistema, identificando a unidade de origem, daria suporte para resolvê-las, auxiliaria na revisão da fila, identificando os cadastros mais antigos para que não se cancele inadvertidamente e entrando em contato com a unidade de origem destes para que verifique junto ao paciente se o quadro clínico se alterou no período de espera. A sugestão se baseia também no fato de que porque um cadastro que fica no sistema Gercon, mesmo que regulado e autorizado, sem uma nova evolução durante 365 dias, é encerrado automaticamente. Este profissional também poderia auxiliar nas dúvidas quanto a especialidades, na Tabela SIGTAP, referências locais e demais encaminhamentos.

2.2 Sugestões para os processos regulatórios no nível estadual:

a) Regulação responsável. O profissional regulador em nível estadual deve ter conhecimento das referências e pactuações para direcionamento correto, possuir conhecimento sobre a patologia a ser regulada, qualificando as informações, questionando, pendenciando e não atribuindo uma classificação de risco baixa, em que o paciente dificilmente vai ser chamado, pois entrarão cadastros melhor qualificados, com gravidade superior. Além disso, deve verificar os níveis de complexidade no sistema Tabwin e Tabela SIGTAP, deve se comprometer e verificar a fila de espera. Para tais sugestões no nível estadual, faz-se necessário dividir a regulação por especialidades, alocando profissionais com conhecimentos afins. Também é sugerido que, naquelas patologias em que há protocolos estabelecidos, a regulação pode ser feita por enfermeiros treinados, uma vez que já há um projeto piloto nesse sentido, iniciado em julho de 2021, na regulação de cirurgia bariátrica.

2.3 Sugestão para ferramentas de sistema:

a) Incremento de ferramenta sobre aviso de pendência e aviso de nova evolução. Como visto na análise descritiva, alguns pacientes tiveram seus cadastros cancelados depois de terem sido pendenciados e ficarem mais de 60 dias sem resposta. A sugestão seria o gestor do *software* inserir uma mensagem automática quando se acessa o sistema avisando que “o município/unidade de saúde possui X cadastros em pendências e X cadastros se cancelaram em 30 dias por falta de nova evolução”. Assim, o solicitante, para poder passar de tela, terá que clicar na mensagem automática e ter conhecimento dessas inconsistências de cadastro.

b) Marcador de tempo para as solicitações em oncologia. Incrementar uma ferramenta semelhante à do Grupo Hospitalar Conceição, que marca o tempo dos pacientes com solicitações oncológicas, facilitando a visualização de quanto tempo o paciente está aguardando na fila por uma consulta oncológica.

2.4 Sugestão para repactuações e financiamentos:

a) Um dos grandes problemas do RS são as referências que são habilitadas para atender as especialidades, mas que não funcionam. Essas referências são credenciadas, mas não oferecem os serviços contratualizados, a Declaração de Incapacidade Técnica Administrativa (DITA) é disponibilizada e o usuário vai de serviço em serviço de regulação, sem resolver o seu problema de saúde. Faz-se necessário que as Coordenadorias Regionais de Saúde, o Departamento de Gestão da Atenção Especializada, Auditoria e o Departamento de Regulação Estadual sejam atores presentes e tenham interlocução para que se tenha transparência entre a real oferta dos serviços e os contratos, com responsabilização dos prestadores, usando, para isso, a Resolução CIB/RS 241/2021.

b) É fundamental a revisão das pactuações/contratualizações já existentes, bem como a realização de novas. De acordo com a Resolução CIB/RS 237/2011, é papel do Estado reavaliar as pactuações/contratualizações que não estão de acordo com o que foi proposto. Na 18ª CRS, recentemente, pelo Programa Assistir, foram realizadas contratualizações para serviços de urologia adulto com o incremento de biópsia de próstata, para a Regiões de Saúde 4 e 5. Também houve incremento à oftalmologia infantil. Nos casos de atendimento à criança, a agenda deverá ofertar o mínimo de 15% do total de consultas médicas onde já há oferta de serviço oftalmológico adulto. Além disso, houve nova pactuação em ortopedia/traumatologia para a Região de Saúde 5 - Bons Ventos.

c) A região necessita de oferta de serviços de imagem, como tomografia com contraste e RNM com sedação. Os hospitais da região não possuem o equipamento de RNM e, no Litoral Norte, somente uma clínica, a Qualitá, oferta tal serviço pelo SUS, a qual está sem contrato. Além disso, a oferta não supre a demanda, pois são 45 exames por mês, em média, para uma população de 391.385 habitantes (IBGE, 2019). Leva-se anos para que as solicitações sejam agendadas e, quando se necessita de um exame de imagem com contraste ou sedação, o pedido é inserido no Gercon para uma consulta em especialidade correspondente. Por exemplo, RNM com sedação para uma criança autista é inserida na fila da especialidade neurologia pediátrica para ser regulada, classificada e autorizada; depois, é necessário esperar o tempo estimado para a consulta ser agendada em serviços localizados em Porto Alegre; na data da consulta, o paciente, com acompanhante, deve se deslocar até

lá, passar por consulta e, se o médico solicitar novamente o exame, deve aguardar agenda daquele serviço. Enfim, há uma burocratização e um gasto de recursos públicos que seriam melhor destinados para regularizar a situação no local.

d) Divisão racional de cotas entre instituições de Porto Alegre e de fora de Porto Alegre. A divisão atual não é paritária, uma vez que a população da 18ª CRS e da Região Metropolitana concorrem por 45% das cotas. Visto que a população de Porto Alegre é de 1.492.530 habitantes, a da 18ª CRS, 391.385 habitantes e das demais regiões da macrorregião, 1.530.558 habitantes (IBGE, 2019). Dessa forma, a fila se afunila nos pacientes da 18ª CRS e Região Metropolitana.

e) Incentivar a qualificação dos serviços ofertados mediante sistema de acreditação, promovendo a prestação de serviços de saúde resolutivos, considerando as necessidades dos usuários. Como é sabido, o tipo de serviço prestado pode ser o mesmo, mas a forma de gestão não. Há serviços mais resolutivos, em que o fluxo percorrido pelo paciente dentro da instituição pode ser mais ágil, dependendo da missão institucional, da forma de trabalho, equipamentos e da equipe que presta a assistência, de modo que o paciente consegue ter suas necessidades atendidas e a agenda tenha maior rotatividade. A forma de avaliar e auditar o contrato com os hospitais pode influenciar de forma positiva nessa questão.

f) A tabela SUS, defasada há 17 anos, carece de atualização e revisão dos valores. É uma questão a ser resolvida em nível federal, que envolve diversos atores, mas que deve ser pensada. Muitos prestadores não se credenciam porque o valor pago não é atrativo, o que faz com que os serviços habilitados, em muitos casos, sejam subofertados, pois o preço do material utilizado no procedimento não arca com os custos totais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 set. 2020

GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa. **Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Tecnologias para o SUS – Grupo Hospitalar Conceição (GHC)**. 2021. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/index.php/ensino/mestradoprofissional>. Acesso em: 28 out. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama – IBGE Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs>. Acesso em: 10 jul. 2019.

LEITÃO, Luana Couto Assis *et al.* Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. **Revista Salud Pública**, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 360-370, mai/jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000300003. Acesso em: 20 set. 2020.

MENDONÇA, Claunara Schilling; REIS, Afonso Teixeira dos; MORAES, José Carlos de (org.). A política de Regulação no Brasil. **Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

VENTURA Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2020.

PRODUTO 3 – FOLDER: COMO ACESSAR SUA SOLICITAÇÃO NO SISTEMA GERCON

As filas de atendimento do SUS, tem se mostrado uma ferramenta de gestão importante, pois regulam o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Durante a análise dos dados percebemos que a transparência se faz uma peça primordial para o andamento do processo regulatório. Nota-se que a maioria dos pacientes não sabem como consultar seu status na fila de espera, o que eventualmente pode ocasionar desgastes desnecessário com a procura do serviço judiciário, uma vez que em alguns casos o tempo de espera por via judicial e pelo meio tradicional de regulação foram semelhantes.

Com base neste contexto, se pensou neste terceiro produto, voltado ao usuário, para que este possa acessar de casa seu status na fila de espera.

FOLDER: COMO ACESSAR SUA SOLICITAÇÃO NO SISTEMA GERCON

COMO ACESSAR SUA SOLICITAÇÃO NO SISTEMA GERCON

IMPORTANTE: Tenha em mãos seu comprovante de agendamento, recebido quando você deixou seu encaminhamento na Central de Marcação de Consultas de seu município.



IMPORTANTE: Tenha em mãos o seu **comprovante de agendamento**, recebido quando você deixou o seu encaminhamento na **Central de Marcação de Consultas** de seu município.

Se seu comprovante não tiver a informação do código de acesso, procure a sua unidade de saúde.

1. Acesse o site <https://prefeitura.poa.br/saudecidadao> e digite o número do seu **Cartão do SUS (A)** e o **Código de Acesso (B)** informado no seu comprovante.



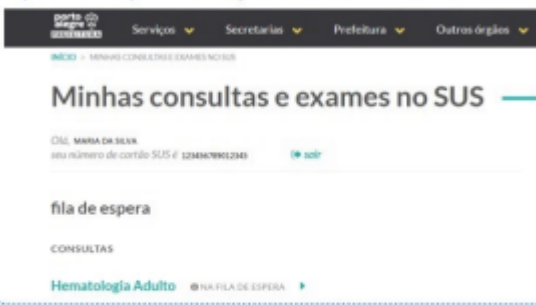
Minhas consultas e exames no SUS

Número do seu Cartão SUS

Código de acesso

Entrar

2. Na tela **Minhas consultas e exames no SUS**, selecione a especialidade que você deseja consultar (C)



Minhas consultas e exames no SUS

Olá, MARIA DA SILVA
seu número de cartão SUS é 123456789012345

fila de espera

CONSULTAS

Hematologia Adulto

3. Pronto! Nesta tela você tem a informação do tempo médio de espera para a especialidade e do seu tempo



Minhas consultas e exames no SUS

Olá, MARIA DA SILVA
seu número de cartão SUS é 123456789012345

fila de espera

CONSULTAS

Hematologia Adulto

Prioridade de atendimento
EM AGUARDANDO

Tempo médio de espera para esta especialidade e esta prioridade
1184 dias

Seu tempo de espera na fila (desde 23/03/2023)
188 dias

Profissional solicitante
JOÃO DOS SANTOS
UNIDADE DE SAÚDE DE CASSIMBINHAS

Dúvidas? Procure a Central de Marcação de Consultas de seu município ou setor onde você fez o encaminhamento da consulta.



Programa de Pós-graduação em
**AValiação de Tecnologias
PARA O SUS - GHC**

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A judicialização de consultas especializadas compreende um sistema que envolve vários atores, vêm crescendo e ganhando espaço nas discussões. O próprio Poder Judiciário vem se mobilizando e solicitando maior transparência nas ações de regulação. Por outro lado, os municípios observam o aumento das solicitações por consultas especializadas, sem conseguir administrar a demanda. O Estado faz as intermediações entre os prestadores, contratos e ofertas e, por fim, a população fica em meio a toda essa dinâmica, necessitando do serviço. Tal tema é relevante para os municípios, Estado e população, pois trata de uma questão que atinge a todos e a região não apresentava um estudo com o perfil das solicitações. Assim, somente quando se faz um diagnóstico de um problema é que podemos pensar em estratégias para amenizá-los ou resolvê-los. Esse entendimento está de acordo com a proposta de mestrado profissional de refletir e melhorar as práticas de trabalho e, com este estudo regional, podemos diagnosticar e pensar estratégias, além de estreitar a relação entre Estado, município e população e entender a dinâmica da judicialização por consultas especializadas. Nesse sentido, ações que contribuam com a qualificação dos encaminhamentos na atenção básica, profissionalização no sistema de regulação municipal, repactualizações com revisão de cotas e novas contratualizações de serviços regionais, bem como com maior acesso às informações aos demandantes que necessitam de procedimentos especializados, podem resultar em aumento da oferta dos serviços especializados, reduzindo a necessidade de judicialização por consultas especializadas na 18ª CRS.

ANEXO A – TERMO DE RESPONSABILIDADE DE OPERADOR NO SISTEMA GERENCIAMENTO DE CONSULTAS - GERCON



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
CENTRAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL
**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE OPERADOR NO
SISTEMA GERENCIAMENTO DE CONSULTAS - GERCON**

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o Nº _____, declaro que, ao receber usuário de acesso ao Sistema de Gerenciamento de Consultas – GERCON, comprometo-me a:

- Não revelar, fora do âmbito profissional, fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de minhas atribuições, salvo em decorrência de decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior dentro da hierarquia funcional;
- Utilizar os dados do sistema de forma reservada e manter a necessária cautela quando da exibição de dados em tela, impressora ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência pessoas não autorizadas;
- Não me ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso do sistema, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros;
- Não revelar minha senha de acesso ao sistema a ninguém e tomar o máximo de cuidado para que ela permaneça somente de meu conhecimento;
- Obrigatoriamente, alterar minha senha sempre que tenha suposição de descoberta por terceiros, não usando combinações simples que possam ser facilmente descobertas;
- Respeitar as normas de segurança e restrições do sistema;
- Observar e cumprir as Boas Práticas de Segurança da Informação e suas diretrizes, bem como este Termo de Responsabilidade.
- Responder, em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões de minha parte, que possam pôr em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de minha senha, ou dos registros a que tenha acesso.

- Cuidar da integridade, confidencialidade e disponibilidade dos dados e informações contidas nos sistemas, devendo comunicar por escrito, à equipe de suporte ao sistema e a minha chefia imediata, quaisquer indícios ou possibilidades de falhas identificadas, sendo proibida a exploração de falhas ou vulnerabilidades porventura existentes;
- Não inserir ou facilitar a inserção de dados falsos, alterar ou excluir indevidamente dados corretos do sistema ou do respectivo banco de dados, com o fim de obter vantagem indevida para si ou para outrem ou para causar dano;
- Não modificar ou alterar o sistema sem autorização ou sem solicitação de autoridade competente.

Respeitar as restrições de cada perfil de acesso ao sistema, utilizando o mesmo somente no ambiente de trabalho ao qual o perfil está vinculado. Excetua-se esta restrição aos perfis ADMINISTRADORES E REGULADORES, os quais podem acessar o sistema a qualquer momento;

- Respeitar as disposições previstas no artigo 31 § 2º da Lei Federal nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação) e do § 2º do artigo 61 do Decreto nº 7.724/2012 (uso indevido da informação), no artigo 20 (divulgação autorizada ou necessária) da Lei nº 10.406/2002 (Código Civil) e nos artigos 138 a 145 (crimes contra a honra), 297, 299 e 304 (crimes de falsidade documental) do Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal);
- Manter LOGIN e SENHA do Gercon ativos, estando ciente de que excedido o prazo determinado de inatividade, contado a partir do último dia de uso do sistema, solicitar a reativação da senha
- Informar os seguintes dados pessoais para cadastro no sistema: Nome, CPF, telefone e e-mail;

Assim, tendo em vista as cláusulas do presente Termo, o OPERADOR declara que concorda integralmente com todas as disposições nele contidas, se comprometendo a respeitar as condições aqui previstas de forma irrevogável e irretratável, bem como a utilizar de modo proveitoso e legal os serviços a ele oferecidos.

Li e concordo

Assinatura (para termo impresso)