

EDUARDO FREITAS MURTA

**O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO NA REGULAÇÃO EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE**

CAMPO GRANDE/MS
2015

EDUARDO FREITAS MURTA

**O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO NA REGULAÇÃO EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos

CAMPO GRANDE/MS
2015

EDUARDO FREITAS MURTA

**O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO NA REGULAÇÃO EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos

Resultado _____

Campo Grande (MS), _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Danilo Mathias Zanello Guerisoli
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - FAODO

Prof. Dr. Valdir Shigueiro Siroma
UFMS FAMED / Pref. Municipal de Campo Grande / Secretaria Estadual de Saúde de MS

Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Fac. Ciências Farmacêuticas

Dedico este humilde ensaio à pequena Giulia, minha princesa, minha vida, minha maior conquista, minha maior vitória, que tem em si tudo o que há de melhor em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao arquiteto do Universo que em sua benevolência me agraciou com o dom da vida.

A minha família, representada por minha mãe Delza Martins Freitas, exemplo de luta e coragem.

A minha esposa Giuliana, minha companheira, minha amiga, meu escudo, minha maior incentivadora e apoiadora incondicional; presente em todos os momentos felizes da minha vida.

Meus compadres Michel e Renata pelo constante incentivo.

Aos meus amigos, fonte de alegrias sempre apoiando e caminhando lado a lado frente a minhas conquistas.

A minha família guará, representada pelos irmãos Pablo, Camila e Satyro, sempre presentes em nossos corações.

A professora doutora Cecília Gatti Guirado (*in memorian*) um anjo que Deus fez a gentileza de colocar em minha jornada para iluminar meus passos.

Ao chefe Santos (*in memorian*) pela valiosa lição de integridade humana.

A CAPES douta entidade que viabilizou este projeto.

A todos os personagens diretos e indiretos do Programa de Pós-Graduação em saúde e desenvolvimento da região centro oeste nas pessoas de Dona Áurea e Dona Vera. Bem como à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Aos professores Carlos Alberto de Almeida Prado e Ivan Corrêa Leite pela inestimável e imprescindível contribuição.

Aos examinadores, professor doutor Danilo Mathias Zanello Guerisoli, professor doutor Valdir Shigueiro Siroma e professor doutor Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos por abrilhantarem com suas considerações este humilde ensaio.

Ao professor doutor e, meu Orientador, Ricardo Dutra Aydos exemplo de profissionalismo, dedicação, ética e competência a quem agracio pela confiança, extrema paciência e creditação.

A pequena Giulia, meu melhor projeto de pesquisa, minha mais valorosa iniciação científica, indubitavelmente minha melhor dissertação e minha mais perfeita tese, a mais consistente prova da existência de Deus.

“O que te faz diferente te torna perigoso”

Divergente (Verônica Roth)

RESUMO

Murta, EF. O impacto da judicialização na regulação em saúde no município de Campo Grande. Campo Grande, 2015. [Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

A rede de assistência do SUS, conforme descrito na Constituição de 1988 deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência. O acesso à justiça é condição imprescindível para o exercício dos direitos de um cidadão.. O fenômeno da judicialização não fornece subsídios diretos que sustentem a afirmação sobre a priorização de uma parcela da população privilegiada por melhores condições socioeconômicas. As intercorrências com viés judiciário podem surgir nos próprios serviços de saúde ou serem agravadas por estes. O impacto das decisões judiciais merecem análises sistemáticas para futuras compreensões de forma a propor consonância entre o Poder Judiciário e os serviços públicos de saúde. A presente dissertação tem o objetivo apresentar a análise dos dados referentes aos processos jurídicos encaminhados, durante o ano de 2013 a 2014, incidentes no ato regulatório médico descrevendo o impacto da judicialização na gestão dos pacientes que aguardam regulação; reafirmando os critérios legais e operacionais que sustentam o funcionamento das Centrais de Regulação. Pesquisa descritiva, análise documental (aleatória e intencional) valendo-se de documentos contemporâneos e retrospectivos advindos das centrais de regulação (federal, estadual e municipal) das promotorias pertinentes e das unidades hospitalares e centros de referência em saúde e análise bibliográfica com natureza qualitativa e quantitativa. O acesso a relatórios endossados por processos de transparência pública propiciou uma vasta agregação de material documental remetendo à montagem de painéis exauridamente discutidos com base em ampla análise bibliográfica, estendendo-se a expor perfis qualitativos e quantitativos do objeto estudado e suas vertentes. A impacto da judicialização com foco no paciente, no profissional e no resultado é descrita, neste ensaio, focalizando o município de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul como fator limitante a amostra.

Palavras-chave: Judicialização na saúde; Regulação em saúde; Regulação médica.

ABSTRACT

Murta, EF. The impact of judicial activism in healthcare regulation in the large Country Town. Campo Grande, 2015. [Dissertation - Graduate Program in Health and Development in the Midwest Region of the Federal University of Mato Grosso do Sul].

The SUS do Assistance Network, as described in the 1988 Constitution, should be organized on a regional and hierarchical manner, ensuring the principles of universality, equity and comprehensive health care. The Access to Justice and indispensable condition even hum the Exercise of Citizen Rights. The phenomenon of judicialization does not provide direct to Grants support a Statement About prioritization A portion of the privileged population by best socioeconomic conditions. As complications with judicial bias may arise in own health services to be aggravated by them. The Impact of Court decisions deserve systematic analyzes for future understandings in order to line proportionality between the Judiciary and Public Utilities OS health. The present dissertation aims to present an analysis of data relating to Legal Proceedings routed During 2013, 2014, incident in regulatory medical act describing the impact of legalization on the Management of Patients to awaiting regulation; reaffirming this criteria Legal and Operational That support the operation of Regulation Central. Descriptive research, document analysis (Random and intentional) taking advantage of Contemporary Documents and retrospective arising from Regulation plants (federal, state and municipal) the relevant prosecutors and hospitals and Health Centers of Reference and Bibliographic analysis with qualitative and Nature quantitative. The Access to Reports endorsed by Process Public Transparency, provided A Vast aggregation of documentary material referring to completely Panel Assembly discussed based on Wide Analysis of Bibliographic extending to expose qualitative and Quantitative profiles studied objects and make your Strands. The Impact of legalization focusing on the patient, and not professional and not described result, this trial, focusing on the, Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul as limiting factor one sample.

Keywords: Legalization in Health; Regulation in health; Medical regulation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Profissionais cadastrados no Município de Campo Grande por especialidade ...	77
Quadro 2- Consulta por Estabelecimentos - Módulo Hospitalar – Leitos – Campo Grande	80
Quadro 3- Pesquisa Nacional de saúde 2013 - percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas dos municípios de Campo Grande – IBGE/ 2013	95
Quadro 4- Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde do município de Campo Grande	96
Quadro 5- Estrutura do CERA	99
Quadro 6- Painel problemas e soluções.....	121

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Gráfico das internações no município de Campo Grande por residência (2013 / 2014)	76
Figura 2- Mapa do Plano Diretor de regionalização- Mato Grosso do Sul	97
Figura 3- Gráfico Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul 2013	98
Figura 4- Fluxograma do Complexo Regulador Estadual	99
Figura 5- Gráfico do número de solicitações (CERA) acumuladas dos anos 2013 e 2014.	101
Figura 6- Gráfico das demandas judicializadas CERA pó especialidade-2013/2014	102
Figura 7- Gráfico das demandas Reguladas (Origem) pelo CERA- 2013/2014	103
Figura 8- Demandas por destino- unidade executante-2013/2014	104
Figura 9- CID autorizadas em 2014	105
Figura 10- Dez maiores incidências de CID	106
Figura 11- Códigos do CID- maiores incidências	107
Figura 12- Gráfico das categorias de CID de maior incidência dentre as solicitações autorizadas em 2014	108
Figura 13- Gráfico das categorias de CID de maior incidência dentre as solicitações não autorizadas em 2014	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH- Autorização de Internação Hospitalar
ANS- Agência Nacional de Saúde
ANS- Agencia Nacional de Saúde
ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC- Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (custo)
APS- Agência Previdência Social
BEM- Medicina Baseada em Evidências
BPA- Boletim de Produção Ambulatorial
CADJ- Central de Atendimento a Demanda Judicial
CDC- Código de Defesa do Consumidor
CERA- Central de Regulação Estadual
CERAC- Central Estadual de Regulação de alta Complexidade (custo)
CF- Constituição Federal
CIB- Comissão Intergestora Bipartite
CID- Código Internacional de Doenças
CIH- Central de Internação Hospitalar
CIR- Comissão Intergestora Regional
CMC- Central de Marcação de Consulta
CNES- Cadastro Nacional dos estabelecimentos de Saúde
CNJ- Conselho Nacional de Justiça
CNRAC- Conselho Nacional de Regulação de alta Complexidade (custo)
CNS- Cadastro Nacional de saúde
COAP- Contrato Organizativo de Ação Pública
CODES- Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS
CONASEMS Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS- Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CR- Complexo Regulador
CRM- Conselho Regional de Medicina
DATASUS- Departamento de Informática do SUS
DENASUS- Departamento nacional de auditoria do SUS
DRAC- Departamento de regulação avaliação e controle de sistemas

ES- Estabelecimento de Saúde
ESF- Estratégia de Saúde da Família
EU- Unidade Executora
FAEC- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FCES- Ficha cadastro de Estabelecimento de Saúde
FIDEPS- Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FPO- Ficha de Programação Orçamentária
GM/MS- Gabinete Ministro Ministério da saúde
HPPS- Histórico de Cobertura da Saúde da Família
IAP- Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Nacional
NAT- Núcleo de Apoio Técnico
NHS- Serviço Nacional Britânico de Saúde
NOAS- Normas Operacionais de Assistência á saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
PDA- Plano Diretor de Assistência
PDI- Plano Diretor de Investimentos
PDR- Plano Diretor de Regionalização
PNASS- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de saúde
PPI- Programação Pactuada Integrada
PROCON- Procuradoria do Consumidor
RAS- Rede de Atenção a Saúde
SADT- Serviço de Apoio Diagnose e Terapia
SAMU- Serviço Ambulatorial Médico de Urgências
SAS/MS- Secretaria Nacional de Assistência a Saúde
SCJ- Sistema de Controle Jurídico
SES- Sistema de Estatística da SUSEP
SIA- Sistema de Internação Ambulatorial
SIHD- Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SISREG- Sistema de regulação
SMUR- Serviço Móvel de Urgência e Reanimações
SNDC- Sistema Nacional de Defesa do Consumidor

SPDISA- Sistema de Pesquisa em Direito Sanitário

PSF- Programa de Saúde da Família

STA- Sistema de Transferência de Arquivo

STF- Supremo Tribunal Federal

SUS- Sistema Único de Saúde

TFD- Tratamento Fora do Domicilio

UF- Unidade da Federação

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REGULAÇÃO	19
2.1 BREVE APARATO HISTÓRICO	19
2.2 REGULAÇÃO CONCEITUAL	22
2.3 REGULAÇÃO EM SAÚDE	23
2.3.1 A regulação Estatal na saúde	24
2.3.2 Os sistemas de saúde	24
2.4 A POLÍTICA DE REGULAÇÃO	25
2.5 O COMPLEXO REGULADOR	25
2.5.1 Objetivos da Central de Regulação	27
2.5.2 Atribuições da Central de Regulação	27
2.5.3 Abrangência da Central	28
2.5.4 Esfera administrativa	28
2.5.5 Escopo da Central de Regulação	29
2.5.6 Unidades solicitantes	30
2.5.7 Unidades executantes	30
2.5.8 Funções dos profissionais da Central de Regulação	31
2.5.9 Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade	32
2.5.9.1 Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade	32
2.5.10 A autorização de procedimentos	34
2.5.10.1 Processo autorizativo	35
2.5.10.2 Sistema de autorização de procedimentos especializados – Módulo Autorizador	35
2.6 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA A REGULAÇÃO	36
2.7 TIPOS DE REGULAÇÃO EM SAÚDE	36
2.7.1 Regulação da atenção à saúde	37
2.7.2 A regulação do acesso	38
2.7.2.1 Principais ações para efetivar a regulação do acesso	39
2.7.2.2 Instrumentos da regulação do acesso aos serviços de saúde	40
2.7.3 Regulação assistencial	40
2.7.3.1 Objetivos da regulação assistencial	42
2.7.3.2 Mecanismos e instrumentos de regulação assistencial	42
2.7.4 Regulação médica de urgências	43

2.7.4.1 Regulamentação	45
2.8 REGULAÇÃO E INTEGRALIDADE ASSISTENCIAL	47
2.9 VAGA ZERO	48
3 SUS	50
3.1 REFERENCIAL JURÍDICO E PRINCIPOLÓGICO	50
3.2 PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS	51
4 SAÚDE: UM DIREITO FUNDAMENTAL	54
4.1 A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	54
4.2 CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	54
4.3 SAÚDE NO ORDENAMENTO SOCIAL E JURÍDICO BRASILEIRO	55
4.4 CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988 E A SAÚDE ENQUANTO DIREITO FUNDAMENTAL	55
5 LEGISLAÇÃO APLICADA A SAÚDE	57
5.1 LEGISLAÇÃO PERTINENTE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	57
6 JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE	58
6.1 VIÉS JURÍDICO DO DIREITO FUNDAMENTAL À PROTEÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	59
6.2 PRINCÍPIO DA EFETIVIDADE E EQUIDADE	60
6.3 CRÍTICAS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	61
6.3.1 Falta de informação e conhecimento dos juízes para alocarem recursos escassos.....	61
6.3.2 Falta de legitimidade dos juízes para alocarem recursos escassos	62
6.4 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE E A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS	62
6.5 ACESSO À JUSTIÇA NO BRASIL	63
7 NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE	64
7.1 OS DIÁLOGOS E A INTERFACE ENTRE A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, O NAT E O JUDICIÁRIO	65
8. HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE	67
9 OBJETIVOS	68
9.1 OBJETIVO GERAL	68
9.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	68
10 METODOLOGIA	69
10.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	69
10.2 COLETA DOS DADOS	70
10.3 PERÍODO	70
10.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	70

11 LEVANTAMENTO BIBLIOTÉCNICO	72
11.1 INTERNAÇÕES NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE POR RESIDÊNCIA (2013 / 2014)	72
11.2 PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO MUNICÍPIO POR ESPECIALIDADE/CATEGORIA 2013/2014	73
11.3 DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS POR UNIDADE E DESTINAÇÃO 2013/2014	76
11.4 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013 - PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, ESTILOS DE VIDA E DOENÇAS CRÔNICAS	91
11.5 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE	91
11.6 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO	92
11.7 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DE MATO GROSSO DO SUL – 2013 (REUNIÃO ORDINÁRIA DE 22 DE FEVEREIRO DE 2013).	93
11.8 FLUXOGRAMA DO COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL	95
11.9 ESTRUTURA DA CERA (COORDENADORIA ESTADUAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL)	95
11.10 SOLICITAÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS REALIZADAS PELA CENTRAL ESTADUAL NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE NOS ANOS DE 2013 E 2014.	98
11.11 DEMANDAS JUDICIALIZADAS CERA POR ESPECIALIDADE (DEMANDAS RELACIONADAS À VAGAS EXCLUINDO-SE MEDICAÇÕES , EQUIPAMENTOS E OPM)	98
11.12 DEMANDAS REGULADAS PELO CERA	99
11.13 DEMANDAS REGULADAS PELO CERA (DESTINO)	100
11.14 CID DE MAIOR INCIDÊNCIA, NO ANO DE 2014, DENTRE AS SOLICITAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA AUTORIZADAS. 2014 (OS DADOS PERTINENTES AO EXERCÍCIO DE 2013 FORAM CERCEADAS PELO CERA)	101
11.15 CID DE MAIOR INCIDÊNCIA (10 MAIORES), NO ANO DE 2014, DENTRE AS SOLICITAÇÕES ENCAMINHADAS EM VAGA ZERO	102
11.16 CÓDIGOS DO CID-10 DE MAIOR INCIDÊNCIA, NO ANO DE 2014, DENTRE TODAS AS SOLICITAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (AUTORIZADAS, VAGA ZERO E NEGADAS)	103
11.17 CATEGORIAS DE CID DE MAIOR INCIDÊNCIA DENTRE AS SOLICITAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGENCIA AUTORIZADAS EM 2014	103
11.18 CATEGORIAS DE CID DE MAIOR INCIDÊNCIA DENTRE AS SOLICITAÇÕES NÃO AUTORIZADAS EM 2014	104
11.19 SAÚDE TUTELADA POR JUDICIALIZAÇÃO	105
12 CONSIDERAÇÕES INTERDISCIPLINARES	116
12.1 OBSTÁCULOS ENFRENTADOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA REGULAÇÃO	116

12.2 PERSPECTIVAS EM RELAÇÃO AO ATUAL DO SISTEMA DE SAÚDE NO MATO GROSSO DO SUL	106
12.3 AÇÕES REALIZADAS PARA A CONSOLIDAÇÃO E FORTALECIMENTO DAS RAS	106
12.3.1 Regionalização	107
12.3.2 Gestão regional	107
12.3.3 Inovações do planejamento, programação e regulação	107
12.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O IMPACTO GERADO PELA AÇÃO REGULADORA NO ACESSO QUALIFICADO E OPORTUNO	108
12.5 CONSIDERAÇÕES JURISDICIONAIS	108
12.6 SOLUÇÕES POSSÍVEIS PARA DIMINUIR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	111
13 RESOLUTIBILIDADE NA REGULAÇÃO	114
13.1 PREMISSAS PARA EFETIVAÇÃO DA REGULAÇÃO	114
13.2 PREVISÕES ACERCA DE UMA REGULAÇÃO MAIS EFETIVA	115
14 PAINEL PROBLEMAS E SOLUÇÕES	117
15 DISCUSSÃO	120
16 CONCLUSÃO	127
REFERÊNCIAS	129
ANEXOS	166

1 INTRODUÇÃO

O direito a saúde, como de generalizada sabença verte ao princípio da dignidade da pessoa humana incluindo-se entre os direitos sociais naqueles que decorrem da fraternidade e solidariedade os quais devam presidir as relações sociais num Estado Constitucional Democrático, fundamentado na dignidade da pessoa humana(TORRES; 2008). “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”(BRASIL;1988). O diploma legal através destas palavras abre seu art. 196 para expressar o compromisso do Estado de garantir a todos os cidadãos o pleno direito à saúde. Essa garantia será efetivada “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”(BRASIL;1988).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, inspirada numa concepção *jus* naturalista de direitos, estabeleceu distinção entre os direitos inerentes ao homem, e, aqueles outros de índole política, no sentido de que os direitos do homem positivados na lei fundamental passaram a se denominar direitos fundamentais não só porque impregnados da fundamentalidade que lhes confere a dignidade de tal assento, mas também por se constituírem, a um só tempo em fundamento do Estado Constitucional Democrático(BERCOVICI;2008). Neste cerne a Constituição Federal de 1988, seguindo o exemplo da Organização Mundial de Saúde, reservou um lugar de destaque para a saúde, tratando-a, de modo inédito no constitucionalismo pátrio, como um verdadeiro direito assegurando sua fundamentalidade(BARROSO;1996).

O termo Regulação, aplicado ao setor saúde no país, tem diversos entendimentos, concepções e práticas, sendo definida como regulação da atenção à saúde, a regulação assistencial e a regulação do acesso(MENICUCCI;2005).

Existem conceitos que definem a regulação estatal na saúde apenas como o ato de regulamentar, de elaborar as regras. O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde não se encontram totalmente desenvolvidos(MERHI;1997, SANTOS;1998). Somente a partir de 2002, o Ministério da Saúde iniciou o debate sobre os conceitos e as práticas da regulação, que, tais como as de controle, avaliação e auditoria, não têm sido uniformes (BRASIL;2002).

A partir do conceito ampliado de regulação e da análise da experiência histórica do SUS, pode-se dizer da fragmentação das ações de regulação, controle, auditoria e avaliação; do seu atravessamento por interesses particulares e da não preponderância da finalidade

pública, isto é, por não estarem pautadas pela ideologia da prática do bem comum(SANTOS;1998).

Assim, o Ministério da Saúde(2002), buscando superar deficiências conceituais, práticas e de finalidades, propõe uma reformulação dos conceitos, discriminando a regulação segundo sua ação sobre sistemas de saúde (Regulação sobre Sistemas), sobre a produção direta das ações e serviços de saúde (Regulação da Atenção à Saúde) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial).

O protagonismo judicial frente à inércia de um dos poderes de nossa República, no tocante a efetivação de direitos sociais previstos na Constituição “cidadã” de 1988, como o direito à saúde, conduz outro a superar sua deficiência, essa vertente atual traz preocupação, principalmente ,quando esse ativismo, advém de decisões pautadas exclusivamente no tecnicismo, fora dos casos certificados nos diplomas legais. A configuração da carta magna, na sua distribuição orgânica e espacial de competências, não se encontra á disposição de modificações, via de regra (BARROSO;2010).

A rede de assistência do SUS, conforme descrito na Constituição de 1988, deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência (BRASIL;1988).

A presente dissertação tem o objetivo apresentar a análise dos dados referentes ao ato regulatório bem como a atuação judicial interventiva na saúde do município de Campo Grande, durante o ano de 2013 a 2014, descrevendo da estrutura aos impactos da judicialização na gestão dos pacientes que aguardam regulação; reafirmando os critérios legais e operacionais que sustentam o funcionamento das Centrais de Regulação, elencando problematizações e possíveis soluções de aplicabilidade.

Importante ressaltar que em 16 de maio do ano de 2012, entrou em vigor a Lei Federal nº 12.527/2011, que regulamenta o acesso a informações previsto no inciso XXXIII, do art. 5º, inciso II, do §3º do art. 37 e no §2º, do art. 216, todos da Constituição da República de 1988. O acesso a relatórios endossados por processos de transparência pública propiciou uma vasta agregação de material documental remetendo à montagem de painéis exauridamente discutidos com base em ampla análise bibliográfica, estendendo-se a expor perfis qualitativos e quantitativos do objeto estudado e suas vertentes. A negativa, mesmo sob a égide punitiva da lei, em fornecer material para este estudo partiu exclusivamente, da central municipal de regulação, não interferindo consideravelmente no constituto proposto.

2 REGULAÇÃO

2.1 BREVE APARATO HISTÓRICO

Nos postulados de Chevalier (1992) no que tange ao conceito de regulação podemos destacar que o insumo regulatório tem se tornado cada vez mais vago e impreciso, apesar de ser cada vez mais utilizado. O termo regulação apresenta significados múltiplos sendo, portanto versado em diversas disciplinas. Para Lemoigne (1988) o próprio termo é moderno e os dicionários, buscando suas origens no século XV onde ele expressava, muito mais, a ideia de dominação.

Tal conceituação vem, ao longo do tempo, sendo aprimorado e usado conforme as mudanças políticas, sociais e econômicas (BARBIERI; HORTALE, 2002). Levando-se o fulcro na teoria econômica clássica, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir ‘falhas de mercado’, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle (SANTOS; MERHY, 2006).

Conceituar regulação consiste em uma sistemática complexa e, por vezes dificultosa, uma vez que a própria compreensão da origem do vernáculo regulação depende de uma deliberação progressiva quanto a seu conteúdo. De acordo com Canguilhem (1977) não se pode, pois, empreender a história de regulação sem começar pela história de regulador, história esta que é composta pela teologia, astronomia, tecnologia, medicina e até, no começo, de sociologia.

Doravante o mesmo Canguilhem (1968)

Relata que a consulta dos dicionários do século XIX revela que o uso do termo regulador (régulateur) precedeu o de regulação (régulation). Remetendo a meados do XVIII, o termo regulador era atribuído a funções de uma relojoaria, bem como na economia, política e também da mecânica celeste. Para a biologia, no séc. XX, o termo regulador foi ter um emprego privilegiado o mesmo contatava-se nas ciências sociais.

Segundo Rumelhard (1994) regulação aparece no dicionário Littré em 1872 como um termo relacionando à mecânica. Novamente Canguilhem (1968), aponta que o termo regulação foi historicamente precedido por mais de um século por um termo que designava dispositivos técnicos integrados em diferentes máquinas (regulador).

Entre 1712 e 1728 Raphael Bluteau, no primeiro dicionário da língua portuguesa, o termo regulação já é empregado no sentido de estabelecimento de regras (SANTOS, 2006).

O termo regulação, no que tange à saúde no Brasil, remonta à Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, destarte considerada um marco regulatório inicial no instituto daquilo que seria a Previdência Social brasileira. Neste contexto as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), durante duas décadas detinham a responsabilidade pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde, salvo a utilização aos empregados de empresas específicas. No tangente ao modelo citado a assistência médica, possuía uma sistemática de funcionamento similar a uma engrenagem, ou meramente uma atribuição do sistema, pois estimulava a organização de serviços vinculados a saúde. Iniciando na década de 30 até 1945 houveram plausíveis modificações no tratante a organização e concepção da Previdência Social brasileira, assim as CAP passaram a ser descritas como Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), com referencia ao Estado, baseando-se em concepções que diferiam das propostas anteriormente (CURY, 2005; MENICUCCI, 2015).

Com a chamada constituição do instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978, houve um inicio de estruturação nas ações de controle e de avaliação da assistência à saúde. No tangente ao processo de definição do arcabouço legal do SUS, os temas do controle, a avaliação, auditoria e regulação aparecem como constitutivos (CHIORO, 2005).

Consoante o ART. 197 da Constituição de 1988:

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” (BRASIL, 1988).

A constituição federal de 1988 cria então o sistema Único de saúde, que se configura na mais completa política pública inclusiva e significativa conquista política e social que o Brasil já pode desfrutar no campo da saúde pública, por seus princípios éticos e doutrinários, organizativos e operacionais, fundamentados na cidadania, fortemente orientado pela descentralização político administrativa, com ênfase na municipalização das ações e dos serviços de saúde (MATTOS, 2003). O SUS é concebido com referencial a um novo e ampliado conceito de saúde, baseado em um desafio cujo principal cerne é conceber a saúde enquanto projeto que proporciona condições de vida (CECÍLIO, 2001). O direito à saúde, neste fulcro, esta intimamente ligado ao direito à vida (PINHEIRO, 2006). O SUS e suas ações são definidos na CF detendo viés de relevância pública, desta forma, pode-se afirmar:

As devidas atribuições no que tange aos poderes de regulamentação, de fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da execução direta do mesmo. Por sorte, a relevância pública trás competências decorrentes que

por sua vez envolvem, certamente, o exercício de um poder regulador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do poder público e, por consequência, de suas agências de prestação de serviços (GOULART, 1998).

Com o Pacto de gestão de 2006 a regulação no SUS ganha força, versando sobre a busca de maior autonomia para os Estados e municípios no que tange aos processos normativos do SUS, atribuindo definições a responsabilidade sanitária para cada esfera de governo e tornando-as mais claras, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada (MATTOS, 2003).

No Brasil, o debate mais aprofundado com relação ao conceito, às práticas e às finalidades da regulação, do controle, da avaliação e da auditoria em saúde iniciou-se a partir de 2001 com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). As NOAS SUS 01/2001 ampliam a responsabilidade dos municípios sobre a atenção básica e reservam à União e aos Estados a gestão da média e da alta complexidade dos serviços públicos de saúde (MAGALHÃES, 2006).

Neste sentido o então processo de regulação inter-relacionaria a coordenação de atividades, a alocação de recursos e a administração de conflitos, além de utilizar diferentes técnicas, voltado para a busca de equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento, com o objetivo de alcançar a eficiência e a equidade (SHILLING; REIS; MORAES, 2006).

Na década de 90, por meio da Lei nº 9.782/99, houve a criação do que seria a primeira agência reguladora no Brasil: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), abrangendo sua atuação não mais em apenas um setor específico, mas em todos os setores relacionados a produtos e serviços que podem afetar a saúde da população brasileira (LABRA, 1999; MACHADO, 2005).

Embasada no mesmo princípio do ato de regular, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada, através da Lei nº 9.961/00, buscando regulamentar os planos privados de saúde. “Para tanto, e, principalmente partindo-se do preconizado pelo Ministério da Saúde” (BRASIL, 2005, p. 318) com a anuência do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a regulação também passa a ser definida como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que permeia a demanda dos usuários por serviço de saúde e o acesso a estes (NASCIMENTO, 2009).

A Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde para Vilarins (2012)

Objetiva, precipuamente, promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários ao SUS e assim a regulação em saúde contribui para aperfeiçoar a utilização dos serviços, em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário, sem que haja, para tanto, a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2008; PAIM, 1999; MENDES, 2005).

Buscando, sobretudo operacionalização do então instalado processo de regulação observa-se a criação de várias centrais em todo o país que, subdividindo-se em áreas, sejam elas, urgência e emergência, consultas e exames de média e alta complexidade, internações clínicas ou cirúrgicas e em terapia intensiva, transplantes, obstetrícia e neonatal, entre outras (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008). Destarte, foi de consensual aceitação que o processo de regulação dos serviços de saúde constituiu-se em um poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária adequado às necessidades de saúde (MAGALHÃES, 2009; MENDES, 2003).

No contexto internacional pode-se averiguar que alguns países têm demonstrado interesse mais enfático com a questão da regulação em saúde. A Bulgária, por exemplo, compartilha com muitos outros países da Europa Central e da Oriental o desafio de passar de um sistema de saúde em que o Estado era o principal financiador e fornecedor de serviços de saúde para um sistema mais pluralista, com uma variedade de fontes de financiamento, incluindo um sistema de seguro de saúde e um papel mais forte do setor privado. Para tanto, a regulação do acesso foi utilizada como instrumento de gestão sobre os prestadores de serviços em saúde para se estabelecer um sistema de financiamento com viés sustentável (RECHEL; BLACKBURN; SPENCER, 2011).

Na Inglaterra, a regulação, além de fornecer acesso aos serviços de saúde, é considerada também um instrumento na gestão de reclamações sobre a saúde pública, disponibilizando dados para os serviços de ouvidoria e de assistência social. Outro ponto considerado no Serviço Nacional Britânico de Saúde (NHS) é que a regulação traz consigo o ônus de prestar as informações para auditoria e fiscalização, além de respaldar a prestação de contas dos serviços de saúde. (HOLMES-BONNEY, 2010).

2.2 REGULAÇÃO CONCEITUAL

Conceituar regulação de forma precisa emerge sobre algumas barreiras, uma vez que, os conceitos de Regulação possuem em sua natureza um alto grau de complexidade. Para Fadul (2002):

“... devido ao fato da regulação ser constituída por um conjunto de dispositivos que se interligam, determinando uma pluralidade de atos diversos e sucessivos sobre um objeto ou fenômeno, com vistas ao um ajustamento, ela em si [...] uma ideia fluida, oscilante, quase utópica, pois na realidade ela é, apenas, um estado de um sistema em um determinado momento.(FADUL ; 2002).

Considerada então uma maneira de propiciar eficiência econômica e estaria a serviço dela (SALGADO, 2003), podendo ser entendida como um instrumento essencial para a

manutenção do equilíbrio de qualquer sistema. Para Crozier (1989) a regulação da-se como um dos mecanismos corretores de que dispõe uma nação para controlar seus sistemas.

A regulação é definida como um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos para o alcance de resultados que podem estar relacionados ao atendimento das necessidades mais prementes de uma população (SHILLING; REIS; MORAES, 2006).

Com a utilização de órgãos reguladores a regulação pode identificar as perturbações geradas pelo sistema, cabendo a mesma analisar e tratar as informações relativas a um estado de desequilíbrio, e transmitir um conjunto de ordens coerentes a um ou vários dos seus órgãos executores (BARROSO, 2005). Não obstante o ato de regular promoveria o bem-estar de consumidores e usuários, ao mesmo tempo em que incentivaria investimentos necessários para o desenvolvimento econômico.

Valendo-se deste aspecto a regulação agregaria, então, o ato de regulamentar e de elaborar leis, regras, ou normas, bem como as ações e técnicas que asseguram o cumprimento dessas leis, quais sejam fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações (SHILLING; REIS; MORAES, 2006).

2.3 REGULACÃO EM SAÚDE

Segundo Vilaça (2001), regulação em saúde provoca a estabilidade do sistema composta pela resultante da interação dos valores sociais assumidos em cada sistema de saúde, resultando, portanto, da coerência entre os valores sociais e as estruturas simbólicas e materiais desses sistemas.

Conforme argumenta Chinitz (2002), a evolução da função de regulação não é constituída por uma progressão linear, abarcada por um sistema ou mesmo, um mecanismo de controle qualquer para um seguinte, mas trata-se de um complexo rol de ferramentas regulatórias desenvolvidas no decorrer da história dos sistemas de saúde, mediante a demanda.

Ramos (2003) sugere que a finalidade da regulação em saúde pode garantir que os grandes objetivos sociais do sistema de saúde sejam atingidos e desta forma convenha à possibilidade de ajustar as diversas falhas de mercado e do Estado nesse setor.

Dispõe que a regulação em saúde deve ser vista sob a ótica da regulação de políticas sociais. Destaca, portanto, que a regulação precisa adequar-se às contingências de cada sistema de saúde e que, sendo ela fixada a um processo contínuo, a mesma requer flexibilidade. Indica ainda o autor que a regulação em saúde não é apenas um compêndio de ferramentas técnicas, mas uma questão de intervenção gestora ou mesmo gerencial. Este processo envolve não somente um conjunto de regras de

monitoramento e controle, envolvendo também dimensão de implantação dos objetivos do sistema de saúde (CHINITZ 2002; MAGALHÃES, 2002).

A regulação por processos e protocolos requer a criação de sistemas descentralizados de instrumentos, práticas e instancias de exercício da função reguladora, permitindo a possibilidade da ocorrência de processos que visam resultar de forma coerente com os objetivos gerais de eficiência econômica e coesão social (MAGALHÃES, 2006; PENCHANSKY, 1981).

2.3.1 A Regulação Estatal na Saúde

A ideia de garantia do acesso da população aos serviços públicos de saúde bem como de uma assistência qualificada, por meio de uma rede padronizada e organizada de serviços, requer a atuação direta do Estado na busca do estabelecimento de regras definidas para atuação dos mercados, o que configura a passagem de um Estado prestador para um Estado regulador (CARVALHO, 2005).

O Estado enquanto efetivador das políticas públicas em saúde utiliza a regulação do acesso aos serviços públicos como um importante instrumento de gestão. Partindo-se desta premissa, a função reguladora do Estado é fundamental para harmonizar e articular a oferta e a demanda, pois a intervenção estatal na saúde seria a única forma de otimizar a alocação dos escassos recursos disponíveis para a sociedade (CASTRO, 2002).

Desta forma e, não obstante, a regulação, além de se referir aos macroprocessos de regulamentação, também define os mecanismos utilizados na formatação e no direcionamento da assistência à saúde propriamente dita (ANDREAZZI, 2003).

2.3.2 Os Sistemas de Saúde

Considerados sistemas sociais, os sistemas de saúde dependem da história e das condições políticas e socioeconômicas de cada país. A partir desta assertiva ressalta-se que os sistemas de saúde são o reflexo de importantes valores sociais e econômicos que também se expressam nos limites jurídicos e institucionais, nos quais se enquadram a formulação das políticas de saúde (MARQUES, 2002). Desta forma, constata-se que os sistemas de saúde atuam como mediadores das ações das políticas de saúde, sendo assim os limites e os objetivos de um sistema de saúde são específicos de cada país, segundo valores e princípios próprios (CANDIDO, 2000; VILARINS, 2007).

A compreensão dos sistemas de saúde pode dar-se através de construções sociais para o enfrentamento de emergentes riscos sociais. De acordo com Elias (2009) os sistemas de saúde objetivam garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

Partindo-se da premissa elencada através desta classificação, a regulação encontra-se solidificada à função de governança dos sistemas de saúde. Estando, portanto atrelada à função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuições de recursos, bens e serviços de saúde (CONTRANDIOPOULOS, 1997).

2.4 A POLÍTICA DE REGULAÇÃO

Segundo O Ministério da Saúde normatizou essa política por meio da Portaria GM/MS n. 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação e estabelece as ações para a sua implantação. E a Portaria GM/MS n. 2.907, de 23 de novembro de 2009, que dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (AMORIM, 2008; WACHHAUS, 2009).

A Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, é responsável no Ministério da Saúde pela implantação da política e dos sistemas de regulação (MAGALHÃES, 2006).

Silva (2003) e Santos (2006) referem-se à Política Nacional de Regulação como focada em três eixos estruturantes:

EIXO 1 - Recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores

EIXO 2 - Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores

EIXO 3 - Programa de capacitação permanente de recursos humanos.

2.5 O COMPLEXO REGULADOR

Mendes (2005) considera os complexos reguladores como estruturas que congregam um conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das reais necessidades de saúde da população. Assim, a constituição de Complexos Reguladores

permite, aos gestores, articular e integrar os dispositivos de regulação do acesso como centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, e com outras funções da gestão como a programação e a regionalização. É o instrumento que permite absorver toda a assistência em uma estrutura de regulação, pois produzem dados que estão relacionados com a resolubilidade real e não burocrática do sistema. Regular a oferta e a demanda por meio de Complexos Reguladores possibilitam, portanto, a organização das ações de regulação do acesso de forma inteligente, no sentido de garantir a integralidade das ações de atenção à saúde, com qualidade e equidade. (MARQUES; GARIGLIO ; 2002)

Segundo a Portaria/SAS/MS n.º 356, de 22 de setembro de 2000, o Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

O Complexo Regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação-meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam (MENICUCCI, 2005).

As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade .

Mendes (2005) afirma que a Central de Regulação é considerada uma estrutura que compreende toda a ação-meio do processo regulatório, uma vez que , recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, garantindo o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços. Para tanto, é imprescindível constatar que a informação atualizada da oferta de serviços é instrumento fundamental no processo de regulação, possibilitando assim a identificação dos déficits e as falhas do sistema, promovendo a possibilidade de tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente. Cabe a Central de regulação uma gama de funções específicas no sistema de saúde, visando viabilizar sua operação cotidiana lançar mão de recursos normativos, materiais, humanos e financeiros determinados pelo perfil epidemiológico e pela organização do modelo assistencial da região, da natureza do que regula e do território de sua abrangência (BRASIL, 2000; NASCIMENTO, 2005).

2.5.1 Objetivos da Central de Regulação

Conforme Mattos (2009) são objetivos da central de regulação:

1. A atualização das informações a partir dos bancos de dados do SUS e o ato de registrar e dar resposta a todas as solicitações recebidas nas modalidades assistenciais envolvidas no seu escopo de atuação, ou seja, para as internações referenciadas de urgência, emergência e eletivas, consultas de especialidades e SADT, disponibilizados pelo setor público e privados conveniado/contratado.
2. Identificar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos técnicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referência pactuados na PPI.
3. Exercer a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes no SUS.
4. Referenciar demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela Central de Regulação forem insuficientes para garantir o acesso assistencial.
5. Disponibilizar relatórios ou quaisquer informações necessárias às atividades de gestão, controle, avaliação e auditoria e de informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI) encerram os objetivos da central (BRASIL, 2000).

2.5.2 Atribuições da Central de Regulação

Os atributos das centrais de regulação conforme Nascimento (2005) são considerados a priori, a Gestão de leitos, agenda, demanda reprimida e controle de cotas; construção de grades de referência, contra referência e uso de protocolos; classificação de risco; regulação das referências intermunicipais e interestaduais; Comunicação com a rede de serviços de saúde e usuários (BRASIL, 2000).

Neste cerne a Central de Regulação poderá estar dividida em áreas específicas são elas:

1. Central de regulação de urgências: regula a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar;
2. Central de regulação de leitos e internações: regula as internações eletivas e de urgência;

3. Central de Regulação de consultas, exames e procedimentos especializados de média e alta complexidade.

Menucci (2005) constata que o aporte físico, tecnológico, estrutural e logístico da Central de Regulação guardará correspondência com sua área de abrangência, com suas unidades de trabalho, com a densidade das áreas assistenciais associadas e com sua interface com processos de gestão do SUS, em especial com a área de controle e avaliação.

Magalhães (2006) propõe os seguintes pressupostos de implantação de uma central de regulação

A elaboração de um plano de ação, no qual estejam definidos a oferta de serviços e os fluxos preexistentes, a abrangência do Complexo Regulador discriminando as unidades e municípios solicitantes e executantes, bem como a previsão para sua expansão gradual. Seguido da definição e organização da estrutura física e os recursos logísticos necessários ao seu funcionamento. Isto posto cabe necessariamente a definição dos protocolos clínicos a serem agregados e os protocolos operacionais que orientam a regulação, regras para a condução das rotinas e exceções das unidades da central de regulação, e a definição de atribuições e competências entre as unidades e municípios. Finalmente faz-se necessária a seleção e treinamento dos recursos humanos a serem alocados à unidade (BRASIL, 2000).

2.5.3 Abrangência da Central

Machado (2005) compreende como a região geográfica de cobertura da Central de Regulação os parâmetros nacionais que necessariamente agrupariam estados e municípios do território nacional; os parâmetros estaduais agrupando para tanto os municípios de um estado; os parâmetros regionais, estes agrupando municípios de uma determinada região; parâmetros municipais responsáveis pelos recursos assistenciais de um dado município; e, por fim os parâmetros distritais que, por sua vez, agrupariam os recursos assistenciais de um distrito sanitário, dentro de um município.

2.5.4 Esfera administrativa

Refere-se Magalhães (2005) a esfera específica relacionada ao nível de governo responsável pela gestão dos recursos assistenciais vinculados à Central de Regulação. Destarte, podendo esta ser o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde ou a combinação de mais de um desses níveis de governo. Tal abrangência e respectiva gestão devem ser pactuadas, em processo democrático e solidário, entre as esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2000; CHIORO, 2005).

2.5.5 Escopo da Central de Regulação

Conforme exposto por Menucci (2005) o Gestor será incumbido das definições de quais especialidades, quais procedimentos (internações, consultas e exames) serão regulados, e que profissionais de saúde estarão vinculados à Central de Regulação. Dentro do rol elencado também serão definidos quais recursos físicos e financeiros serão alocados para atendimento à população própria e referenciada.

A estruturação do Complexo Regulador segundo Magalhães (2005) permite absorver toda a assistência à saúde de média e alta complexidade em uma estrutura de regulação; para tal algumas ações são necessárias para implantar e/ou implementar a mesma, garantindo a efetividade da sua atuação, que são:

1. Levantar o PDR - (Plano Diretor de Regionalização) do Estado
2. Levantar a PPI - (Programação e Pactuação Integrada) do Estado
3. Definir quantas e quais Centrais de regulação comporá o complexo
4. Definir a área de abrangência (território) e o escopo (procedimentos) de cada Central de Regulação.
5. Conhecer os recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência;
6. Definir como se dará o fluxo de informações; (unidades solicitantes, unidades executantes).
7. Definir as rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais, etc.);
8. Capacitar permanentemente os recursos humanos e demais entes do processo regulatório;
9. Incorporar e regular a oferta de ações e serviços de saúde em seu escopo de atuação e área de abrangência, considerando também as pactuações com outras localidades;
10. Estar apta a receber e dar resposta a todas as solicitações de atendimento;
11. Incorporar protocolos clínicos, protocolos de regulação e fluxos de referência e contra-referência para as tomadas de decisão;
12. Exercer a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes;
13. Gerar informações quanto à utilização dos recursos físicos e financeiros próprios e pactuados;
14. Identificar pontos de estrangulamento na assistência à saúde.

15. Capacitar-se para o assessoramento da Gestão quando do Planejamento, Programação e Avaliação.

Para Pinheiro (2008) as unidades solicitantes são definidas como estruturas responsáveis pelas solicitações de atendimentos à central de regulação, podendo ser qualquer estabelecimento de saúde da rede de serviços do SUS na área de abrangência da central, bem como estruturas externas à área de atuação da central, de acordo com os pactos estabelecidos. São representadas por secretarias e regionais de saúde de outros municípios e regiões, ou outras centrais de regulação, quando implantadas.

As unidades executantes são definidas, como os estabelecimentos de saúde públicos e privados que ofertam seus serviços ao SUS na área de abrangência da central de regulação (BRASIL, 2000).

2.5.6 Unidades solicitantes

São instituições de saúde às quais é permitido solicitar atendimentos à Central de Regulação uma vez que estes estabelecimentos são considerados unidades solicitantes junto à Central de Regulação (BRASIL, 2000):

1. Unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e unidades de pronto-atendimento da área de referência.
2. Secretarias Municipais de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde.
3. Centrais de regulação de outros municípios e regiões autorizados pelo gestor.
4. Hospitais públicos e privados de menor complexidade.

As unidades solicitantes deverão ter senha de acesso à central fornecida pelo gestor. O acesso poderá ser feito por telefone ou por meio do sistema, para quem estiver em rede (BRASIL, 2000).

2.5.7 Unidades executantes

Encontramos em Andréa (2002) que as unidades consideradas estabelecimentos de saúde públicos e privados que, sob a concordância do respectivo gestor do SUS, ofertam sua capacidade física de atendimento para a Central de Regulação. Fazem parte da rede assistencial do SUS prestando serviços na área de consultas de especialidades, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares, e são incorporados à Central de Regulação por meio do CNES (BRASIL, 1998).

2.5.8 Funções dos profissionais da Central de Regulação

Temos em Magalhães (2006) que, nas centrais de regulação o elemento humano será designado nas diversas funções a seguir:

1. Coordenador/gerente: é o profissional responsável pela administração da Central de Regulação, possuindo autonomia para a tomada de decisões e para a execução das negociações e conduções pertinentes ao processo estabelecido entre prestadores, gestores e intergestores. Preferencialmente, executa a interlocução da central com o Gestor da Saúde.

2. Regulador/autorizador: checa as evidências clínicas dos casos contidos nos laudos médicos, guias de referência e solicitação de procedimentos de alta complexidade. Autoriza e encaminha as internações, bem como as consultas e exames quando necessário, a partir das ofertas disponíveis no Sistema e necessidade do paciente, podendo alterar, quando procedente, os procedimentos solicitados.

3. Administrador: coordena a distribuição do trabalho dos atendentes e videofonistas da Central, controla o estoque do material de consumo, solicita sempre que necessário o suporte local para solucionar problemas operacionais do sistema informatizado, administra e operacionaliza, insere usuários para o sistema informatizado, incluindo-os nos grupos de acesso, cadastrando as unidades administrativas e os profissionais de regulação, feriados, motivos de impedimento e demais procedimentos necessários ao funcionamento adequado da Central.

4. Videofonistas/Auxiliar de regulação: atendem as ligações das unidades que não possuem computadores conectados à rede e servem como intermediários entre as Unidades de Saúde (solicitantes e/ou executantes) e a Central de Regulação. Solicitam, agendam e cancelam atendimentos de internação eletiva ou de consultas e exames, solicitam a ação do Regulador em caso de urgência/emergência ou quando surgirem situações que não permitam agendar o atendimento. Registram internações e dados complementares, transferem pacientes entre clínicas e Unidades Assistenciais, consultam o mapa de internações e a agenda de marcação de consultas e exames.

5. Administrador de Tecnologia da Informação: profissional que garante a manutenção do sistema informatizado que operacionaliza a Central de Regulação, incluindo os equipamentos, a rede, os aplicativos e a base de dados.

2.5.9 Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

Em 19 de dezembro de 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n.2.309, que criou a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC). A Central era uma solicitação dos gestores no sentido de organizar a porta de entrada do sistema de saúde para situações em que no território do estado não haja disponibilidade do serviço para atendimento da necessidade do usuário, ou quando, embora exista a oferta de serviço, esta seja insuficiente para atender à demanda. Era também preocupação dos gestores a necessidade de regular o fluxo dos pacientes com necessidade de realização de procedimentos de alta complexidade, que oneravam os limites financeiros de estados e municípios (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a CNRAC iniciou um processo de organizar e estabelecer mecanismos de regulação da referência interestadual. Foram estabelecidos, pela Portaria SAS/MS n.589, de 27 de dezembro de 2001, grupos de procedimentos para inclusão de pacientes, tais como cardiologia, neurocirurgia, ortopedia, oncologia e epilepsia. Dessa forma, o estado ou município que recebe pacientes de outros estados passa a fazê-lo, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), pelo procedimento realizado. Além de regular o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade, em caráter eletivo, desde que haja ausência ou insuficiência comprovada de oferta de serviços em seu estado de residência, garantindo, dessa forma, o acesso e o financiamento extrateto dos procedimentos realizados e contemplados pela CNRAC. A CNRAC tem contribuído para estabelecer mecanismos de ampliação da oferta de serviços e identificação dos problemas de acesso do usuário ao sistema (BRASIL, 2006).

A ação de financiamento por meio do Faec pretende diminuir o impacto no teto financeiro dos estados e municípios que, historicamente, absorvem grande demanda de pacientes oriundos de outros estados, principalmente dos municípios limítrofes.

A CNRAC regula especialidades que não estão disponíveis em todo o país e funciona como uma estratégia de regulação para disponibilizar e garantir, de forma equânime e ordenada, o acesso da população, oriunda de qualquer local do país, a essas especialidades. Para avaliar os laudos médicos, a CNRAC conta com equipes consultoras em hospitais de referência nas especialidades reguladas (BRASIL 2002).

2.5.9.1 Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade

As Cerac interagem diretamente com a CNRAC, estabelecendo o fluxo regulatório final (BRASIL, 2009). Onde as informações tramitam integralmente em meio informatizado,

restrito aos agentes do processo estabelecido, contemplando desde o cadastro do paciente que necessita de um procedimento de alta complexidade inexistente ou insuficiente em seu estado até o seu deslocamento e a realização do procedimento no estado executante. Cabe à CNRAC promover a comunicação entre as diversas Cerac, sejam elas solicitantes ou executantes do procedimento, e relacionar-se com os hospitais consultores, a fim de estabelecer critérios de inclusão, avaliação de suficiência, pareceres técnicos e protocolos, que visam otimizar o fluxo de informações de pacientes (BRASIL, 2009).

A Cerac solicitante é a responsável pelo cadastro do paciente na CNRAC, pela inclusão do laudo médico no sistema informatizado e também pelo deslocamento do paciente e do acompanhante, se necessário, garantindo a chegada em tempo hábil para a realização do procedimento. Também é sua responsabilidade o retorno para o estado de origem, utilizando para isso verba do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), conforme Portaria SAS/MS n. 55, de 24 de fevereiro de 1999 (BRASIL, 2000). A Cerac solicitante é responsável, ainda, em proporcionar ao paciente o meio de transporte mais adequado conforme seu estado clínico. A CNRAC e os hospitais consultores fazem, respectivamente, a análise dos requisitos que estabelecem a condição do estado solicitante e dos laudos eletrônicos, e indicam a opção assistencial mais adequada para os pacientes, acionando os estados executores para que seja providenciado o agendamento dos procedimentos (BRASIL, 2000).

A Cerac executante deve receber a solicitação da CNRAC, identificar a unidade hospitalar que realizará o procedimento e promover o agendamento, repassando todas as informações para o sistema informatizado. Portanto, cabe à Cerac executante buscar, na sua rede de serviços, as unidades hospitalares cadastradas para a realização do procedimento solicitado e responder no menor período de tempo possível sobre a possibilidade de atendimento. Quando confirmada a possibilidade do atendimento pela unidade hospitalar, o agendamento deve ser registrado imediatamente no sistema (SISCNRAC) para que a central solicitante providencie o deslocamento do usuário em tempo hábil (BRASIL, 2002).

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (Drac/SAS/MS), por intermédio da Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, é a área responsável por estabelecer os mecanismos que são utilizados para viabilizar o processo de descentralização, mediante:

1. Adequação de sistema informatizado específico para execução do processo;
2. Sistematização da transferência do processo autorizador para as Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade – Cerac;

3. Monitoramento, a cada três meses, das Autorizações para Internação Hospitalar (AIHs) e das Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (Apac) faturadas por meio de relatório formal de análise da produção, assim como dos laudos autorizados sem agendamento, para as providências de atendimento do paciente.

São consideradas Cerac executantes aquelas SES que assumirem o papel de consultor/autorizador, disponibilizem rede de prestadores que executem os procedimentos de alta complexidade contemplados no elenco da CNRAC, possuírem na sua estrutura organizacional equipe técnica qualificada, com médico regulador/autorizador, para analisar e autorizar os laudos de solicitação e apresentarem infraestrutura compatível que permita a utilização do sistema informatizado e dos processos administrativos. É responsabilidade da Cerac executante definir a data de agendamento e o prestador de serviço que irá realizar o procedimento solicitado. Na impossibilidade de execução do procedimento solicitado, deverá informar à CNRAC, que adotará as medidas necessárias ao redirecionamento do laudo de acordo com a capacidade da oferta nacional (BRASIL, 2002).

2.5.10 A autorização de procedimentos

O processo de autorização de procedimentos, realizado por meio da ação regulatória, é previsto com fulcro nos protocolos clínicos e protocolos de regulação pré-estabelecidos. Nos casos de urgência, a autorização dar-se-á no menor espaço de tempo para a realização do procedimento, respeitando os prazos definidos. A autorização prévia de procedimentos está vinculada aos instrumentos denominados Autorização de Internação Hospitalar – AIH e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC. A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de quotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as Unidades solicitantes e executantes da central (BRASIL, 2000). Um exemplo de procedimentos que, normalmente, não utilizam os instrumentos de autorização prévia são as consultas especializadas, que são realizadas e faturadas considerando-se a produção global e não individualizada dos atendimentos, sendo informadas à gestão por meio do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA. O processo de autorização é realizado por equipe de médicos autorizadores, orientados por meio de regras, previamente definidos para o exercício da função. Esta ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos, de necessidade dos pacientes e de disponibilidade de oferta, evitando que sejam criados outros fluxos que não àqueles preconizados pela ação regulatória. Porém,

compete a gestão local determinar a inclusão do processo de autorização de procedimentos na estrutura de regulação (MACHADO, 2005).

2.5.10.1 Processo autorizativo

Para a organização de rede faz-se necessário um embasamento nos parâmetros de necessidade e na disponibilidade dos serviços de saúde. A capacidade física e de recursos materiais e humanos, instalada de cada estabelecimento define a respectiva produção potencial, devendo a mesma ser adequada e, em demandas necessárias, ser ajustada à disponibilidade orçamentária e financeira, de maneira a possibilitar a definição da contratação dos serviços. Os parâmetros aqui elencados encontram-se definidos na Portaria 1.101/2002, em outras portarias de áreas específicas e outros documentos e manuais (BRASIL, 2002). A programação das internações pode ser feita por clínica ou por procedimentos do SIH e baseia-se no número de leitos, na média de permanência e na taxa de ocupação.

Nascimento (2009) ressalta que alguns procedimentos considerados eletivos de pacientes referenciados são avaliados para autorização de TFD em relação à Programação Pactuada Integrada (PPI). Sendo, portanto obrigatória a autorização tratando-se da emissão de Autorização de Internação Hospitalar - AIH e de Autorização de Procedimentos de Alto custo- APAC, ademais o controle das ações e serviços pode incluir nessa exigência outros procedimentos cujo acesso encontre-se estrangulado e que possam comprometer a propedêutica dentro de uma determinada linha de cuidado. Essa medida visa fortalecer as negociações com os prestadores que geralmente têm interesse por alguns procedimentos específicos da alta complexidade; além de justificar a amplitude do termo alta complexidade, superando o custo como único critério de inclusão de um procedimento no conjunto da alta complexidade (BRASIL, 2002).

2.5.10.2 Sistema de autorização de procedimentos especializados – Módulo Autorizador

Baseado no objetivo de descentralizar as ações para as secretarias estaduais e municipais de saúde que não possuam estrutura para implantação de complexos reguladores. Menucci (2005) expõe que o Ministério da Saúde disponibiliza um sistema informatizado monousuário que registra a autorização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do SUS. O sistema de autorização de procedimentos especializados utiliza como premissa a autorização prévia dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais podendo ser instalado na base local do município, permitindo maior qualidade e controle da emissão e das informações das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC), além de

permitir a comparação entre o autorizado e o apresentado. Sua utilização elimina a necessidade de impressão dos formulários da APAC e AIH.

O Sistema de Autorização de Procedimentos Especializados poderá ser integrado ao Sistema de Regulação (SISREG), com o propósito de identificar as solicitações formuladas pelos municípios integrantes do processo de pactuação (BRASIL, 2006).

2.6 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA A REGULAÇÃO

Conforme explana Ayres (2009) o Sistema de Regulação (SISREG), responsável pela informatização da central de regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde no período de 1999 - 2002 representa um movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores e à integração dos múltiplos sistemas de informação em uso.

Voltado para o estabelecimento de uma política nacional de regulação e, considerando a necessidade de seu célere estabelecimento, foi indispensável desenvolver um sistema informatizado para apoiar as atividades dos complexos reguladores. Logo, em 2001, a Secretaria de Assistência à Saúde, em parceria com o DATASUS, desenvolveu o Sisreg, que é um sistema de informação para apoiar os gestores na função de regulação do acesso (BRASIL, 2001).

Considerado um sistema de informações *on-line*, o Sisreg é disponibilizado pelo DATASUS para o gerenciamento e operação das centrais de regulação. É um *software* que funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet. O

Sisreg é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH). O sistema é acessado pelo portal Sisreg, pertencente ao Ministério da Saúde. Esse sistema informatizado é destinado a facilitar a operação, gerenciamento e obtenção de informações nos complexos reguladores, e foi concebido de forma modular, permitindo o desenvolvimento e a introdução de soluções de parâmetros locais. O primeiro módulo desenvolvido é destinado ao gerenciamento da Assistência Ambulatorial que abrange consultas e exames especializados. Os demais módulos envolvem a Assistência Hospitalar destinado ao controle de leitos (BRASIL, 2001).

De acordo com Chioro (2004), o sistema foi postulado com a concepção de não obrigatoriedade de utilização pelos estados e municípios, passou a ser implantado nas secretarias que o solicitassem, tendo sua manutenção assegurada pelo próprio DATASUS. A Secretaria de Atenção à Saúde definiu o Sisreg como instrumento de referência para disponibilização pública e gratuita e facultou a utilização de outros sistemas pelos diversos

entes federados, desde que para isso não houvesse qualquer apoio financeiro do Ministério da Saúde.

2.7 TIPOS DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com Mendes (2005) uma das diretrizes fundamentais do SUS é a descentralização de ações e serviços de saúde, conforme prevê a Lei n. 8.080/90. A gestão descentralizada do SUS tem desafiado os gestores das três esferas de governo, no sentido de configurar uma rede de ações e serviços de saúde capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contrarreferência municipal e intermunicipal (BRASIL, 1999).

Labra (1999) acredita que baseado no processo de descentralização, uma profunda mudança nas atribuições do gestor estadual tenha sido reconhecida a partir da premissa que o desafio atual da esfera estadual consiste no exercício da função integradora, orientada por visão ampla e abrangente do sistema, no sentido de organizá-lo e provê-lo em suas lacunas com presteza e qualidade dos serviços requeridos pela população. Os mecanismos para que isso ocorra fundamentam-se em um sistema integrado entre as três esferas de governo, que garantam o direcionamento e condução do SUS, conforme estabelece a Constituição Brasileira (PINHEIRO, 1995).

2.7.1 Regulação da atenção à saúde

Magalhães (2002) remete a regulação da atenção a saúde como sendo um objeto a produção de todas as ações diretas e finais de Atenção à Saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da Atenção à Saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária (BRASIL, 2006).

Conforme disposto na lei Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento,

controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2000).

A atividade de Regulação da Atenção à Saúde, inscrita nas diretrizes de Universalidade, Integralidade e Equidade da Atenção, consiste em uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores públicos e privados, gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma a adequar à complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz (AYRES, 2009).

Menucci (2005) aponta que a Política de Regulação da Atenção à Saúde deve ter como objetivo programar uma gama de ações que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações. Desta forma deverá articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores, regular as ações e serviços de saúde, tais como: fazer os contratos, pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos de regulação e implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores. De acordo Mattos (2009)

As diretrizes do Pacto pela Saúde (2006), especialmente no seu componente Pacto de Gestão, a regulação da Atenção à Saúde tem como objeto à produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigidas aos prestadores de serviços públicos e privados de saúde. A padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos clínicos e de regulação são estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, nos processos de trabalho.

2.7.2 A regulação do acesso

Mattos (2006) explica que a Regulação do Acesso operacionalizada pelo gestor público tem sido direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, seja por meio do controle sobre o fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços ou pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população.

Regulação do Acesso: estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime (BRASIL, 2002).

A regulação do Acesso, por sorte, tem sido descrita como a implantação de computadores, redes de comunicação, centrais de internação, de consultas e exames, ou de normas e protocolos. No entanto, deve ficar claro que a regulação de acesso é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações dirigidas aos serviços públicos e ou privados, gerentes e profissionais de saúde e que são utilizadas para ordenar,

orientar, intermediar e definir o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades (BRASIL, 2002).

Para Nascimento (2009), a implementação da regulação de acesso deverá adequar todos os processos dessa área de conhecimento às especificidades locais, numa lógica de alocação de recursos voltada para as reais necessidades da população, e não pelas ofertas dos prestadores de serviços. Portanto, além de estarem articuladas e integradas com as áreas assistenciais da atenção básica, atenção programática e estratégica e atenção especializada ambulatorial e hospitalar, as suas ações devem também estar articuladas e integradas com as ações de contratação, controle e avaliação (BRASIL, 2008).

2.7.2.1 Principais ações para efetivar a regulação do acesso

A Portaria nº 1559 de 1º/08/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação, afirma que a Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários para tanto, Nascimento (2009) acredita que tais ações sejam contempladas, ei-las:

1. Regulação da Atenção Básica
2. Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgências e emergências.
3. Controle e regulação dos leitos clínicos e cirúrgicos disponíveis e das agendas de consultas especializadas e de SADT, informados nos cadastros de estabelecimentos e de profissionais e formalizados por meio dos contratos, convênios ou termos de compromisso.
4. Padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos.
5. Estabelecimento de mecanismos de referência entre as unidades segundo fluxos e protocolos padronizados, a partir da integração entre as ações de solicitações e de autorização.
6. Organização de fluxos de referência especializada intermunicipal por meio da conformação da rede hierarquizada e regionalizada e da PPI, articulados pelo TFD (Tratamento Fora do Domicílio).
7. Controle e monitoração da utilização mais adequada dos níveis de complexidade, balizados pelos protocolos e fluxos padronizados e consensuados.
8. Implantação de Complexos Reguladores.

2.7.2.2 Instrumentos da regulação do acesso aos serviços de saúde

Todos os municípios segundo Brasil (2000) deverão organizar uma atenção básica que seja resolutiva e que faça encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência. Na atenção em saúde, o gestor do sistema estabelece e define quais as ações e serviços serão oferecidos pelas unidades prestadoras, apontando o que e qual a quantidade será regulada (ANDRADE, 2006). Alguns procedimentos serão autorizados na própria unidade solicitante, mediante a utilização de cotas mensais, que indicará a unidade onde o procedimento será realizado, referenciando os usuários diretamente (BRASIL, 1999).

Outros procedimentos que estarão sob controle, querem pela desproporção entre a oferta e a demanda ou pelo seu custo financeiro, necessitarão de regulação em outra instância. Se o procedimento não necessita de autorização prévia, a unidade solicitante poderá agendá-lo diretamente ou junto à Central de Regulação. Se o procedimento necessita de autorização prévia, esta deverá ser obtida junto à chefia imediata da unidade, que acionará posteriormente o regulador/autorizador (NASCIMENTO, 2009).

Segundo Mendes (2005) na gama de ações, serviços e procedimentos disponibilizados aos usuários SUS em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, o gestor deverá pactuar com as suas unidades e com os municípios referenciados os fluxos para o acesso em toda a linha de produção do cuidado garantindo a integralidade da assistência no território sob sua gestão. Para tanto, serão utilizados os protocolos assistenciais no sentido de ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso pela gravidade clínica do usuário e os fluxos de referência desenhados.

Santos (2011) explica que

Os complexos reguladores são considerados uma das estratégias da regulação de acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de Atenção às Urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos (MENDES, 2005).

2.7.3 Regulação assistencial

O termo regulação, aplicado ao setor saúde no país, tem diversos entendimentos, concepções e práticas. A NOAS/SUS 01/2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI). Essa é uma concepção restrita

de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta (MAGALHÃES, 2002).

Da mesma forma, a NOAS/SUS 01/2002 vinculou o processo e o exercício das ações de regulação às modalidades de gestão de cada ente gestor, estabelecidas por essa norma.

Regulação assistencial: definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. Portanto, requer o estabelecimento de protocolos assistenciais, com base nas evidências, assim como do aporte de recursos humanos, materiais e financeiros para a adequação da oferta conforme as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2002).

Embora os conceitos pareçam similares, há uma diferença entre os conceitos de regulação assistencial e regulação do acesso. O primeiro diz respeito a um conjunto de ações e atividades e inclui a regulação do acesso. A regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador. Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. A diferença aqui determinada é que ao se estabelecer a regulação do acesso, nos termos citados anteriormente, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população, e não na disponibilidade de oferta (MAGALHÃES, 2002).

A Regulação Assistencial ganha destaque no Sistema Único de Saúde - SUS, a partir das Normas Operacionais de Assistência e se configura como um dos eixos estruturantes do Pacto de Gestão, que consolida o processo de descentralização, com responsabilidades compartilhadas pelos entes federados, de modo a produzir ações integrais de assistência à saúde, em função das necessidades da população, buscando o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS (Brasil, 2005). Diante desta realidade fica estabelecido como responsabilidade do Gestor Estadual a Regulação Assistencial das referências intermunicipais através da coordenação do processo da Programação Pactuada e Integrada Assistencial (PPI Assistencial), da regionalização da assistência e implantação das redes assistenciais (PRADO. FUJIMORI. CIANCIARULLO.. 2007).

2.7.3.1 Objetivos da regulação assistencial

Magalhães (2002) acredita que o Sistema Estadual de Regulação Assistencial tem como objetivo maior, garantir de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, buscando a alternativa assistencial adequada e em tempo oportuno, para as necessidades identificadas do cidadão usuário do SUS. A Regulação da Assistência deve funcionar também como um observatório do sistema de saúde permitindo integrar e qualificar seus serviços, para alcance de seu principal objetivo: atender plenamente os usuários.

2.7.3.2 Mecanismos e instrumentos de regulação assistencial

Para Marques (2002), a regulação assistencial, como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas e necessidades de saúde em seus diversos níveis de atenção, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas. Nesse sentido, o processo regulatório, ao atuar positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para ampliar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função (BRASIL, 2000).

Desta forma, Magalhães (2005) reitera que a regulação da assistência tem por objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

Acrescenta Caleman (1998) que para o desempenho das funções de regulação da assistência é necessária a utilização de instrumentos de apoio, tais como:

1. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
2. Central de regulação, destinada a análise e deliberação imediata sobre problemas de acesso do paciente aos serviços de saúde;
3. Protocolos clínicos, que definem o elenco de recursos terapêuticos mais adequados para cada situação clínica;
4. Complexos reguladores com centrais de leitos, consultas especializadas e exames, destinados ao atendimento da necessidade de consultas, exames e internação de pacientes, permitindo o acompanhamento da PPI e das referências;

5. Comissões autorizadoras de procedimentos de alta complexidade e de internações, para organizar os processos, mecanismos de controle e avaliação e as referências desse elenco de procedimentos;
6. Manuais dos sistemas de informação;
7. Indicadores e parâmetros assistenciais de necessidade de oferta de acordo com as necessidades de saúde e de produtividade;
8. Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação do usuário.

2.7.4 Regulação médica de urgências

Segundo Santos (2001), o conceito de regulação médica das urgências tem sua origem no atendimento pré-hospitalar francês. Embora a ideia do atendimento fora da estrutura hospitalar, com o uso de ambulâncias medicalizadas tenha se originado no final do século XIX, em Nova Iorque e daí tenha sido levada para a Europa, é na França que a concepção de regulação médica de urgências que se utiliza no Brasil toma corpo, quando em 1986 é publicada uma lei governamental que define os SAMU (Sistema de Atenção Médica às Urgências) como serviços hospitalares com Centros de Recepção e Regulação das Chamadas que coordenam os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR). Para Tannebaum (2002), o SAMU, como parte do complexo regulador, tem papel fundamental nos municípios para a execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador. As centrais municipais de atendimento pré-hospitalar podem atuar como centrais regionais, notadamente nas áreas metropolitanas e junto às regiões de saúde, sempre que houver pactuação intermunicipal regional e acordo na Comissão Intergestores Biparte. Por meio da Central de Regulação do SAMU é possível prestar atendimento pré-hospitalar aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, e fazer o transporte sanitário dos pacientes atendidos de forma adequada, acionado pelo público de modo fácil, gratuito e 24 horas por dia (BRASIL, 1990).

Dentro da proposta de atenção integral, o SAMU possibilita a integração com outros serviços do SUS, como a Central de Internação Hospitalar para efetuar as transferências inter-hospitalares, acionamento de UTI Móvel e contatos com as referências hospitalares de urgência e emergência, Unidades de Pronto-Atendimento, Unidades Básicas de Saúde e Unidades de PSF (BRASIL, 1990).

Para Tannebaum (2002)

O SAMU tem como objetivo responder com meios exclusivamente médicos às situações de emergência, com a missão de garantir uma escuta médica permanente; decidir e enviar, no menor prazo possível, a resposta mais adequada à natureza do chamado; assegurar a disponibilidade dos recursos hospitalares públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha e, preparar sua recepção; organizar o transporte para uma instituição pública ou privada, solicitando para isto os serviços públicos ou privados de transporte sanitário; garantir a admissão do paciente no hospital. Regulamenta, por fim, a regionalização do sistema, com a definição da lista de unidades envolvidas no atendimento e sua respectiva atribuição (FERREIRA, 1999).

Ferreira (1999) acredita que se tratando do pré-hospitalar móvel, existem dois modelos predominantes de atuação: o modelo norte americano que se baseia na atuação de profissionais intitulado “paramédicos”, que passam por um processo de capacitação para o atendimento no local da ocorrência, existindo inclusive diferentes categorias de atuação e respectiva carga horária de treinamento, sendo os profissionais de maior qualificação autorizados a realizar procedimentos, como intubação, punção de tórax e administração de medicamentos. Esta atuação se dá, em geral, sem supervisão médica. No modelo francês, toda intervenção é medicalizada, como consta nos termos da lei que regulamenta o sistema.

No nível federal de governo, uma série de portarias e iniciativas passaram a estimular a estruturação de centrais de regulação de várias ações e serviços de saúde, além da própria regulação médica das urgências. Em junho de 1998, o MS publica a Portaria 2923, que aloca recursos nas centrais de regulação e a Portaria 2925 que vincula a inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências à sua participação nas centrais de regulação (BRASIL, 1998).

Em agosto do mesmo ano, a Portaria 3477, que vincula a inclusão de hospitais nos Sistemas de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco, à sua participação em centrais de regulação (BRASIL, 1998). Em junho de 1999, a Portaria 824, que aprova o texto de Normatização do Atendimento Pré-hospitalar (BRASIL, 1999). Em agosto de 1999, a Portaria 1127, que inclui entre as exigências para habilitação ao recebimento do FIDEPS, independente da classificação do hospital, a obrigatoriedade de que os mesmos se integrem às centrais de regulação do estado e/ou município e, na inexistência destas, que constituam centrais de marcação de consultas (BRASIL, 1999).

Em dezembro de 1999, a Portaria 1478, que determina às secretarias de saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios em gestão plena do sistema municipal, a criação de Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica, em seus respectivos âmbitos de atuação (BRASIL, 1999). Em junho de 2000, a Portaria 569, que institui o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento, constituído por três

componentes, sendo o componente II a Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal e na mesma data, a Portaria 571, que regulamenta o componente II da Portaria 569, onde se lê que deverão ser implantadas centrais de regulação obstétrica e neonatal nos níveis estadual e municipal e também os sistema móveis de atendimento às gestantes, nas modalidades pré e inter-hospitalar (BRASIL, 2000).

Em setembro de 2000, a Portaria 356, que estabelece, em seu Anexo II, a conceituação do Complexo Regulador Assistencial, as Premissas Básicas da Regulação e a Operacionalização destas centrais, em seus requisitos físicos e humanos (BRASIL, 2000). Em janeiro de 2001, é publicada a Portaria GM-MS 95, que aprova a NOASSUS (Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001), que inclui a regulação da assistência em seu item II.3: Do processo de Controle, Avaliação e Regulação da Assistência (BRASIL, 2001). Em junho de 2001, é publicada a Portaria 814, que revoga a Portaria 824 e estabelece, em seu Anexo I, o Conceito Geral, Princípios e Diretrizes da Regulação Médica das Urgências e, em seu Anexo II, a Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgências em todo o país (BRASIL, 2001).

2.7.4.1 Regulamentação

Sobre a regulação médica das urgências, a Portaria 814 determina, em seu Anexo I que:

[...] A Regulação Médica das Urgências – é o elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas nesta Portaria e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades (BRASIL, 2001, s.p).

Fica claro por este trecho selecionado da portaria, que não será possível fazer a regulação das urgências se não forem estabelecidos os pactos de regionalização e hierarquização, se os recursos forem insuficientes ou, se não estiverem disponíveis. A portaria define, ainda, atribuições, competências e diretrizes da regulação médica, sendo importante destacar:

“[...] a competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes: ...como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;... – tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento: ...decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência” (BRASIL, 2001).

Em Ferreira (1999) o regulador deve ter autoridade delegada pelo gestor, para lançar mão dos meios necessários para garantir o adequado atendimento do paciente. A gravação dos chamados dá respaldo a todos: solicitante, regulador e receptor, no sentido do registro correto e claro das informações, bem como da manutenção e observância de pactos e posturas éticas no trato dos pacientes acometidos por urgências que, pela gravidade do caso, perdem o direito a escolha e são submetidos a tratamentos cuja autorização a sociedade delegou ao médico. É por esta, entre outras razões, que este paciente deve ter garantido seu direito de acesso a um atendimento qualificado e adequado à sua necessidade.

O aumento da violência e a privatização das estradas fizeram surgir no país, no eixo das grandes cidades, inúmeros serviços privados de atendimento pré-hospitalar móvel. Sobre estes também legisla a Portaria 814, ao afirmar que a empresa privada de atendimento pré-hospitalar:

[...] deve contar, obrigatoriamente, com centrais de regulação médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica... o que pode ser exigido inclusive nos códigos municipais e estaduais de saúde, sendo estas centrais reguladoras privadas submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassarem os limites estritos das instituições particulares não conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não urgente (BRASIL, 2001, s.p).

Para dirimir uma série de conflitos de poder observados na atenção pré-hospitalar, entre médicos reguladores e comandos de bombeiros, a Portaria deixa claro a este respeito que:

[...] Corpos de Bombeiros Militares (incluindo as Corporações de Bombeiros Independentes e as vinculadas as Polícias Militares), Polícias Rodoviárias e outras organizações da área da Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos desta portaria (BRASIL, 2001, s.p).

A portaria estabelece, ainda, os requisitos gerais e competências de todos os profissionais envolvidos no pré-hospitalar, os tipos de viaturas, seus equipamentos e medicamentos.

2.8 REGULAÇÃO E INTEGRALIDADE ASSISTENCIAL

Pinheiro (2008) reflete de forma a propor que a integralidade esta sendo observada apenas na dimensão da assistência clínica, entendida como um conjunto de recursos, tecnologias assistenciais e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, ofertados nos níveis secundário e terciário da atenção para cura, controle e reabilitação, proporcionados individualmente, e sua relação com a regulação assistencial para a garantia de acesso da população a essas tecnologias, considerando que a integralidade, quando aplicada à organização dos serviços de saúde, envolve o esforço de construir o arranjo de práticas dentro de um serviço com o objetivo de avançar na conquista de mais integralidade no plano concreto de um sistema de saúde. Importa, também, refletir sobre a relação entre integralidade e os modos de organização da regulação do acesso à rede de serviços de saúde (BRASIL, 1999).

Para Merhy (2008)

Dentro da análise desta perspectiva é importante ressaltar que um dos elementos constitutivos da atenção integral é a regulação pública, num ambiente de forte predomínio e dependência do setor privado complementar do SUS⁵. Reportando uma vez mais a CF, a integralidade na assistência é entendida como sendo um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2008). O SUS deve garantir ao cidadão o direito de atenção integral à sua saúde, desde as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças até os tratamentos especializados e de recuperação, quando expostos a qualquer tipo de doença ou agravo (BRASIL, 2008). Tendo este eixo como objeto e referência, a regulação assistencial, segundo Pinheiro (2008), ganha contornos absolutamente essenciais quando esses recursos assistenciais, de média e alta complexidade, estão indisponíveis ou insuficientes nos sistemas de saúde para os tratamentos especializados.

Em Brasil (1999) a regulação assistencial deve se fazer presente, valendo-se do enfoque e da classificação de risco, para orientar a definição da atenção à saúde por um ou por

outro usuário, segundo sua prioridade bem como o quadro clínico, a chamada integralidade regulada não para limitar direitos, mas para garantir direitos menos contaminados pelo não científico e induzir o sistema e seus reguladores a terem a coragem de constranger o acesso num cenário de oferta excessiva de um determinado recurso assistencial (ANDRADE, 2006 ; AYRES, 2009). Significa dizer que todos os trabalhadores de saúde diretamente envolvidos com o cuidado, no ato de prescrever e requerer tecnologias para os usuários deveriam seguir normas regulatórias respaldadas em evidências científicas, normas estas presentes em protocolos clínicos e de regulação, regramentos nos quais caberiam decisões de base ético científica e socialmente aceitas (FERRAZ, 2009; SANTOS, 2006).

Souza (2005) aponta que não é esta a regra na realidade brasileira.

A regulação assistencial tem como premissa viabilizar a integralidade no cuidado, enquanto orientadora para a organização sistêmica dos serviços de saúde, e é um instrumento essencial para evitar as disfunções no acesso à saúde e prevenir seu aparecimento, por meio de uma intervenção serena, mas determinada, em defesa do cidadão. A busca da integralidade na assistência clínica assumiu contornos tão críticos que a NOAS/SUS 01/02 promoveu, sob forte oposição, a separação da assistência dos demais campos da atenção, introduzindo como objetivo a implantação de redes assistenciais, de forma a se constituírem sistemas funcionais e resolutivos, tendo como pano de fundo a integralidade do cuidado (CUNHA, 2003).

Nesse sentido, Costa (2000) propõe que a regionalização, fortalecida metodologicamente pela norma, tornou ainda mais evidente a insuficiência de recursos assistenciais, principalmente os de média complexidade ambulatorial, comprometendo fortemente a integralidade assistencial, emergindo a necessidade de organização e sistematização de mecanismos e ações regulatórias, para viabilizar o acesso à assistência àqueles usuários que efetivamente necessitarem (BOURGUIGNON, 1988).

2.9 VAGA ZERO

O conceito de vaga zero deve ser entendido como uma medida provisória a partir da resolução do Conselho Federal de Medicina 1529/1998, Portaria do Ministério da Saúde 824/1999 e 2048/2002, á nível nacional, estabelece que nas emergências não exista número fechado de leitos ou capacidade limite (MARQUES, 2002; RIBEIRO, 2000).

Para Tannebaum (2001)

A recepção de doentes que necessitem de assistência médica imediata, não deve ser considerada a existência ou não de vagas disponíveis, e sim a complexidade do serviço para a adequada assistência ao paciente, de acordo com a avaliação e julgamento do médico regulador, baseado no conhecimento de cada caso e de toda a rede loco regional de atenção às urgências no momento da regulação.

Em Brasil (1999; 2000; 2002) acredita-se que na recepção de pacientes que necessitem atendimento médico de urgência, não se discute a existência de “vaga para leito”, pois na urgência o atendimento deve ser garantido onde exista o recurso necessário disponível (Médico Emergencista, Cirurgião, Neurologista, Traumatologista, Serviços de Diagnóstico por imagem e assim por diante) para o acolhimento e assistência inicial imediata, independente da disponibilidade de vagas ou leitos.

Segundo Agranoff (2006) o conceito de vaga zero deve ser entendido como uma medida provisória, sendo obrigação do médico regulador prosseguir na busca de vaga adequada para o paciente, em serviço que faça parte do sistema estadual ou regional de emergências de caráter público ou privado. Há que ficar claro que medidas provisórias não eximem o gestor de cumprir com seu dever legal de implementar atividades com vistas a solucionar os pontos críticos e deficitários do sistema assistencial de saúde, conforme prevê a lei (BRASIL, 1999; 2000; 2002).

A decisão sobre o encaminhamento do paciente que necessita de um atendimento de urgência para um determinado Hospital ou Pronto Atendimento, indicado para cada caso, compete pura e exclusivamente ao Médico responsável pelo processo de Regulação Médica. (BRASIL, 1999; 2000; 2002)

Neste mesmo foco, Moura (1998) ressalta que os médicos que atuam em serviços de urgência e emergência, não podem alegar a inexistência de vaga para recusar o acolhimento de paciente encaminhado ao serviço pelo médico regulador, desde que feito de acordo com as normas vigentes e pactuadas entre gestor e prestador. Outrossim, naquele momento o local escolhido pelo médico regulador, é o melhor local possível no sistema para atender o paciente. Porém é obrigação do médico regulador prosseguir na busca de leito adequado ao caso nos demais serviços para a alocação definitiva e adequada as necessidades do paciente (BRASIL, 1999; 2000; 2002).

3 SUS

3.1 REFERENCIAL JURÍDICO E PRINCIPOLÓGICO

A instituição do SUS remonta à constituição Federal de 1988, sendo este, ainda regido pela LOS, sob a égide dos princípios constitucionais e abarcando a definição de saúde proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Destarte, a mesma lei que efetivou a garantia da saúde consoante à constituição, promoveu, via de regra, a redução da responsabilidade do Estado mediante formulação e execução de políticas públicas:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º 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 o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Analisando, portanto este fulcro seria sensato admitir a presunção sobre a obrigatoriedade do Estado em garantir o acesso ao direito à saúde como não sendo necessariamente uma norma de aplicabilidade imediata, fazendo-se necessário um caráter de constante dependência da formulação das políticas.

Ademais, como direito fundamental pressuposto à garantia da vida e dignidade humana, o direito à saúde tem a aplicabilidade imediata da qual trata o §1º, do art. 5º da CF/8843, onde o certame expressivo “direitos e garantias fundamentais” abrange todos os artigos do referido título, restando, portanto a inclusão do previsto no art. 6º. Essa é uma interpretação sistêmica condizente com o entendimento majoritário do Poder Judiciário (BRESSER-PEREIRA, 1996; FIALHO, 2006; BRASIL, 1988).

Para a efetivação do direito à saúde, nos moldes constitucionais, não basta ao Estado elaborar políticas públicas que não possam ser executadas imediatamente. Cabe,

necessariamente ao Estado o fornecimento de mecanismos que realmente garantam esse direito, em todos os seus aspectos (PECI, 2000; BARCELOS, 2008).

Barroso (2010) salienta que o direito à saúde comporta duas vertentes. A primeira, de natureza negativa, impõe ao Estado ou a terceiros a abstenção de qualquer ato eventualmente prejudicial à saúde. A segunda, de natureza positiva, consiste no dever do Estado de efetivar políticas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Em razão de tais vertentes, o SUS é orientado por um rol de princípios definidos pela CF/88, que podem ser divididos em ético, político e organizativos, de acordo com as Leis n. 8.080/90 e 8.142/9048.

Segundo Pinheiro (2009) compreende-se por princípios ético-políticos do SUS:

- A universalidade do acesso, compreendida como a garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- A integralidade da atenção, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- A equidade, que embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação; e
- A participação social, que estabelece o direito da população de participar das instâncias de gestão do SUS, por meio da gestão participativa, e dos conselhos de saúde, que são as instâncias de controle social. Essa participação social significa a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil na produção da saúde, ou seja, na formulação, na execução, no monitoramento e na avaliação das políticas e programas de saúde.

3.2 PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS

Em Brasil (2008; 2009; 2010) encontramos enquanto princípios:

- A intersectorialidade, que prescreve o comprometimento dos diversos setores do Estado com a produção da saúde e o bem-estar da população;
- A descentralização político-administrativa, conforme a lógica de um sistema único, que prevê, para cada esfera de governo, atribuições próprias e comando único;

- A hierarquização e a regionalização, que organizam a atenção à saúde segundo níveis de complexidade básica, média e alta, oferecidos por área de abrangência territorial e populacional, conhecidas como regiões de saúde;

- A transversalidade, que estabelece a necessidade de coerência, complementaridade e reforço recíproco entre órgãos, políticas, programas e ações de saúde.

Com fulcro nas seguintes diretrizes o SUS, preconiza a descentralização, com administração única em cada esfera de governo e ênfase na municipalização das ações e serviços de saúde; o atendimento integral, com definição das prioridades dentro de cada nível de atenção (básica, média e alta complexidade); participação da comunidade, por meio dos representantes que integram os Conselhos de Saúde (BRASIL, 2008;2009; OUVERNEY, 2005).

Neste rol de pressupostos podemos elencar ainda a essencialidade, na qual a saúde figura como direito fundamental do cidadão e como função do Estado; a universalidade, sendo a saúde um direito de todos; a integração, com participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento, financiamento e execução; a regionalização, pelo atendimento realizado mais próximo do cidadão, preferencialmente pelo município; a diferenciação, perante a autonomia da União, dos Estados e dos Municípios na gestão, de acordo com as suas características; a autonomia, com a gestão independente dos recursos nas três esferas de governo; o planejamento, mediante a previsão de que os recursos da saúde devem fazer parte do orçamento da Seguridade Social nas três esferas de governo; o financiamento, garantido com recursos das três esferas de governo e o controle das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988; 1999; CASTELLS, 1999; ANDRADE, 2006).

Temos, portanto que a CF/88 assegura aos cidadãos brasileiros os princípios de universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde. Em seu Art. 196, garante aos cidadãos o direito à saúde e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção e recuperação (BRASIL, 1988, 2003; SOUSA JUNIOR, 2010).

Segundo Unglert (1990), equidade é entendida como a igualdade no acesso à saúde e deve ser provida como um direito, de todo o cidadão. Desta forma temos que o acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Outrossim, percebe-se a atuação de fatores socioeconômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país.

Barroso (2010) reforça que

O SUS tem demonstrado muitos avanços desde sua implantação, porém, o grande desafio que se coloca neste momento é a integralidade da atenção à saúde, considerando a necessidade de organização de rede hierarquizada e regionalizada de serviços. Um dos maiores objetivos é garantir a atenção à saúde da população de forma equitativa, integral, humanizada e de qualidade, por meio da formulação e implementação de políticas de saúde (BRASIL, 2003).

A construção do SUS expôs a necessidade de propor alternativas que dirimissem a fragmentação da gestão pública. Nesse contexto, foi deliberada e aprovada em janeiro de 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e posteriormente a NOAS 01/2002. Alguns preceitos emanados pela NOAS e aprimorados no PACTO DE GESTÃO ganharam força na estruturação dos sistemas de saúde. A responsabilização pactuada da gestão pública da saúde delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços levou ao estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, segundo os Planos Diretores de Regionalização - PDR. Definidas e pactuadas as regras de referenciamento intraestaduais, intramunicipais e/ou interestaduais, com a garantia do financiamento das ações por meio da Programação Pactuada e Integrada - PPI ficou evidenciada a necessidade da regulação deste fluxo, garantindo-se que os pactos sejam efetivamente cumpridos e revistos de acordo com a necessidade demandada e a capacidade física instalada (MERHY, 2006).

4 SAÚDE: UM DIREITO FUNDAMENTAL

4.1 A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Conforme preconiza a Constituição de 1988:

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.(BRASIL . 1988)

Segundo afirma Sarlet (2009), a saúde enquanto direito fundamental tem implicações diretas para o bem-estar do indivíduo, a integridade da sociedade e a produtividade da economia. Desta forma, a saúde tem sido identificada como uma importante variável para o desenvolvimento econômico, sendo este entendido em seu sentido mais amplo tal qual o aumento do crescimento e redução das desigualdades sociais.

Para Lopes (2006)

Mesmo agregada ao rol dos direitos humanos, cuja reivindicação é antiga na história da humanidade, a saúde somente foi incluída no elenco desses direitos nas legislações da contemporaneidade. O acesso à saúde de forma ampla foi reconhecido constitucionalmente, como direito fundamental quando da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, cujo processo constituinte, num espaço democrático, teve também alicerce em ideias de congressistas progressistas, amparados por intelectuais do movimento da Reforma Sanitária (FIGUEIREDO, 2006).

O conceito de saúde no Brasil foi definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (RESENDE, 2009).

4.2 CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Sarlet (2009) afirma que a saúde foi incluída como direito fundamental nos textos constitucionais de diversos países a partir da compreensão da evolução legislativa internacional de defesa dos direitos humanos no pós-guerra da segunda metade do Século XX. Ademais, após um período político conturbado pela insurreição contra a ditadura militar no Brasil, a Constituinte não poderia deixar de garantir um rol de direitos sociais no texto da Constituição democrática que seria promulgada no país, incluindo-se expressamente, pela

primeira vez na história da legislação brasileira, a saúde como direito de todo cidadão, sem distinção de qualquer espécie (SOUSA, 2010).

4.3 SAÚDE NO ORDENAMENTO SOCIAL E JURÍDICO BRASILEIRO

Remontando ao colonialismo temos através de Pereira (2006) que não havia um eficaz sistema de proteção sanitária, sendo que a medicina desenvolvida à época pautava-se numa combinação indiscriminada de conhecimentos de povos diferentes onde nos três primeiros séculos do período colonial, a sociedade branca recorreu indiferentemente às formas de cura trazidas da Europa ou àquelas a que diversas etnias, com as quais se manteve em constante contato, utilizavam para lutar contra os males que as acometiam. Mesmo os portugueses opulentos, muito embora se tratassem com seus médicos, cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, não hesitavam, quando precisavam curar suas feridas, em se servir do óleo de copaíba utilizado pelos indígenas para esse fim. Depois, com a vinda dos escravos africanos, aderiram igualmente a certas curas relacionadas com a magia, como nos revela a documentação das visitas inquisitoriais do Santo Ofício (FIGUEIRA, 2009).

4.4 CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988 E A SAÚDE ENQUANTO DIREITO FUNDAMENTAL

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira constituição brasileira a positivizar o direito a saúde como direito fundamental. A Organização Mundial de Saúde (OMS) já havia declarado, antes do advento da Constituição Federal de 1988, que o direito à saúde é um direito fundamental do homem.

Sarlet (2009) explana que os textos constitucionais anteriores à CF/88 apenas determinavam aos entes federados a competência para legislar sobre saúde, sendo que tal direito era reconhecido tão somente aos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, a despeito de seu reconhecimento internacional como direito fundamental desde meados da Década de 1940.

Com a redemocratização, intensificou-se o debate nacional sobre a universalização dos serviços públicos de saúde. O momento culminante do “movimento sanitarista” foi a Assembleia Constituinte, em que se deu a criação do Sistema Único de Saúde.

A Constituição Federal estabelece, no art. 196, que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, além de instituir o “acesso universal e igualitário às ações e

serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A partir da Constituição Federal de 1988, a prestação do serviço público de saúde não mais estaria restrita aos trabalhadores inseridos no mercado formal. Todos os brasileiros, independentemente de vínculo empregatício, passaram a ser titulares do direito à saúde (MAUS, 2009).

A saúde como direito social na constituição “cidadã” de 1988 é tratada em seu art. 6º, instituindo nos artigos 196 a 201 uma estrutura política complexa e abrangente para o sistema de saúde brasileiro, integrando a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal (GOZZO, 2012).

Sarlet (2009) ainda aponta que

Para a efetivação do direito à saúde, o próprio texto constitucional previu a implantação de um sistema público, de acesso universal e igualitário, regulamentado por legislação infraconstitucional. Nesse intuito, implantou-se o SUS no país, pelo qual o Estado garantiria a efetividade de tal direito, com universalidade de cobertura e de atendimento, pautado nos princípios de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Os serviços oferecidos pelo SUS, de promoção, proteção e recuperação da saúde são, então, de relevância pública, sujeitos à fiscalização e controle pelo Poder Público, como não deixaria de ser num Estado Democrático de Direito (CALEMAN, 1998).

5 LEGISLAÇÃO APLICADA A SAÚDE

O Conselho Nacional de Justiça ingressou no debate a partir da Resolução n. 10727, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento das demandas de assistência à saúde.

Neste introito a judiciário valia-se de mais documentos legais a fim de fornecer arcabouço jurídico e preparo à própria magistratura para agir sobre a alta demanda de ações pertinentes à saúde. Uma destas iniciativas foi em 30 de março de 2010 a Resolução 3128 que recomendou 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. Foi recomendada a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde com a presença de magistrados, membros do Ministério Público e gestores, para propiciar melhor entrosamento sobre a matéria. Alcançou também o Conselho Nacional de Justiça para que o Direito sanitário fosse incorporado como disciplina nos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados (MENDES, 2009).

5.1 LEGISLAÇÃO PERTINENTE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para Sarlet (2009), a Constituição de 1988 trazia em seu bojo expectativas e propostas na área da saúde pública. No imaginário de grande parte da população brasileira a Constituição Federal de 1988 teria o condão de, por si só, determinar os caminhos necessários para a efetividade do Estado Democrático de Direito, garantindo a todos a garantia dos direitos individuais e sociais necessários para o bem-estar de toda a nação (LEAL, 2006).

O direito à saúde implica no direito a participar ativamente da formulação de políticas de saúde. E se vamos ultrapassar o nível da retórica vazia, que repete inúmeras boas intenções sem jamais concretizá-las, ou seja, se há realmente a vontade política de democratizar a saúde, esta Conferência não pode terminar sem medidas concretas e imediatas para combater a quase total ausência de mulheres na definição de políticas de saúde (BARROSO, 2009).

6 JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE

Na contemporaneidade tem sido observado um aumento do volume de litígios envolvendo direitos sociais, em especial no tangente aos direitos pertinentes a saúde. Muitos autores o associam à sua constitucionalização, particularmente na América Latina, Leste Europeu e África (BARROSO, 2007; STRECK, 2011). Outros sustentam que o fenômeno resulta da configuração da sociedade civil, no sentido de que a maioria dos novos precedentes em matéria de concretização de direitos sociais decorre da atuação concertada de movimentos sociais e organizações de direitos humanos (LANGFORD, 2009). Segundo atesta Luiz Roberto Barroso, o fenômeno da judicialização das relações sociais no Brasil desenvolveu-se no contexto de constitucionalização na esteira da corrente neoconstitucionalista associado ao aumento da demanda por justiça e à ascensão institucional do Judiciário (BARROSO, 2007). Cabe a ressalva que não há uma conceituação precisa do conteúdo da linha neoconstitucionalista que reúne juristas de diversas posições jus filosóficas e de filosofia política.

Partindo-se desta perspectiva, é tangente a possibilidade de poder-se delinear alguns denominadores comuns, são eles:

1. A importância dada aos princípios e valores como componentes elementares dos sistemas jurídicos constitucionalizados;
2. A ponderação como método de interpretação/aplicação dos princípios e de resolução dos conflitos entre valores e bens constitucionais;
3. A compreensão da Constituição como norma que irradia efeitos por todo o ordenamento jurídico, condicionando toda a atividade jurídica e política dos poderes do Estado e até mesmo dos particulares em suas relações privadas;
4. O protagonismo dos juízes em relação ao legislador na tarefa de interpretar a Constituição;
5. Enfim, a aceitação de alguma conexão entre Direito e moral. (VALE, 2007, p. 67)

Quando se vincula o fulcro sobre o risco de excessiva ênfase na atuação do Poder Judiciário, encontra-se nesse paradigma um reforço às expectativas de conferir efetividade aos comandos constitucionais, em especial, os direitos sociais. Nas palavras de Sarmiento (2009)

Temos que o neoconstitucionalismo alenta um ideário humanista, que aposta na possibilidade de emancipação humana pela via jurídica, através de um uso engajado da moderna dogmática constitucional. Sob a égide desta visão, a decisão acerca do papel constitucionalmente adequado a ser desempenhado pelo Poder Judiciário

aproxima a argumentação jurídica a questões de Filosofia Política, envolvendo importantes debates entre procedimentalistas e substancialistas. Sucessivamente a primeira corrente, representada por autores como Jürgen Habermas e Antoine Garapon, entende que o incremento do controle judicial prejudica o exercício da cidadania ativa, uma vez que envolveria uma postura paternalista. Destarte, o Poder Judiciário deveria apenas garantir procedimentos para ampla deliberação democrática. Consecutivamente a segunda corrente, adotada por Mauro Cappelletti e Ronald Dworkin, é a dos chamados substancialistas, que entendem que o Judiciário “é o intérprete do justo na prática social: deve assegurar que as políticas públicas garantam a democracia e os direitos fundamentais e não interesses hegemônicos específicos” (SANTOS, 2003).

Nas considerações de Sarmiento (2009)

O neoconstitucionalismo se identifica mais com a corrente substancialista, que ressalta o papel do Judiciário em favor dos valores constitucionais. O fato é que as decisões judiciais em matéria de saúde tiveram um crescimento vertiginoso nos últimos anos, atraindo as atenções para os riscos de um alegado ativismo judicial.

6.1 VIÉS JURÍDICO DO DIREITO FUNDAMENTAL À PROTEÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Para Sarlet (2009), a inclusão do art. 196 que contempla o direito à proteção da saúde na Constituição foi uma conquista do movimento sanitarista que desde a década de 1970 lutava pelo acesso universal aos serviços e ações em saúde, pela descentralização de seu funcionamento e administração e pela mudança de uma perspectiva curativa para a preventiva (FERRAZ, 2010).

Fundamenta Barroso (2006)

Que a estrutura do direito fundamental à proteção da saúde envolve uma dupla dimensão de direitos subjetivos individuais e elementos objetivos fundamentais. Nesse sentido, envolve decisões valorativas de natureza jurídico objetiva, com eficácia sobre todo o ordenamento, e que fornecem diretrizes para os órgãos dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário (SPLENGER, 2008).

Salazar (2009) preconiza que existe a necessidade de eleição de critérios para alocar os escassos recursos, com fundamento em princípios de justiça distributiva, que privilegiem a promoção de justiça social (SANTOS, 2006).

No caso do direito à proteção da saúde, enquanto direito social, fala-se em um propósito compensatório no sentido de garantir a participação do povo na distribuição pública de bens, nota distintiva do paradigma do Estado Social (SARLET, 2007).

Souza Neto (2008) expõe que além de positivizar o direito à proteção da saúde, a Constituição estabelece todo um plexo de princípios regedores das políticas públicas de saúde.

O primeiro deles é a universalidade da cobertura e do atendimento: todos têm direito à proteção da saúde, sendo dever do Estado a garantia do acesso (art. 194, I c/c art. 196, caput). O Sistema Único de Saúde tem como diretrizes, em síntese apertada, a descentralização, a participação da comunidade através dos Conselhos de Saúde e o atendimento integral (BRASIL, 1988; 1999; 2000; 2002).

6.2 PRINCÍPIO DA EFETIVIDADE E EQUIDADE

Para explicitar-se sobre a principologia dos modelos de equidade e efetividade defendidos, faz-se necessário tecer uma breve consideração no tangente ao Modelo Brasileiro de litigância, que, por sua vez é caracterizado, em síntese, pela prevalência das demandas individuais acerca de tratamentos curativos, Hoffman e Bentes (2008) apontaram 98% de demandas de cunho individual considerando ainda um alto grau de acolhimento de seus pleitos (FERRAZ, 2010; PEPE *et al.*, 2010).

Ferraz (2010) sustenta que a extrema litigância em matéria de saúde nos moldes brasileiros agrava o estado já precário do Sistema de Saúde nacional, propondo, nesta linha, duas razões em espécie, ei-las:

1. Uma interpretação do direito a saúde que ignore limites orçamentários só pode ser sustentada em detrimento da universalidade do sistema, isto é, apenas parcela da população tem acesso a recursos ilimitados.

2. A minoria que tem acesso às cortes não é a que carece dos bens de saúde mais básicos (FERRAZ, 2010,).

Extrapolando não só a mazela jurídica, mas asseguradamente expondo as considerações de Amartya Sen (2010)

“a violação da equidade em saúde não pode ser julgada meramente em termos de desigualdade. [...] Particularmente sério enquanto injustiça é a falta de oportunidade para o alcance de bons níveis de saúde”, por motivos alheios a sua vontade, como discriminação ou pobreza (FERRAZ, 2010). Assim, as desigualdades se convolam em iniquidades quando são evitáveis, desnecessárias e injustas (DAHLGREN; WHITEHEAD *apud* FERRAZ, 2010).

Conciso é afirmar que a judicialização do direito à proteção da saúde ganhou tamanha importância teórica e prática que, em 5 de março de 2009, o então Ministro Presidente do STF convocou Audiência Pública, notadamente um mecanismo de diálogo. Após ouvir os depoimentos prestados pelos representantes dos diversos setores envolvidos, entendeu-se ser necessário redimensionar a questão da judicialização do direito à proteção da saúde no Brasil.

A ênfase foi na construção de um critério ou parâmetro para a decisão em casos nos quais se discute, primordialmente, o problema da interferência do Poder Judiciário na esfera dos outros Poderes (STA 175, Rel. Min. Gilmar Mendes, DJ de 30.04.2010).

6.3 CRÍTICAS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

6.3.1 Falta de informação e conhecimento dos juízes para alocarem recursos escassos

Para Nascimento (2008), tratando-se do debate a respeito da tutela jurisdicional dos direitos sociais, um dos principais argumentos para se defender tese contrária à justiciabilidade destes direitos, bem como para defender uma justiciabilidade muito restrita, naquela segundo o qual aos juízes faltariam conhecimento e informação para influenciar políticas públicas que efetivam direitos sociais. Este fulcro sustenta o correto pressuposto de que a concretização dos direitos sociais não se dá pela sua mera adjudicação, mas por meio de políticas públicas e do gasto de recursos públicos escassos (TAVARES, 2011; SCHWARTZ, 2012).

Lorenzetti (2009) preconiza que

Não basta apenas o reconhecimento de uma obrigação de dar ou fazer por parte do Estado, mas é também necessário implementar políticas públicas que disponibilizem serviços públicos sociais para aqueles que deles necessitam. Estes serviços públicos exigem meios para sua realização, como receitas para seu custeio, além de pessoal e material para sua execução, ou seja, só se realizam por meio do dispêndio de recursos públicos (GIACOMONI, 2010).

Coelho (2010) versa a respeito de um magistrado que obrigue os poderes políticos a prover um bem ou a realizar uma política pública estaria determinando a forma como parte dos recursos escassos deve ser gasta, assunto para o qual não está treinado, informado, dotado de conhecimentos técnicos e específicos para melhor avaliar os critérios de oportunidade e conveniência de uma política pública. Conforme postula Cohn (2010)

Tratando-se da saúde, as escolhas são especialmente difíceis, uma vez que se lida com saúde e vidas humanas, o que faz com que muitas das escolhas de alocação de recursos nesta área possam ser enquadrados no conceito de “escolhas trágicas” O caráter coletivo dos direitos sociais requer que políticas sejam pensadas coletivamente, o que os juízes, em regra, não fazem, principalmente porque não possui informações essenciais para se pensar uma política pública (MARTINS, 2004).

Chamam ainda mais atenção dos críticos as decisões em que juízes concedem medicamentos ou tratamentos médicos nas seguintes condições: fora do consenso terapêutico; não incluídos nas listas de medicamentos do sistema público de saúde, seja por não terem eficácia comprovada ou por terem similar mais barato já incluso na lista oficial; com comercialização não autorizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); ou mesmo inexistentes no país.

Cabe ressaltar a criação do CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Lei 12401/11), margeando o consenso terapêutico uma vez que, em tese, a inovação pode não acompanhar o consenso, ou mesmo a não primazia de celeridade da máquina estatal permite que o consenso ao autorizar-se, encontre-se ultrapassado.

6.3.2 Falta de legitimidade dos juízes para alocarem recursos escassos

Splenger (2008) sustenta como outro argumento bastante utilizado contra a judicialização da saúde, aquele segundo o qual dentro de um Estado democrático é indispensável que decisões sobre alocação de recursos sejam tomadas em processos nos quais esteja garantida a participação e a contestação públicas. Portanto, a competência para fazer escolhas de alocação de recursos, que são eminentemente políticas e distributivas, seria dos órgãos políticos representantes do povo e, por isso, legitimados a decidir por “todos” a respeito da forma como uma política pública deve ser conduzida (SANTOS, 2010).

Desta forma

Os membros do Poder Judiciário que não foram democraticamente eleitos pela maioria para tomar decisões e não se submetem a eleições periódicas não teriam legitimidade democrática para escolher como uma parcela dos recursos escassos do poder público deve ser gasta, muitas vezes em detrimento das prioridades já estabelecidas pelo Poder Executivo e Legislativo democraticamente eleitos (PRADO, 2003).

6.4 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE E A DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS

Para Machado (2010) no tangente as críticas à judicialização da saúde focadas em questionar o conhecimento dos juízes e a sua legitimidade democrática para decidir sobre alocação de recursos escassos, a tutela judicial do direito à saúde, da forma como acontece atualmente, não gera equidade na distribuição dos recursos de saúde, pois não beneficia principalmente os mais pobres. Pelo contrário, é possível que lhes traga prejuízos, uma vez

que uma quantia significativa dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) é usufruída por uma parcela pequena e já favorecida da população (SGARBOSSA, 2010).

Em Médici (2010) postula-se que

A judicialização dos direitos sociais deve servir aos interesses de grupos já incluídos no processo democrático, que utilizam o Judiciário como mais um *locus* onde conseguem impor seus interesses e vê-los concretizados, em detrimento daqueles a quem supostamente o Judiciário deveria dar mais visibilidade e proteção. Em suma, o Judiciário, ao forçar o deslocamento de recursos das políticas públicas universais para a satisfação de alguns poucos interesses individuais, acaba contribuindo com o acesso desigual aos bens públicos (DIAS, 2009).

6.5 ACESSO À JUSTIÇA NO BRASIL

Sousa Junior (2010) ressalta que são os que já possuem informação e escolaridade que conhecem o potencial que possui o Poder Judiciário para ser espaço de afirmação de direitos. Quanto mais baixo o estrato social ao qual pertence um cidadão, maior é a distância dele em relação à Justiça, pois os cidadãos de menores recursos tendem a não conhecer bem seus direitos e, muitas vezes, ignoram que o problema que os afeta é um problema jurídico e, portanto, judicialmente exigível.

O acesso à justiça deve ser o princípio norteador do Estado Contemporâneo, sendo que, para isso, o direito processual deve buscar a superação das desigualdades que impedem seu acesso e, por outro lado, a jurisdição deve ser capaz de realizar, de forma efetiva, todos os seus objetivos. Sabiamente, os autores Mauro Cappelletti e Bryant Garth (1988, p. 08) destacaram que “a justiça social [...] pressupõe o acesso efetivo”; todavia, este, que é aceito nas sociedades como direito social básico, é por si só, algo vago (CAPPELLETTI; GARTH, 1988.)

Cappelletti (1988) ressalta que no tocante a pessoas bem como a organizações as quais possuam recursos financeiros que possam via a ser utilizado no escopo judicial, possui um rol de vantagens ao propor ou defender demandas. Ressalta ainda que cada uma dessas capacidades, em mãos de uma única das partes, pode vir a ser considerada uma vantagem poderosa; destarte acredita que a ameaça de litígio torna-se tanto plausível quanto efetiva. De modo similar, uma das partes pode ser capaz de fazer gastos maiores que a outra e, como resultado, apresentar seus argumentos de maneira mais eficiente.

O acesso à justiça vai além do acesso ao Judiciário, vez que a instrumentalidade do direito processual também deve propiciar tal alcance. Ou seja, as normas devem ser criadas, interpretadas e aplicadas sob o prisma da efetividade e do acesso à justiça. Logo, O acesso à justiça pode, portanto, ser encarado como o requisito fundamental – o mais básico dos direitos humanos – de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir, e não apenas proclamar os direitos de todos (RODRIGUES, 2008).

7 NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE

A iniciativa proposta para a criação de um núcleo que veiculasse a assistência técnica em saúde partiu do princípio que os núcleos estariam interligados à Secretaria Estadual de Saúde, fato que possibilitaria a análise imediata das listas de medicamentos disponíveis em estoque para concretização do pedido requerido. A equipe é multidisciplinar, composta por funcionários administrativos responsáveis pelas rotinas do núcleo; farmacêuticos; nutricionistas; e enfermeiros, além de uma coordenação formada por farmacêuticos e médicos (BRASIL, 2010; 2011). Esses profissionais devem emitir pareceres isentos de quaisquer critérios que não se relacionem ao binômio versão entre a necessidade e a utilidade, visto que não devem ser considerados aspectos como laboratório, fabricante, entre outros pontos distintos dos critérios de atendimento da necessidade do cidadão em questão, eficácia no tratamento e menor custo diante do benefício pretendido.

Em Mato Grosso do Sul a PORTARIA N. 288, DE 26 DE JANEIRO DE 2011. Resolvia , *in verbis*

Art.1º A Câmara Técnica em Saúde (CATES) é uma instância colegiada, de natureza consultiva, vinculada ao Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso do Sul.

Art. 2º A CATES tem por finalidade assessorar o Poder Judiciário Estadual, com informações técnicas, nas demandas relativas ao fornecimento de medicamentos, exames, internações e demais tratamentos em face do Sistema Único de Saúde (SUS).

Capítulo II

Da Atribuição

Art. 3º É atribuição da CATES manifestar-se previamente em todas as ações judiciais distribuídas perante o Poder Judiciário Estadual, onde se demande prestações de saúde em face do Sistema Único de Saúde (SUS).

Capítulo III

Da Composição

Art. 4º A composição da Câmara Técnica em Saúde (CATES) será aquela definida no convênio firmado entre o Estado do Mato Grosso do Sul, Município de Campo Grande e o Tribunal de Justiça do Estado.

Cabe ressaltar a experiência muito similar ao NAT é a utilizada pelo Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul, denominada de Câmara Técnica em Saúde, que também surge para atender às demandas do Judiciário e tem seu fundamento nas recomendações do Conselho Nacional de Justiça e nas propostas elaboradas no Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde. Seu modelo também está pautado em um convênio com a Secretaria de Saúde

do Estado; e suas diferenças com relação aos NATs vigentes em alguns outros Estados são, além do nome escolhido, o número de funcionários e o fato de haver, dentre seus funcionários, dois farmacêuticos e um servidor do Tribunal de Justiça.

7.1 OS DIÁLOGOS E A INTERFACE ENTRE A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, O NAT E O JUDICIÁRIO

Dentro dessa conjuntura dialógica, os núcleos de assessoria técnica surgem como uma estrutura inserida no âmbito do Poder Judiciário, com o objetivo de viabilizar uma interface mínima entre a atuação do Judiciário e do gestor público. Sua análise técnica dos pedidos inseridos nas demandas não só serve com instrumental ao juiz para concretização de um maior conhecimento de algo que não é comum a sua formação, mas aparece ainda como uma instância de defesa da própria Administração Pública, que passa, por intermédio do NAT, a ter a possibilidade de melhor verificar a necessidade dos pedidos, antes de uma mera entrega vazia de fundamentos.

Pode-se então associar a ação do NAT no ponto intermediário dessas situações como uma resposta à preocupação apresentada por Ingo Sarlet, na ocasião da Audiência Pública de Saúde, com a necessidade de se evitarem os extremos, seja meramente rejeitar, por considerar o direito à saúde uma norma programática, seja deferir tudo com um mero “pediu-levou” (SARLET, 2009).

O NAT, mais do que parâmetros para balizar as decisões dos magistrados, informa, instrumentaliza, evitando o processo vivido nos primórdios da judicialização da saúde, período em que, muitas vezes, os juízes de 1º grau, por falta de real conhecimento da necessidade apresentada pelo demandante, entregavam a prestação por temer um dano maior.

O parecer do NAT funda-se na observação do pedido realizado pelo demandante, que figura, na maioria dos casos, assessorado pela Defensoria Pública. Juntamente com o pedido, são analisados outros critérios, como os esclarecimentos do laudo médico quanto à necessidade e também a própria proveniência do laudo, sendo aquele proveniente da rede pública de saúde, dentro de certa medida, mais bem aceito por gozar de uma maior presunção de legitimidade diante da Administração Pública.

Ao emitir seu parecer, o NAT confere uma possibilidade de defesa da Administração Pública, fato que promove um sentimento dúplice com relação ao seu papel, uma vez que por apresentar-se vinculado à Secretaria do Estado de Saúde pode fomentar um sentimento de descrédito ao demandante que tiver seu pedido desaconselhado pelo parecer do NAT. Em

contraponto, sua atuação tende a proteger a coletividade de gastos infundados impostos à Administração Pública. Contudo, não é essa defesa da Administração Pública o seu objetivo maior, visto que tem, como orientação, resguardar sua imparcialidade na análise da questão.

Esse mesmo parecer, ao comprovar a necessidade do demandante, viabilizará ao Poder Judiciário exigir a prestação da Administração Pública, abrindo uma porta de contato entre os dois poderes e diminuindo a possibilidade da banalização de pedidos inúteis, que só atribulariam o erário público.

8 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE

Campo Grande (MS). 2013. Arquivo Histórico de Campo Grande. Disponível em: <http://www.capital.ms.gov.br>. Acesso em: dezembro de 2014. **TEXTO NA ÍNTEGRA.**

A exploração de minas de ouro em Cuiabá permite a intensificação do trânsito das bandeiras paulistas no Sul de Mato Grosso. Entre as rotas fluviais utilizadas por estas bandeiras está a do Rio Pardo. Dois dos afluentes do rio Pardo e que são explorados pelos bandeirantes, no século XVIII, são o Anhanduí-Guaçu e o rio Anhanduí, este último formado pelos córregos Prosa e Segredo. Isto evidencia a presença dos descendentes dos portugueses nos campos, onde mais tarde surge o povoado de Campo Grande.

A localização de Campo Grande atendia os objetivos econômicos e estratégicos da Companhia de Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, por isso, a cidade é escolhida para sediar uma Diretoria Regional que atenderia todo o Sul de Mato Grosso. A Companhia além de construir instalações para abrigar seus serviços técnicos e burocráticos, constrói, também, casas para atender todos seus funcionários.

A partir de 1930, Campo Grande, tendo em vista sua importância socioeconômica e política, concentra as discussões sobre a divisão do Estado. Os campo grandenses objetivando apoio para o movimento divisionista, participam, ativamente, da Revolução de 1930, liderada por Getúlio Vargas e da Revolução Constitucionalista de 1932, esta última é uma reação dos paulistas contra o governo ditatorial de Getúlio Vargas. Bertoldo Klinger, comandante da Circunscrição Militar em Mato Grosso e um dos líderes da Revolução Constitucionalista, institui o Estado de Maracaju e nomeia Vespasiano Martins para governador. Este ato eleva Campo Grande à condição de capital político administrativa no novo Estado. A derrota dos constitucionalistas contribui para a extinção do Estado de Maracaju, conseqüentemente, Campo Grande perde o status de capital político administrativa.

Getúlio Vargas e os Constituintes não aprovam a divisão do Estado, mas os campo grandenses se mantêm fiéis ao movimento divisionista até 1977, quando o Presidente Ernesto Geisel promulga a Lei Complementar nº 31 que cria o Estado de Mato Grosso do Sul e Campo Grande é elevada à condição de capital.

9 OBJETIVOS

9.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o impacto da judicialização na regulação em saúde do município de Campo Grande.

9.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar de forma sucinta o município de Campo Grande, em alguns aspectos sócio econômicos, demográficos e epidemiológicos.

2. Descrever a rede assistencial do SUS em Campo Grande, ponderando algumas questões sobre sua produção de serviços.

3. Descrever a rede de assistência às urgências do município, ponderando sobre sua produção.

6. Mostrar como tem evoluído a legislação sobre a regulação no Sistema Único de Saúde.

7. Analisar o papel da regulação como elemento estruturante do sistema de atenção integral e equânime.

9. Discutir a potencialidade de soluções protetivas no âmbito dos atores responsáveis pela regulação e seus beneficiários.

10. Concluir de forma transdisciplinar sobre as consequências do impacto da judicialização sobre a regulação.

10 METODOLOGIA

10.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O referido estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, análise documental (aleatória e intencional) valendo-se de documentos contemporâneos e retrospectivos advindos das centrais de regulação (federal, estadual e municipal) das promotorias pertinentes e das unidades hospitalares e centros de referência em saúde e análise bibliográfica com natureza qualitativa e quantitativa a estratégia de investigação adotada foi o levantamento bibliométrico, que Guedes e Borschiver (2007), quantifica, descreve e prediz o processo de comunicação escrita.

Quanto ao tratamento do problema na parte empírica do trabalho, efetuamos recortes: setorial; tipológico; e geográfico (Município de Campo Grande) para a abordagem descritiva e quantitativo qualitativa, visando a uma comparação que resultou na construção de uma tipologia de problemas e soluções para a JPP, seguida de discussão teórica.

Para este estudo transversal com base em dados secundários que de acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência.

Vale ressaltar que a pesquisa também foi de corte transversal, tendo em vista que a coleta de dados ocorreu apenas uma vez, em um período de tempo específico no tempo (COLLIS; HUSSEY, 2005).

Já em relação à estratégia de pesquisa, utilizou-se a análise documental onde os documentos são registros escritos que proporcionam informações em prol da compreensão dos fatos e relações, ou seja, possibilitam conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes, pois se constituem em manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo (OLIVEIRA, 2007). A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (MOREIRA, 2005). Algumas vantagens do método de análise documental consistem no baixo custo e na estabilidade das

informações por serem “fontes fixas” de dados e pelo fato de ser uma técnica que não altera o ambiente ou os sujeitos.

A unidade de análise, por sua vez, representa o caso onde as variáveis ou fenômenos estão sendo estudados e que o problema de pesquisa se refere, e sobre o qual se coletam e analisam dados (COLLIS; HUSSEY, 2005).

Sendo assim, a unidade de análise considerada para o presente estudo foi o impacto da judicialização no processo regulatório em saúde no município de Campo Grande com o envolvimento das instituições públicas, com sede no Estado do MS que, direta ou indiretamente, participam deste processo.

10.2 COLETA DOS DADOS

Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados, durante os anos de 2013 e 2014 solicitações via ofício de planilhas com enfoque pertinente a apreciação, dentre as quais: nº do total de intervenções judicializadas; número total de intervenções; número total de intervenções não judicializadas; número total de intercorrências; número total de óbitos; tipo de indicação; tempo de efetivação da regulação judicializada; tempo da regulação não judicializada.

10.3 PERÍODO

A coleta a partir de fontes secundárias enseja o fluxo temporal que abrange os anos de 2013 e 2014 (09/08/2013 a 30/12/2014) sucessivamente, segundo a demanda e, as devidas modificações na legislação, os dados foram atualizados de forma a não gerar discrepâncias de cunho analítico estatístico.

10.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados com base na análise de conteúdo proposta por Bardin (2004) que, segundo a autora,

Representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004, p. 44).

Neste sentido, a compreensão de tema está vinculada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, comportando um conjunto de relações e sendo graficamente apresentada por meio de uma palavra, de uma frase, de um registro (MINAYO, 2008). Para Bardin (2004), o tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

11 LEVANTAMENTO BIBLIOTÉCNICO

Sendo Campo Grande a principal via de entroncamento do que tange a brasileiros e estrangeiros que procuram estado de Mato Grosso do Sul, e, baseado na premissa igualitária constitucional, o sistema recebe a demanda não apenas de entidades devidamente pactuadas, ou mesmo a elas acrescido o fluxo planejado, no processo de efetivação da saúde o município conta com a inserção de demanda de solicitantes advindos das mais distintas áreas percentualmente explicitada no quadro e no gráfico.

11.1 INTERNAÇÕES NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE POR RESIDÊNCIA (2013 / 2014)

Relação de Atendimentos		Percentual	Cidades
De cidades dentro do Estado	22312	18,56%	80
De cidades fora do Estado	386	0,32%	171
De Campo Grande	97491	81,11%	1
Total	120189	100,00%	252

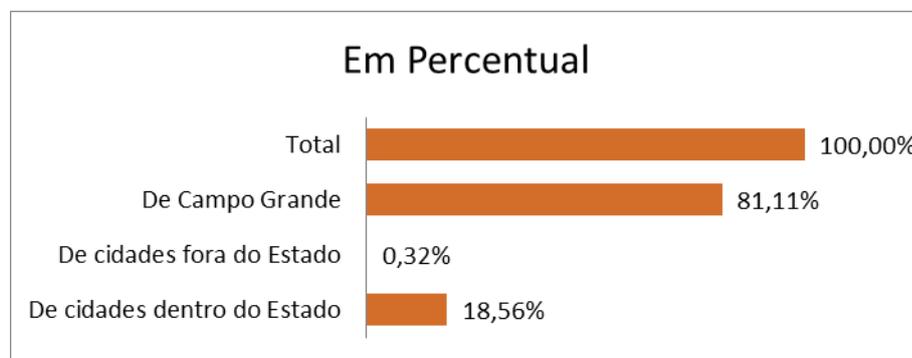


Figura 1- Gráfico das internações no município de Campo Grande por residência (2013 / 2014)

Fonte: SESAU-Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande - MS

Diante do exposto, não há relevância estatística quantitativa sobre as inferências referentes às internações advindas de indivíduos de outros estados, entretanto, é significativa a relevância de internações provindas apenas do município de Campo Grande sendo ela responsável por 81.11% da demanda no lastro temporal analisado.

11.2 PROFISSIONAIS CADASTRADOS NO MUNICÍPIO POR ESPECIALIDADE/CATEGORIA 2013/2014

Não obstante a avaliação da demanda e seu mapeamento, o município é dotado de mão de obra qualificada e especificada para efetivação dos preceitos emanados na concepção de uma saúde integralizada com aspirações de efetividade e universalidade, para esta equânime propositura o quadro abaixo demonstra o quadro funcional pertinente a área de Campo Grande no exercício de 2013 e 2014.

Profissionais cadastrados no Município por especialidade/categoria 2013 / 2014

Descrição	Total
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAUDE	1566
AGENTE DE SAUDE PUBLICA	8
ASSISTENTE SOCIAL	188
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	23
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	997
AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	11
AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	11
AUXILIAR DE LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	66
AUXILIAR DE LABORATORIO DE IMUNOBIOLOGICOS	2
AUXILIAR TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA	57
BIOMEDICO	18
CIRURGIÃO DENTISTA AUDITOR	5
DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	30
ENFERMEIRO	685
ENFERMEIRO AUDITOR	2
ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	174
ENFERMEIRO DE CENTRO CIRURGICO	2
ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA	1
ENFERMEIRO DO TRABALHO	2
ENFERMEIRO NEFROLOGISTA	7
ENFERMEIRO OBSTETRICO	2
ENFERMEIRO PSIQUIATRICO	3
ENFERMEIRO SANITARISTA	2
FARMACEUTICO	197
FARMACEUTICO ANALISTA CLINICO	197
FARMACEUTICO HOSPITALAR E CLINICO	3
FISICO (MEDICINA)	2

FISIOTERAPEUTA GERAL	401
FISIOTERAPEUTA NEUROFUNCIONAL	1
FISIOTERAPEUTA OSTEOPATA	1
FISIOTERAPEUTA RESPIRATORIA	4
FISIOTERAPEUTA TRAUMATOORTOPEDICA FUNCIONAL	1
FONOAUDIOLOGO	146
GERENTE DE SERVICOS DE SAUDE	13
INSTRUMENTADOR CIRURGICO	6
MEDICO ACUPUNTURISTA	25
MEDICO ALERGISTA E IMUNOLOGISTA	6
MEDICO ANATOMOPATOLOGISTA	16
MEDICO ANESTESIOLOGISTA	97
MEDICO ANGIOLOGISTA	27
MEDICO BRONCOESOFALOGISTA	1
MEDICO CANCEROLOGISTA CIRURGICO	22
MEDICO CANCEROLOGISTA PEDIATRICO	4
MEDICO CARDIOLOGISTA	141
MEDICO CARDIOLOGISTA INTERVENCIONISTA	3
MEDICO CIRURGIAO CARDIOVASCULAR	40
MEDICO CIRURGIAO DA MAO	1
MEDICO CIRURGIÃO DE CABECA E PESCOÇO	7
MEDICO CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO	32
MEDICO CIRURGIÃO GERAL	265
MEDICO CIRURGIÃO PEDIATRICO	25
MEDICO CIRURGIÃO PLASTICO	43
MEDICO CIRURGIÃO TORACICO	13
MEDICO CITOPATOLOGISTA	13
MEDICO CLINICO	1045
MEDICO COLOPROCTOLOGISTA	10
MEDICO DA ESTRATÉGIA DE SAUDE DA FAMILIA	98
MEDICO DE FAMILIA E COMUNIDADE	2
MEDICO DERMATOLOGISTA	46
MEDICO DO TRABALHO	22
MEDICO EM CIRURGIA VASCULAR	36
MEDICO EM ENDOSCOPIA	36
MEDICO EM MEDICINA DE TRAFEGO	2
MEDICO EM MEDICINA INTENSIVA	87
MEDICO EM MEDICINA NUCLEAR	4
MEDICO EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	1
MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	122
MEDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	34
MEDICO FISIATRA	3
MEDICO GASTROENTEROLOGISTA	70
MEDICO GENERALISTA	7
MEDICO GENETICISTA	1
MEDICO GERIATRA	8
MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	248
MEDICO HEMATOLOGISTA	13
MEDICO HEMOTERAPEUTA	11
MEDICO HOMEOPATA	13
MEDICO INFECTOLOGISTA	32
MEDICO MASTOLOGISTA	19
MEDICO NEFROLOGISTA	33
MEDICO NEUROCIRURGIAO	23
MEDICO NEUROFISIOLOGISTA CLINICO	2
MEDICO NEUROLOGISTA	50
MEDICO NLTROLOGISTA	5
MEDICO OFTALMOLOGISTA	90

MEDICO ONCOLOGISTA CLINICO	33
MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	109
MEDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	34
MEDICO PATOLOGISTA	2
MEDICO PATOLOGISTA CLINICO MEDICINA LABORATORIAL	10
MEDICO PEDIATRA	285
MEDICO PNEUMOLOGISTA	27
MEDICO PSIQUIATRA	61
MEDICO RADIOTERAPEUTA	4
MEDICO RESIDENTE	281
MEDICO REUMATOLOGISTA	24
MEDICO UROLOGISTA	44
NEUROPSICOLOGO	3
NUTRICIONISTA	134
OPERADOR DE RADIOCHAMADA	26
PSICANALISTA	1
SOCORRISTA (EXCETO MEDICOS E ENFERMEIROS)	272
TECNICO DE ENFERMAGEM	1697
TECNICO DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	185
TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA	4
TECNICO DE ENFERMAGEM PSIQUIATRICA	42
TECNICO DE IMOBILIZACAO ORTOPEDICA	7
TECNICO DE LABORATORIO DE ANALISES FISICOQUIMICAS (MATERIAIS DE CONSTRUCAO)	1
TECNICO DE LABORATORIO E FISCALIZACAO DESPORTIVA	1
TECNICO DE ORTOPEDIA	4
TECNICO EM FARMÁCIA	6
TECNICO EM LABORATORIO DE FARMACIA	1
TECNICO EM NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA	4
TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA	154
TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	176
TECNICO EM REABILITACAO	3
TECNICO EM SAUDE BUCAL	17
TECNICO EM SAUDE BUCAL DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	3
TECNOLOGO EM RADIOLOGIA	2
TOTAL	11445

Quadro 1- Profissionais cadastrados no Município de Campo Grande por especialidade

Fonte: SESAU - MS

Dada à magnitude do município e contexto solicitado pelas agências reguladoras, constatamos a existência de hipossuficiência estatística significativa na demanda de mão de obra no que tange às mazelas da saúde, no campo médico segundo dados do CNES , o município de Campo Grande conta com 1,98 médicos contratado por habitante, em contraponto com esse dado o Conselho Federal de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul aponta 1,15 médicos para cada 100 habitantes, para responder a uma demanda registrada estimada em 3,14 médicos para cada mil habitantes (segundo dados da SESAU-2014), não obstante vale ressaltar a falta de recursos humanos em áreas técnicas específicas no setor público.

11.3 DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS POR UNIDADE E DESTINAÇÃO 2013/2014

Nos quadros a seguir possibilita-se a averiguação situacional da distribuição de leitos no município de Campo Grande no exercício de 2013 e 2014, subdivididos por unidades hospitalares, especialidades, quantidade geral e, destinação ao sistema único de saúde. Esta realidade mapeia de forma concisa a estrutura operacional destinada a suprir a demanda, quantitativamente superior, o que denota, sobretudo, necessidades emergentes no campo estrutural, não obstante à investimentos na ampliação da estrutura ofertada.

Consulta Estabelecimento - Módulo Hospitalar – Leitos

Leitos	HOSPITAL GERAL EL KADRI	
Competência: Atual		
ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
02-CARDIOLOGIA	6	0
16-TORAXICA	5	0
15-PLASTICA	5	0
12-ONCOLOGIA	4	0
14-OTORRINOLARINGOLOGIA	5	0
09-NEUROCIRURGIA	6	0
06-GINECOLOGIA	6	0
03-CIRURGIA GERAL	60	0
13-ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	10	0
08-NEFROLOGIAUROLOGIA	10	0
11-OFTALMOLOGIA	2	0
	119	0

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
33-CLINICA GERAL	18	0
41-NEONATOLOGIA	10	0
42-NEUROLOGIA	6	0
40-NEFROUROLOGIA	4	0
32-CARDIOLOGIA	10	0
36-GERIATRIA	3	0
38-HEMATOLOGIA	2	0
44-ONCOLOGIA	4	0
46-PNEUMOLOGIA	20	0
	77	0

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS

66-UNIDADE ISOLAMENTO	2	0
79-UTI PEDIATRICA - TIPO III	1	0
82-UTI NEONATAL - TIPO III	10	0
76-UTI ADULTO - TIPO III	12	0
	25	0

OBSTETRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
10-OBSTETRICIA CIRURGICA	21	0
	21	0

PEDIATRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
45-PEDIATRIA CLINICA	17	0
68-PEDIATRIA CIRURGICA	7	0
	24	0

HOSPITAL DIA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
07-CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	4	0
	4	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	245	0

Leitos	CLINICA CARANDA
Competência: Atual	

OUTRAS ESPECIALIDADES		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
47-PSIQUIATRIA	32	0
	32	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	32	0

Leitos	HOSPITAL DA CRIANCA
Competência: Atual	

PEDIATRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
45-PEDIATRIA CLINICA	2	0
	2	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	2	0

Leitos	HOSPITAL DA MULHER VO HONORIA MARTINS PEREIRA	
Competência: Atual		

OBSTETRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
10-OBSTETRICIA CIRURGICA	4	4
43-OBSTETRICIA CLINICA	8	8
	12	12
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	12	12

Leitos	CEDIP HD HOSPITAL DIA	
Competência: Atual		

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
46-PNEUMOLOGIA	1	1
33-CLINICA GERAL	4	4
	5	5

HOSPITAL DIA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
69-AIDS	13	13
	13	13
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	18	18

Leitos	HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	
Competência: Atual		

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
14-OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1
12-ONCOLOGIA	12	12
09-NEUROCIRURGIA	2	2
02-CARDIOLOGIA	6	6
16-TORAXICA	4	4
01-BUCO MAXILO FACIAL	2	2
03-CIRURGIA GERAL	22	22
08-NEFROLOGIAUROLOGIA	4	4
04-ENDOCRINOLOGIA	1	1
05-GASTROENTEROLOGIA	2	2
06-GINECOLOGIA	6	6

13-ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	2	2
15-PLASTICA	2	2
	66	66

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
35-DERMATOLOGIA	1	1
40-NEFROUROLOGIA	4	4
46-PNEUMOLOGIA	4	4
42-NEUROLOGIA	4	4
36-GERIATRIA	1	1
38-HEMATOLOGIA	16	16
31-AIDS	2	2
32-CARDIOLOGIA	24	24
33-CLINICA GERAL	32	32
44-ONCOLOGIA	20	20
	108	108

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
81-UTI NEONATAL - TIPO II	10	10
85-UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	10	10
93-UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	5	5
75-UTI ADULTO - TIPO II	19	19
92-UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	20	20
78-UTI PEDIATRICA - TIPO II	8	8
	72	72

OBSTETRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
43-OBSTETRICIA CLINICA	14	14
10-OBSTETRICIA CIRURGICA	16	16
	30	30

PEDIATRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
68-PEDIATRIA CIRURGICA	6	6
45-PEDIATRIA CLINICA	24	24
	30	30

OUTRAS ESPECIALIDADES		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
49-PNEUMOLOGIA SANITARIA	2	2
47-PSIQUIATRIA	12	12

	14	14
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	248	248

Leitos	CLINICA CAMPO GRANDE	
Competência: Atual		

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
02-CARDIOLOGIA	6	0
05-GASTROENTEROLOGIA	3	0
09-NEUROCIRURGIA	4	0
13-ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	3	0
16-TORAXICA	1	0
15-PLASTICA	1	0
03-CIRURGIA GERAL	5	0
	23	0
ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
46-PNEUMOLOGIA	4	0
42-NEUROLOGIA	6	0
40-NEFROUROLOGIA	3	0
32-CARDIOLOGIA	17	0
33-CLINICA GERAL	5	0
	35	0

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
75-UTI ADULTO - TIPO II	12	0
	12	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	58	0

Leitos	HOSPITAL GERAL EL KADRI	
Competência: Atual		

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
02-CARDIOLOGIA	6	0
16-TORAXICA	5	0
15-PLASTICA	5	0
12-ONCOLOGIA	4	0
14-OTORRINOLARINGOLOGIA	5	0
09-NEUROCIRURGIA	6	0
06-GINECOLOGIA	6	0

03-CIRURGIA GERAL	60	0
13-ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	10	0
08-NEFROLOGIAUROLOGIA	10	0
11-OFTALMOLOGIA	2	0
	119	0

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
33-CLINICA GERAL	18	0
41-NEONATOLOGIA	10	0
42-NEUROLOGIA	6	0
40-NEFROUROLOGIA	4	0
32-CARDIOLOGIA	10	0
36-GERIATRIA	3	0
38-HEMATOLOGIA	2	0
44-ONCOLOGIA	4	0
46-PNEUMOLOGIA	20	0
	77	0

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
66-UNIDADE ISOLAMENTO	2	0
79-UTI PEDIATRICA - TIPO III	1	0
82-UTI NEONATAL - TIPO III	10	0
76-UTI ADULTO - TIPO III	12	0
	25	0

OBSTETRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
10-OBSTETRICA CIRURGICA	21	0
	21	0

PEDIATRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
45-PEDIATRIA CLINICA	17	0
68-PEDIATRIA CIRURGICA	7	0
	24	0

HOSPITAL DIA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
07-CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	4	0
	4	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	245	0

Leitos	HOSPITAL DO CANCER PROF DR ALFREDO ABRAO	
Competência: Atual		

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
15-PLASTICA	2	0
12-ONCOLOGIA	24	24
	26	24

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
44-ONCOLOGIA	13	11
	13	11

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
75-UTI ADULTO - TIPO II	4	4
	4	4

HOSPITAL DIA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
07-CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	8	8
	8	8
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	47	43

Leitos	HOSPITAL SAO JULIAO	
Competência: Atual		

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
14-OTORRINOLARINGOLOGIA	2	2
13-ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	1	1
11-OFTALMOLOGIA	2	0
03-CIRURGIA GERAL	9	5
	14	8

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
31-AIDS	3	3
37-HANSENOLOGIA	4	4
	7	7

OUTRAS ESPECIALIDADES		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
49-PNEUMOLOGIA SANITARIA	4	4
34-CRONICOS	47	47
	51	51

HOSPITAL DIA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
07-CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	23	23
	23	23
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	95	89

Leitos	HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN
Competência: Atual	

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
01-BUCO MAXILO FACIAL	2	2
02-CARDIOLOGIA	3	3
06-GINECOLOGIA	8	8
13-ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	23	23
15-PLASTICA	1	1
14-OTORRINOLARINGOLOGIA	2	2
11-OFTALMOLOGIA	1	1
03-CIRURGIA GERAL	30	30
08-NEFROLOGIAUROLOGIA	7	7
	77	77

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
31-AIDS	10	10
42-NEUROLOGIA	5	5
46-PNEUMOLOGIA	6	6
40-NEFROUROLOGIA	6	6
32-CARDIOLOGIA	6	6
38-HEMATOLOGIA	2	2
35-DERMATOLOGIA	2	2
33-CLINICA GERAL	6	6
	43	43

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS

66-UNIDADE ISOLAMENTO	2	2
81-UTI NEONATAL - TIPO II	6	6
92-UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	6	6
78-UTI PEDIATRICA - TIPO II	5	5
75-UTI ADULTO - TIPO II	16	16
	35	35

OBSTETRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
10-OBSTETRICA CIRURGICA	12	12
43-OBSTETRICA CLINICA	8	8
	20	20

PEDIATRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
45-PEDIATRIA CLINICA	29	29
68-PEDIATRIA CIRURGICA	2	2
	31	31

OUTRAS ESPECIALIDADES		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
47-PSIQUIATRIA	2	2
49-PNEUMOLOGIA SANITARIA	5	5
	7	7

HOSPITAL DIA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
69-AIDS	12	12
	12	12
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	190	190

Leitos	HOSPITAL NOSSO LAR	
Competência: Atual		

OUTRAS ESPECIALIDADES		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
47-PSIQUIATRIA	220	160
	220	160
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	220	160

Leitos	HOSPITAL ADVENTISTA DO PENFIGO UNIDADE CENTRO	
Competência: Atual		

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
03-CIRURGIA GERAL	7	0
	7	0

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
33-CLINICA GERAL	3	0
	3	0

OBSTETRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
10-OBSTETRICIA CIRURGICA	30	0
43-OBSTETRICIA CLINICA	4	0
	34	0

PEDIATRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
68-PEDIATRIA CIRURGICA	1	0
45-PEDIATRIA CLINICA	3	0
	4	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	48	0

Leitos	HOSPITAL ADVENTISTA DO PENFIGO	
Competência: Atual		

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
03-CIRURGIA GERAL	8	6
06-GINECOLOGIA	3	0
13-ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	17	12
12-ONCOLOGIA	1	0
05-GASTROENTEROLOGIA	3	0
09-NEUROCIRURGIA	2	0
	34	18

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS

44-ONCOLOGIA	2	0
33-CLINICA GERAL	10	0
35-DERMATOLOGIA	12	10
32-CARDIOLOGIA	4	0
42-NEUROLOGIA	2	0
	30	10

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
74-UTI ADULTO - TIPO I	6	0
	6	0

OBSTETRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
10-OBSTETRICIA CIRURGICA	3	0
	3	0

OUTRAS ESPECIALIDADES		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
48-REABILITACAO	22	0
	22	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	89	28
Leitos	PRONCOR GERAL	
Competência: Atual		

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
08-NEFROLOGIAUROLOGIA	2	0
09-NEUROCIRURGIA	2	0
13-ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	3	0
05-GASTROENTEROLOGIA	3	0
02-CARDIOLOGIA	4	0
12-ONCOLOGIA	1	0
16-TORAXICA	2	0
15-PLASTICA	3	0
03-CIRURGIA GERAL	4	0
	24	0

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
33-CLINICA GERAL	4	0
40-NEFROUROLOGIA	2	0
44-ONCOLOGIA	1	0

32-CARDIOLOGIA	4	0
46-PNEUMOLOGIA	2	0
42-NEUROLOGIA	2	0
36-GERIATRIA	3	0
	18	0

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
66-UNIDADE ISOLAMENTO	2	0
76-UTI ADULTO - TIPO III	6	0
86-UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III	6	0
75-UTI ADULTO - TIPO II	8	0
	22	0

OUTRAS ESPECIALIDADES		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
34-CRONICOS	3	0
48-REABILITACAO	2	0
47-PSIQUIATRIA	2	0
	7	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	49	0
Leitos	SANTA CASA	
Competência: Atual		

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
13-ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	86	63
03-CIRURGIA GERAL	75	72
12-ONCOLOGIA	3	2
09-NEUROCIRURGIA	27	25
08-NEFROLOGIAUROLOGIA	5	4
06-GINECOLOGIA	10	8
05-GASTROENTEROLOGIA	2	1
15-PLASTICA	11	10
90-QUEIMADO ADULTO	5	3
91-QUEIMADO PEDIATRICO	6	4
01-BUCO MAXILO FACIAL	2	2
02-CARDIOLOGIA	16	15
14-OTORRINOLARINGOLOGIA	2	2
67-TRANSPLANTE	4	4
16-TORAXICA	10	9
11-OFTALMOLOGIA	7	6
	271	230

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
88-QUEIMADO ADULTO	3	1
32-CARDIOLOGIA	29	24
31-AIDS	1	1
42-NEUROLOGIA	25	23
33-CLINICA GERAL	38	33
89-QUEIMADO PEDIATRICO	2	1
44-ONCOLOGIA	7	7
40-NEFROUROLOGIA	28	25
38-HEMATOLOGIA	2	1
87-SAUDE MENTAL	25	0
	160	116

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
76-UTI ADULTO - TIPO III	59	57
66-UNIDADE ISOLAMENTO	2	2
79-UTI PEDIATRICA - TIPO III	14	10
92-UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	11	11
82-UTI NEONATAL - TIPO III	8	8
	94	88

OBSTETRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
43-OBSTETRICA CLINICA	14	11
10-OBSTETRICA CIRURGICA	23	16
	37	27

PEDIATRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
68-PEDIATRIA CIRURGICA	18	14
45-PEDIATRIA CLINICA	50	46
	68	60

OUTRAS ESPECIALIDADES		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
34-CRONICOS	21	21
47-PSIQUIATRIA	15	10
	36	31
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	572	464

Leitos	PRONCOR
Competência: Atual	

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
42-NEUROLOGIA	2	0
44-ONCOLOGIA	2	0
33-CLINICA GERAL	2	0
46-PNEUMOLOGIA	6	0
40-NEFROUROLOGIA	2	0
32-CARDIOLOGIA	6	0
	20	0

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
66-UNIDADE ISOLAMENTO	1	0
76-UTI ADULTO - TIPO III	6	0
	7	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	20	0

Leitos	HOSPITAL SANTA MARINA
Competência: Atual	

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
03-CIRURGIA GERAL	20	0
	20	0

OBSTETRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
10-OBSTETRICA CIRURGICA	2	0
	2	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	22	0

Leitos	HOSPITAL SAO LUCAS
Competência: Atual	

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS

03-CIRURGIA GERAL	6	0
	6	0

PEDIATRICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
45-PEDIATRIA CLINICA	15	0
	15	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	21	0

Leitos	HOSPITAL UNIMED
Competência: Atual	

ESPEC – CIRURGICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
06-GINECOLOGIA	3	0
	3	0

ESPEC – CLINICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
33-CLINICA GERAL	33	0
	33	0

COMPLEMENTAR		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
74-UTI ADULTO - TIPO I	5	0
	5	0

HOSPITAL DIA		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
07-CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	3	0
	3	0
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	39	0

Quadro 2- Consulta por Estabelecimentos - Módulo Hospitalar – Leitos – Campo Grande
 Fonte: SESAU -MS 2014

Segundo o CNES Campo Grande possui um quadro de 1,15 leitos privados e 0,66 leitos públicos destinados ao SUS para cada mil habitantes.(CNES 2014) Cabe ressaltar que a OMS preconiza um montante de 3 a 5 leitos ofertados por mil habitantes.

11.4 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013 - PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, ESTILOS DE VIDA E DOENÇAS CRÔNICAS

AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE	
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com auto avaliação de saúde boa ou muito boa	70,90%
CONSUMO ALIMENTAR	
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consomem alimentos doces regularmente	21,60%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consomem refrigerantes açucarados regularmente	29,30%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo recomendado de hortaliças e frutas	38,10%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consomem feijão regularmente	76,10%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consomem leite com teor integral de gordura	60,70%
TABAGISMO	
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade usuárias atuais de produtos derivados do tabaco	18,60%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade fumantes atuais de cigarro	17,30%
DOENÇAS CRÔNICAS	
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de diabetes	7,80%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de Colesterol alto	9,70%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial	21,10%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de asma	4,10%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental	8,80%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de câncer	1,10%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de insuficiência renal crônica	1,80%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de Doença crônica de coluna	14,10%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de DORT	2,20%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de Doença do coração	4,20%
Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de AVC	2,10%

Quadro 3- Pesquisa Nacional de saúde 2013 - percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas dos municípios de Campo Grande – IBGE/ 2013

Fonte: IBGE (2013).

11.5 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE dos municípios de Campo Grande – IBGE 2013	
População residente que auto avaliou seu estado de saúde como muito bom ou bom	79,40%
População residente que realizou consulta médica nos 12 meses anteriores a data da entrevista	70,00%
População residente que consultou dentista nos 12 meses anteriores a data da entrevista	47,10%
População residente que declarou ter alguma doença crônica	33,70%
População residente com cobertura de plano de saúde	25,70%
População residente que sofreu alguma internação hospitalar nos 12 meses anteriores a data da entrevista	90,00%
Mulheres de 40 anos ou mais de idade que fizeram exame clínico das mamas realizado por médico ou enfermeiro nos 12 meses anteriores a data da entrevista	39,40%
Mulheres de 50 a 69 anos de idade que fizeram exame de mamografia nos 2 anos anteriores a data da entrevista	52,00%
Mulheres de 25 a 59 anos de idade que fizeram exame preventivo para câncer do colo do útero nos 3 anos anteriores a data da entrevista	82,90%
População residente, que sempre ou quase sempre dirigia ou andava como passageiro de automóvel ou van	39,20%
Pessoas que dirigiam ou andavam como passageiros no banco da frente de automóvel ou van, que sempre ou quase sempre usavam cinto de segurança no banco da frente	84,20%
Domicílios particulares permanentes cadastrados no programa Unidade de Saúde da Família	74,40%

Quadro 4- Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde do município de Campo Grande

Fonte: IBGE (2013).

11.6 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI).

A Constituição Federal de 1988, bem como a Lei nº 8080/1990 definem o papel central da regionalização na estruturação do serviço de saúde, no entanto a sua implantação tem acontecido de forma paulatina, visto que se privilegiou ao longo dos anos o

fortalecimento do processo de descentralização dos serviços de saúde sem que houvesse uma necessária correspondência com a temática da regionalização.

Tal fato reflete-se nas Normas Operacionais Básicas que abordam o a organização dos serviços e da gestão e estruturação do sistema municipal de saúde municipal e nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde, que embora tratem da regionalização, instituindo inclusive o PDR como instrumento de planejamento e organização do SUS, restringe-se ao apenas ao enfoque assistencial.

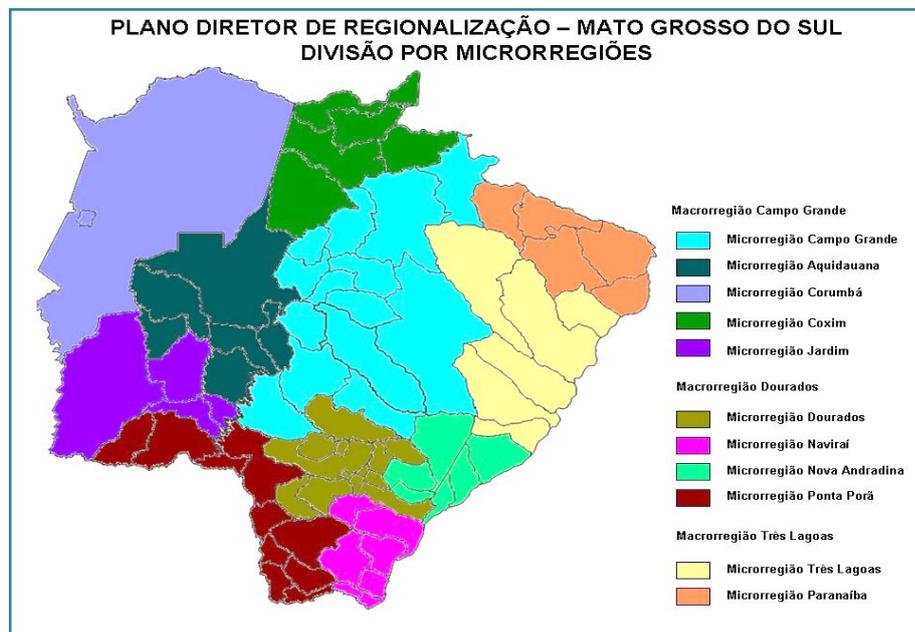


Figura 2- Mapa do Plano Diretor de regionalização- Mato Grosso do Sul

Fonte: CERA (2014)

11.7 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DE MATO GROSSO DO SUL – 2013
(REUNIÃO ORDINÁRIA DE 22 DE FEVEREIRO DE 2013).

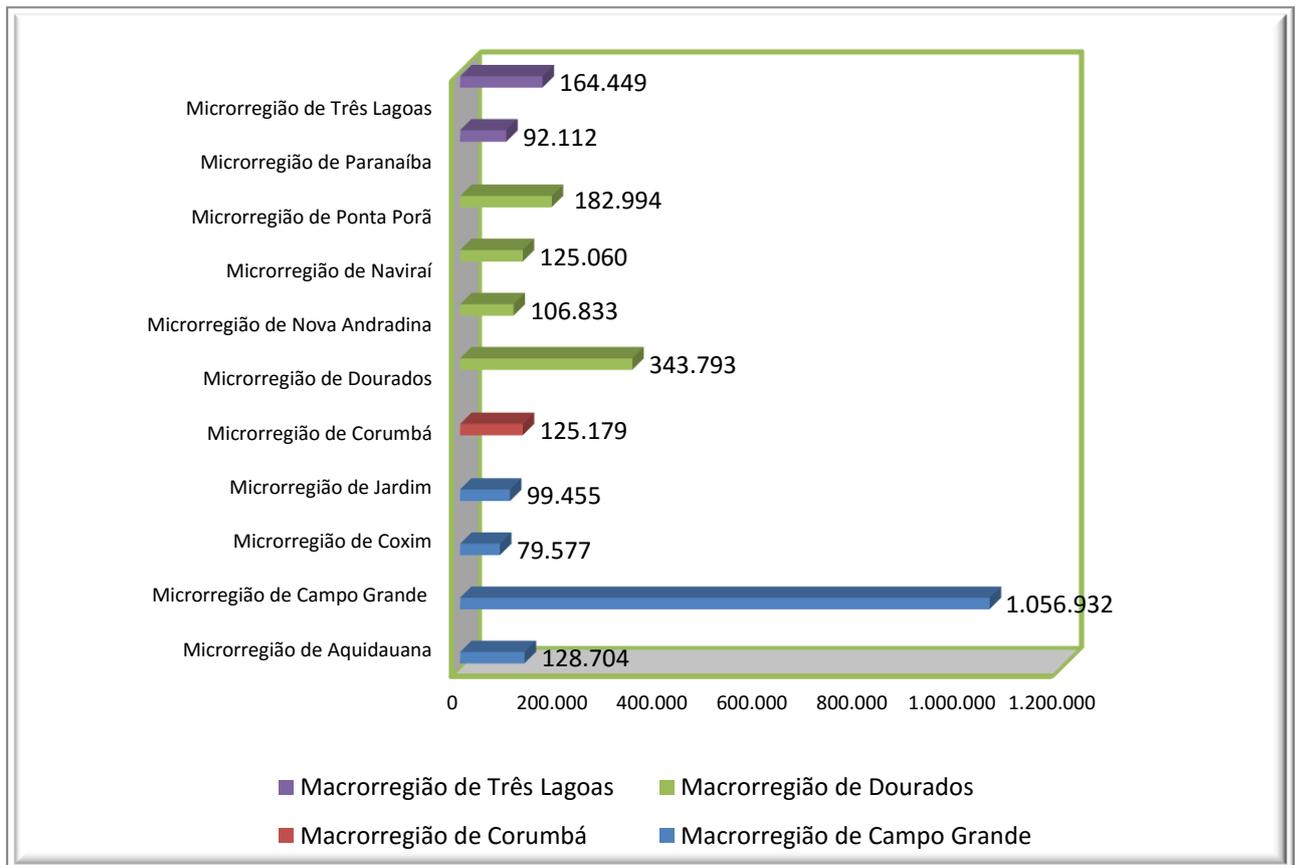


Figura 3- Gráfico Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul 2013

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (2013)

11.8 FLUXOGRAMA DO COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL

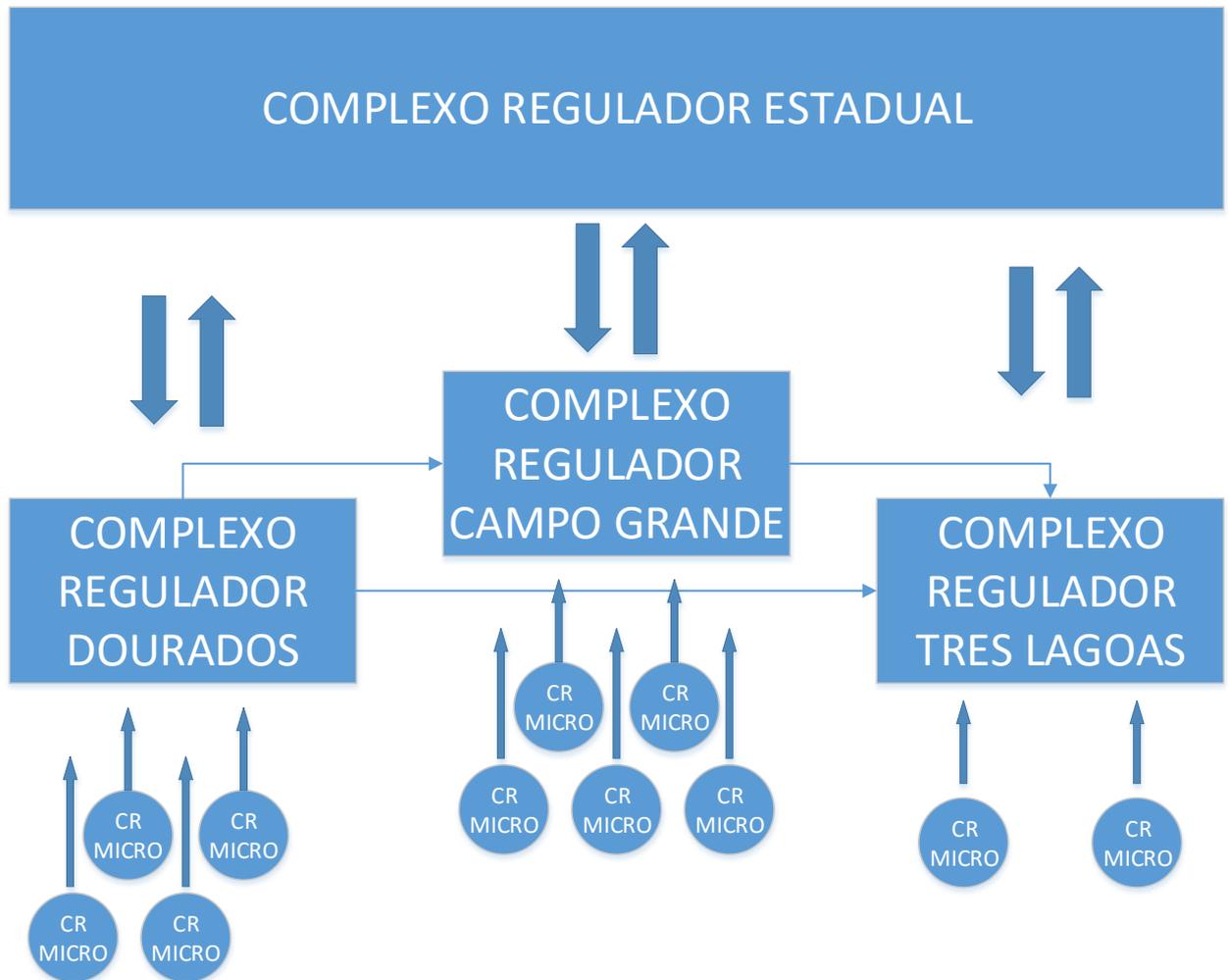


Figura 4- Fluxograma do Complexo Regulador Estadual

Fonte: CERA (2014)

11.9 ESTRUTURA DA CERA (COORDENADORIA ESTADUAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL)

ESTRUTURA DA CERA	
<i>RECURSOS HUMANOS</i>	
Coordenadoria	
Coordenador e Secretária	
Gerencia Administrativa	
Gerente Administrativo e Secretária	
Gerencia Supervisão Médica CRUE e TFD	
Gerente Médico e Técnico administrativo	

2 Médicos 12h
CRUE
2 a 3 médicos reguladores por turno
2 supervisoras (Manhã e Tarde)
4 Tele Atendentes por turno (M-T-N-Madrugada)
60 Funcionários
TFD
1 Supervisora
2 Médicos Autorizadores (12 e 36h)
12 Técnicos administrativos
15 Funcionários
Gerencia de Apoio Operacional TRS, CERAC, Controle de Procedimentos de médica complexidade, Demandas Judiciais
Gerente Administrativa
Técnico administrativo, Duas Enfermeiras 20h e 1 Odontóloga 40h.

INFRA-ESTRUTURA E RECURSOS HUMANOS ASSOCIADO À REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS (PRÉ-HOSPITALAR E INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA).

UNIDADES
Central Estadual de Regulação de Urgências
3 médicos Reguladores 24h/7d
Central SAMU Regional de Campo Grande
4 Médicos Reguladores 24h/7d
Central SAMU Regional de Dourados
02 Médicos Reguladores 24h/7d
Central SAMU Três Lagoas
1 Médico Reguladores 24h/7d
Central SAMU Estadual - Monitoramento
03 Médicos Reguladores 24h/7d

ESTRUTURA FÍSICA ANO BASE 2013/2014

<i>COMPOSIÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E HUMANA DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL QUE ATENDEM DEMANDA DE URGÊNCIA E EMERGENCIA NO ESTADO</i>
-Urgência e Emergência
03 médicos reguladores por turno
03 atendentes por turno
01 supervisora dos atendentes por turno
- TFD - Tratamento Fora do Domicílio
01 gerente de encaminhamento de TFD
07 funcionários

- Psiquiatria
01 atendente por turno
01 médico por turno
- CNRAC – Agendamento
01 gerente de monitoramento de sistema operacional
08 funcionários
- Administrativo
01 gerente de administração
01 funcionários
- Gerência da Regulação
01 coordenador da regulação
01 gerência de supervisão médica

Quadro 5- Estrutura do CERA

Fonte: CERA (2014)

11.10 SOLICITAÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS REALIZADAS PELA CENTRAL ESTADUAL NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE NOS ANOS DE 2013 E 2014

DO NÚMERO DE SOLICITAÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS REGULADAS PELA CENTRAL ESTADUAL NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE NOS ANOS DE 2013 E 2014	
No acumulado dos anos de 2013 e 2014	
Solicitações únicas de transferência de Campo Grande para Campo Grande.	3.632
Transferências Concluídas	1.649
Canceladas pelo solicitante/regulador ou por óbito	1.983



Figura 5- Gráfico do número de solicitações (CERA) acumuladas dos anos 2013 e 2014

Fonte: CERA (2014)

11.11 DEMANDAS JUDICIALIZADAS CERA POR ESPECIALIDADE

(DEMANDAS RELACIONADAS À VAGAS EXCLUINDO-SE MEDICAÇÕES , EQUIPAMENTOS E OPM)



Figura 6- Gráfico das demandas judicializadas CERA pó especialidade-2013/2014

Fonte: CERA (2014)

11.12 DEMANDAS REGULADAS PELO CERA

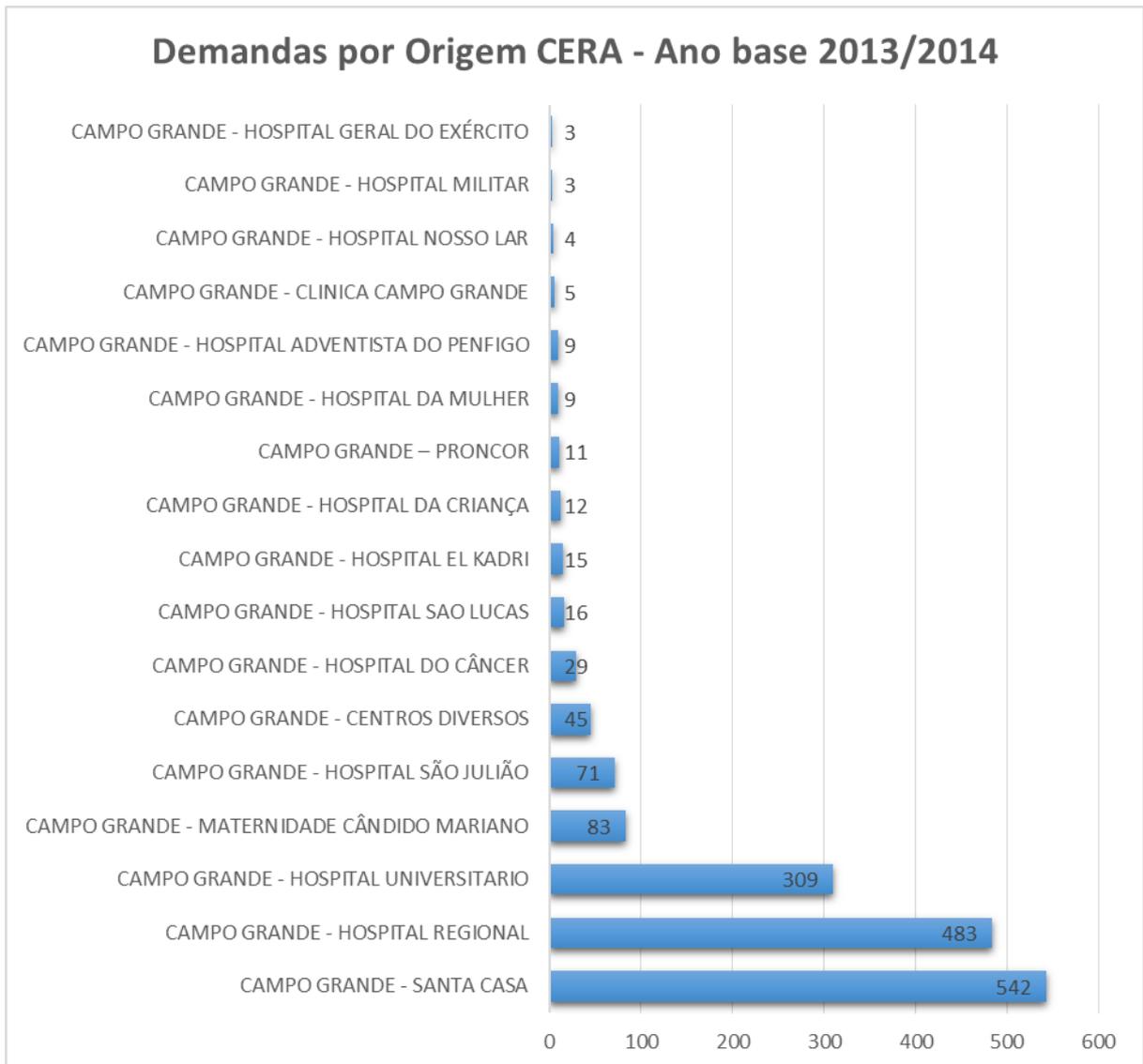


Figura 7- Gráfico das demandas Reguladas (Origem) pelo CERA- 2013/2014

Fonte: CERA (2014)

11.13 DEMANDAS REGULADAS PELO CERA (DESTINO)

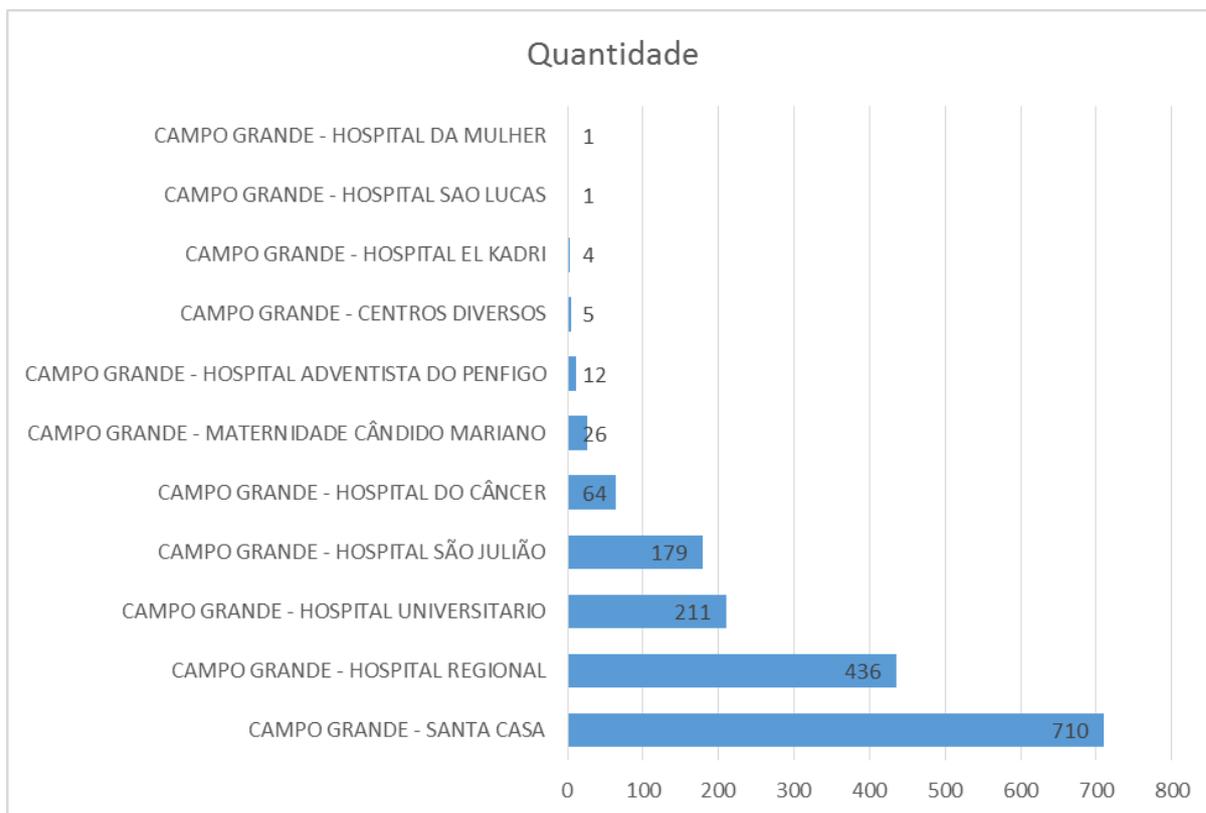


Figura 8- Demandas por destino- unidade executante-2013/2014

Fonte: CERA (2014)

11.14 CID DE MAIOR INCIDÊNCIA, NO ANO DE 2014, DENTRE AS SOLICITAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA AUTORIZADAS. 2014 (OS DADOS PERTINENTES AO EXERCÍCIO DE 2013 FORAM CERCEADAS PELO CERA)

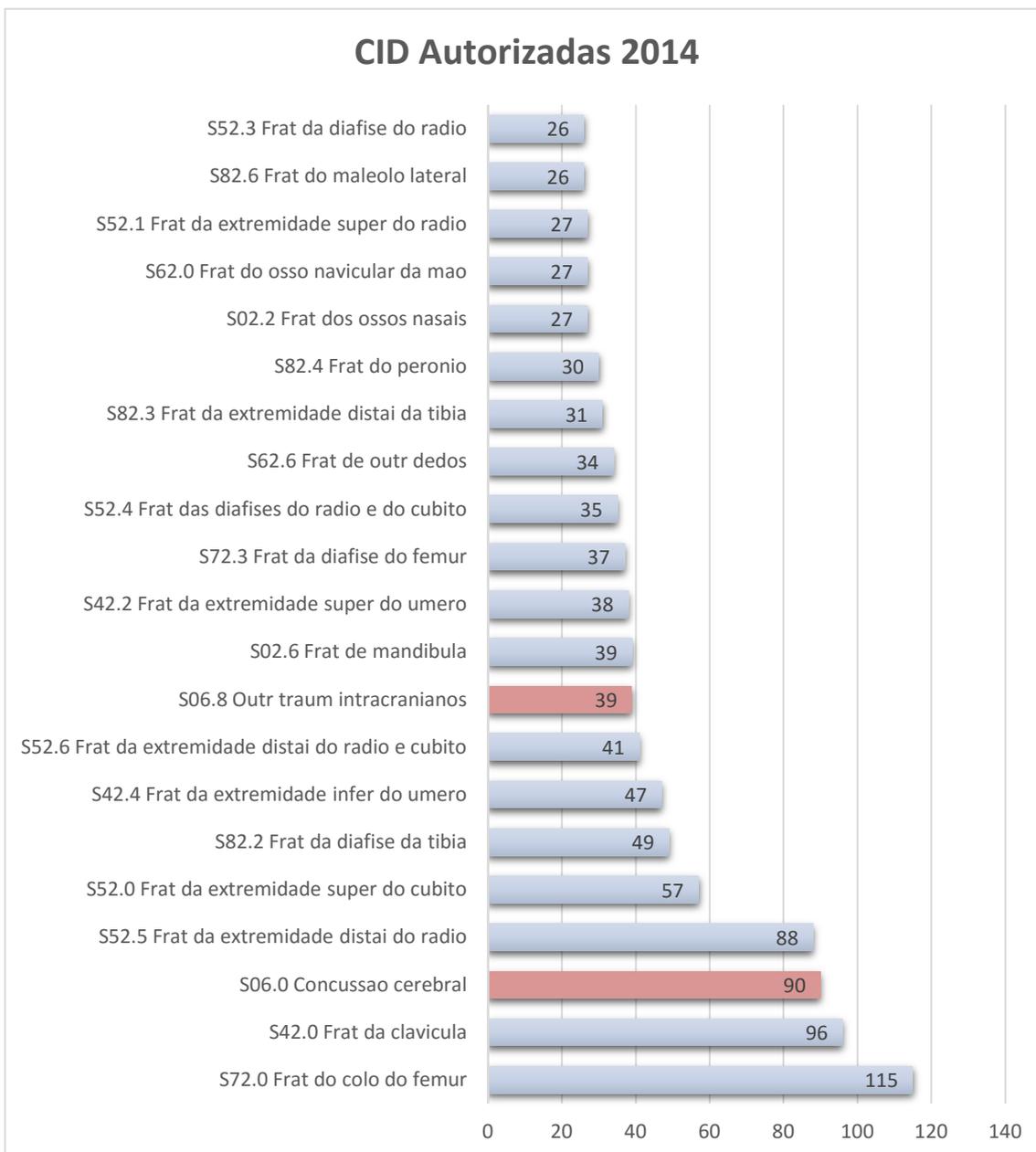


Figura 9- CID autorizadas em 2014

Fonte: CERA (2014)

11.15 CID DE MAIOR INCIDÊNCIA (10 MAIORES), NO ANO DE 2014, DENTRE AS SOLICITAÇÕES ENCAMINHADAS EM VAGA ZERO

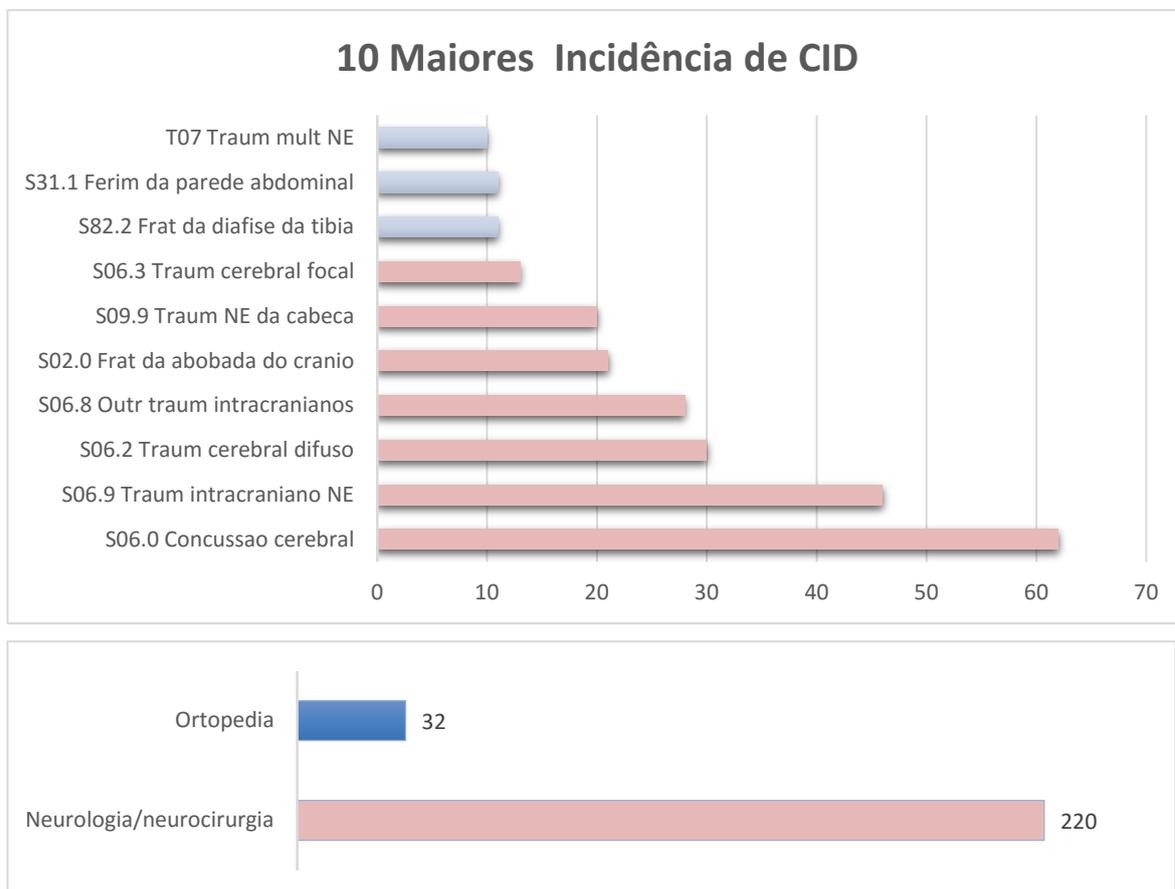


Figura 10- Dez maiores incidências de CID

Fonte: SESAU-Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande - MS

11.16 CÓDIGOS DO CID-10 DE MAIOR INCIDÊNCIA, NO ANO DE 2014, DENTRE TODAS AS SOLICITAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (AUTORIZADAS, VAGA ZERO E NEGADAS)

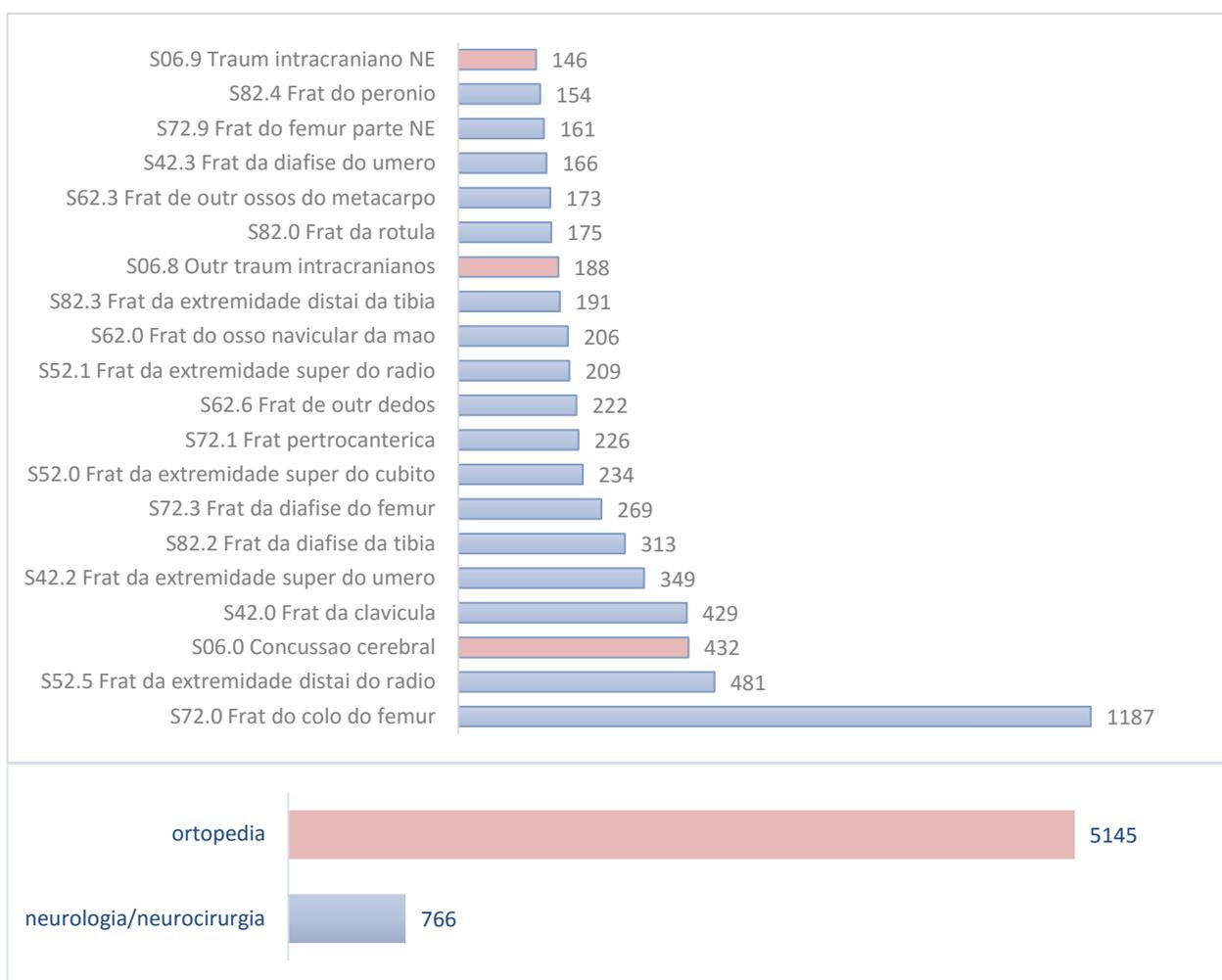


Figura 11- Códigos do CID- maiores incidências

Fonte: SESAU-Secretaria Municipal de Saúde Publica de Campo Grande - MS

11.17 CATEGORIAS DE CID DE MAIOR INCIDÊNCIA DENTRE AS SOLICITAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGENCIA AUTORIZADAS EM 2014

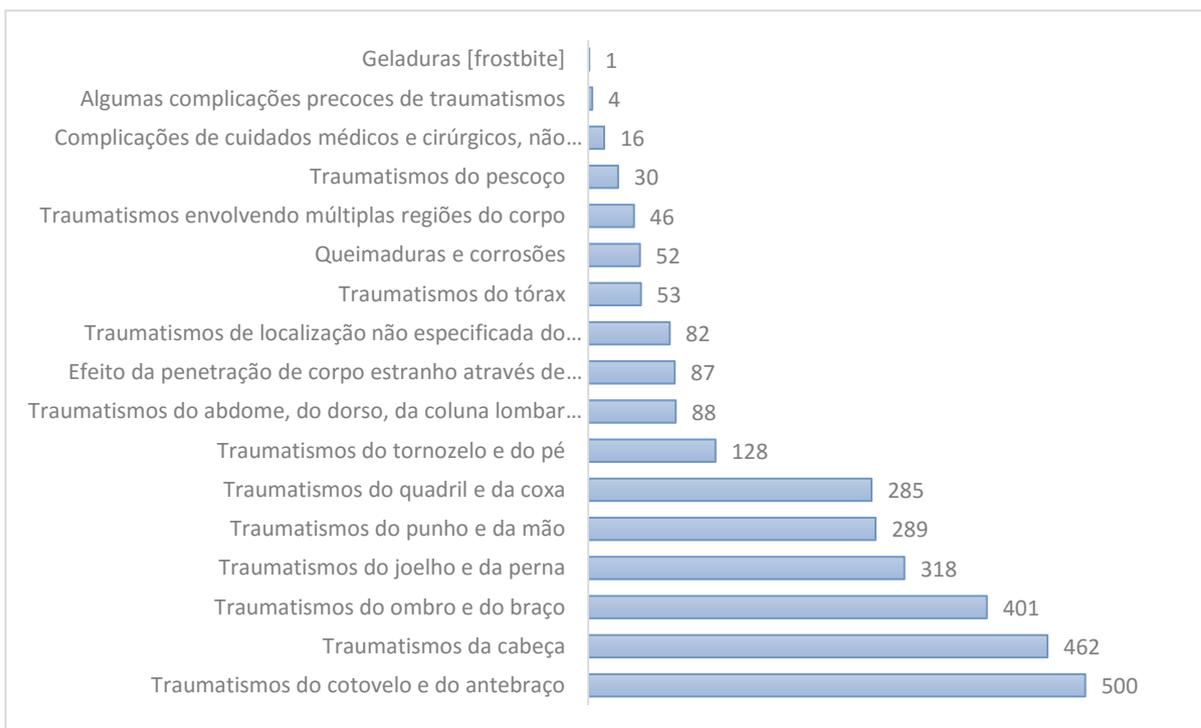


Figura 12- Gráfico das categorias de CID de maior incidência dentre as solicitações autorizadas em 2014

Fonte: SESAU-Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande - MS

11.18 CATEGORIAS DE CID DE MAIOR INCIDÊNCIA DENTRE AS SOLICITAÇÕES NÃO AUTORIZADAS EM 2014

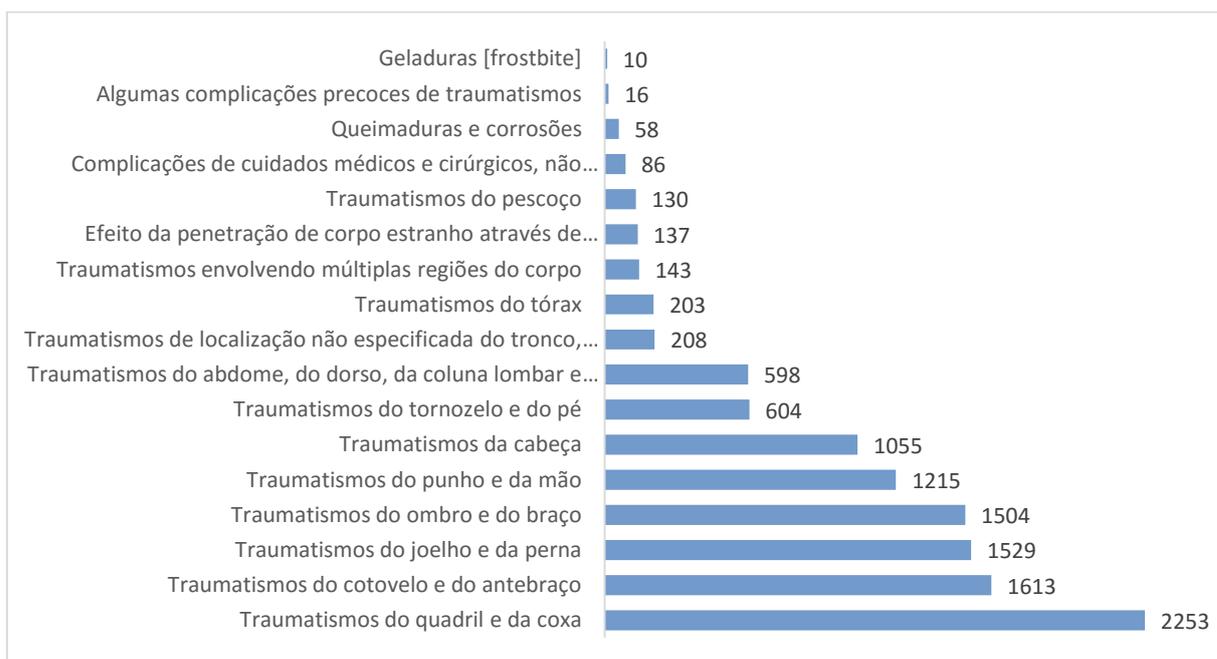


Figura 13- Gráfico das categorias de CID de maior incidência dentre as solicitações não autorizadas em 2014

Fonte: SESAU-Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande - MS

11.19 SAÚDE TUTELADA POR JUDICIALIZAÇÃO

Demandas Judiciais (Fonte Asejur,/ SESAU)

Exercício 2013 – 939 Demandas.

Exercício 2014 - 2000 Demandas.

A base de dados do Asejur informa que as demandas envolveram em suma , entrega de medicamentos , suplementos alimentares , fraldas , insumos , equipamentos , procedimentos cirúrgicos , consultas , exames e internação hospitalar para tratamento.

Demandas Judiciais (Fonte Sistema de Controle de Ações Judiciais – CERA)

Exercício 2013 – 2014 - 1710 Processos

Exercício 2013 – 2014 – 315 Processos exclusivos do Município de Campo Grande

12 CONSIDERAÇÕES INTERDISCIPLINARES

12.1 OBSTÁCULOS ENFRENTADOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA REGULAÇÃO

O estado de Mato Grosso do Sul possui grande extensão territorial (considerada a 6ª em extensão territorial); com baixa densidade populacional (Densidade 6,86 hab./km² 19º) comprometendo a viabilidade de instalação de estruturas descentralizadas para o atendimento principalmente os que requerem alta tecnologia.

Possui apenas 4 municípios com população acima de 100.000 hab.

Apesar de em números globais ter 24 médicos/10.000hab. (3 x preconizado pela OMS) o estado possui grande concentração nos maiores centros com baixa concentração em áreas menos populosas. Dos 79 Municípios referentes ao estado apenas 19 estão em gestão plena em regulação. A internação de Urgência enquanto fator modificante e instável, valendo-se da capacidade operacional do município e dos leitos hora disponíveis.

12.2 PERSPECTIVAS EM RELAÇÃO AO ATUAL DO SISTEMA DE SAÚDE NO MATO GROSSO DO SUL

DESAFIOS

1. Foco nas necessidades dos usuários (população), regulação prioritária a partir da APS Atenção primária a saúde;
2. Aumento da resolutividade dos serviços credenciados;
3. Qualificação da equipe profissional dos municípios do interior (grande índice de rotatividade);
4. Plenitude da regulação do acesso onde todos os municípios do Estado encontram-se inseridos na regulação;
5. Impossibilidade da manutenção do Custeio da estrutura regulatória necessária macrorregional para plena efetivação de serviços.

12.3 AÇÕES REALIZADAS PARA A CONSOLIDAÇÃO E FORTALECIMENTO DAS RAS

12.3.1 Regionalização

No intuito de buscar maior fortalecimento e , visando resolubilidade gestora nas funções foram criadas 4 Macrorregiões, são elas Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas. Buscando ainda a consolidação o estado foi dividido em 11 Microrregiões.

12.3.2 Gestão regional

Em 1993 foi criada a Comissão Intergestora Bipartite/CIB, valendo-se de :

1. Cosems
2. CIB Estadual e
3. CIR Regionais

12.3.3 Inovações do planejamento, programação e regulação

Primeiro passo de consolidação foi à realização da Análise Situacional da Saúde Microrregional de forma a conhecer as fortalezas e os principais indicadores de cada microrregião fomentando assim o diálogo para constituição de pactos intersetoriais e promoção de planejamento estratégico voltado à realidade de cada região específica.

Criação e efetivação de um Plano Diretor de Atenção à Saúde Macrorregional. Tal iniciativa teve seu marco inicial com o projeto piloto na Macrorregião de Dourados, este intento promoveu excelentes produtos nos 04 eixos prioritários.

Mediante a análise situacional fora elencada e remodelada a ação de Estruturação de forma considerável, da Rede de atenção.

Direcionamento de maior Investimento em Qualificação de APS através de treinamentos periódicos.

Constante Fortalecimento cocados na Atenção Especializada, Urgência e Emergência e Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos.

Implantação de Regulação Assistencial Ambulatorial em todo o Estado e da Regulação de Leitos ora implantados, ora em fase de implantação nos hospitais de referencia para o estado.

12.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O IMPACTO GERADO PELA AÇÃO REGULADORA NO ACESSO QUALIFICADO E OPORTUNO

A qualificação da regulação Intermunicipal de urgências iniciou ordenamento das solicitações, com classificação das demandas com priorização de acesso buscando a redução de encaminhamentos desnecessários e priorização das emergências com redução inicial da demanda na porta na urgência.

Consequente ao atendimento oportuno do SAMU, e a qualificação dos pacientes encaminhados de outros municípios valendo-se das pactuações , viés regulatório ou utilização paradigmática da vaga zero , temos um aumento da pressão nas portas de urgência sobrecarregando-as algumas vezes.

Nota-se que a APS (atenção primária a saúde) por conta das dificuldades na contratação de recursos humanos e a dificuldade da distribuição de pontos de atenção com maior capacidade resolutiva fora das sedes de macrorregião geram uma situação de sobrecarga da estrutura hospitalar na Capital, este processo está sendo focado com prioridade através dos PDA – Plano Diretor de Assistência Macrorregionais.

No tangente ao sistema Ambulatorial houve impacto significativo na gestão das demandas com identificação da situação real das filas de acesso.

Conforme densa análise executou-se um processo de Identificação de gargalos como a falta de oferta de serviços de profissionais sub especializados.

Embasamento para ações nos processos de pactuação, construção das redes de atenção e de regionalização.

12.5 CONSIDERAÇÕES JURISDICIONAIS

Ventura (2007) expõe que no Brasil tem-se verificado o crescente movimento de judicialização do direito à saúde, que nada mais é do que a obtenção de atendimento médico, medicamentoso e de procedimentos diagnósticos pela via judicial. Já existe, sobretudo nas Varas de Fazenda Pública, número considerável e preocupante de ações desse naipe, notadamente ações civis públicas e de obrigação de fazer, ajuizadas pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública, para fazer valer, por meio da intervenção do Judiciário, o direito à saúde.

Não resta dúvida de que o fenômeno da judicialização da saúde pública existe e, se não tratado da maneira adequada, poderá gerar prejuízos, não só aos cidadãos, como também ao Estado, em razão da desestruturação do orçamento público e, até mesmo, diante da possibilidade de um colapso do sistema público de saúde (GOMES, 2011).

O Conselho Nacional de Justiça constatou que tramitam na Justiça brasileira cerca de 240.980 processos referentes a questões de saúde as denominadas demandas judiciais da saúde. A maior parte desses processos é ajuizada por pessoas que buscam, na via judicial, acesso a medicamentos e procedimentos médicos custeados pelo Sistema Único de Saúde, bem como vagas para internação em hospitais públicos, além das numerosas ações movidas por usuários de seguros e planos privados junto ao setor (SILVA, 2010).

Por oportuno, se faz pertinente consignar a constatação do Supremo Tribunal Federal, aqui representado pelo Relator Ministro Gilmar Mendes, ao tratar da obrigação do Estado na prestação da saúde, na apreciação das Suspensões de Tutela Antecipada n^o 175 e 278; das Suspensões de Segurança n^o 3.724, 2.944, 2.361, 3.345 e 3.355; e da Suspensão de Liminar n^o 47, todos com acórdãos publicados no DJe de 30.04.10. Para o Ministro o problema da judicialização da saúde pública se dá, na maioria das vezes, pelo não cumprimento das políticas públicas de saúde já estabelecidas por parte dos administradores públicos (MENDES, 2009).

Tal é a relevância do tema, que o Conselho Nacional de Justiça, incumbido do controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais dos magistrados (art. 103-B, § 4^o, CR), oportunamente, instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Resolução n^o 107/10) e editou a Recomendação n^o 31, de 30 de março de 2010, apresentando aos tribunais medidas que visam a melhor subsidiar os magistrados e demais profissionais do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (PEPE, 2011).

Dentre as considerações que levaram à edição do referido ato administrativo, merecem destaque o grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde em tramitação no Poder Judiciário e o significativo dispêndio de recursos que representam; a relevância da matéria para a garantia de vida digna à população brasileira; e a necessidade de assegurar a sustentabilidade e o gerenciamento do SUS.

A Recomendação n^o 31/10 lista algumas medidas práticas que podem ser adotadas pelos magistrados para solucionar a questão destas demandas judiciais, *como* instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, denominação genérica ou princípio ativo, bem como a

indicação de produtos, órteses, próteses e insumos em geral, e posologia exata; evitar a autorização do fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; e ouvir os gestores antes da apreciação de medidas de urgência (*item I, alínea b, b.1, b.2 e b.3*).

Contudo, tais medidas não se mostram suficientes, antes exigindo-se a intervenção mútua dos Poderes do Estado, em especial do Executivo, e uma análise crítica da atual estrutura da saúde, a fim de que um novo quadro seja traçado, e outras práticas sejam implantadas (TOFFOLI, 2010).

Nesse tocante, ressalta-se o pioneirismo do Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso, que instalou, (9 de novembro de 2011), em Cuiabá, o Núcleo de Apoio Técnico (NAT), com a função de oferecer subsídios informações técnicas aos magistrados, para que decidam processos relacionados a questões da saúde.

De modo mais geral, também surgem projetos que promovem mudanças intrínsecas no panorama atual, com alterações nas vias já existentes de prestação da saúde, que, no entanto, continuaria a ser prestada diretamente pelo Estado, já que é dele a atribuição constitucional.

Alves (2012) expõe que sobrevivem ideias, em alguns entes federados, de mudanças extrínsecas ao sistema de saúde, que não se restringem ao modo de execução das tarefas, mas visam alterar visceralmente o sistema, intentando que a prestação direta da saúde se dê pelo segundo e terceiro setores, de modo que caiba ao Estado, apenas, a fixação de diretrizes gerais e a fiscalização das entidades encarregadas daquele serviço de caráter público. No tocante ao Estado abrir mão da prestação direta dos serviços de saúde, delegando-os a entidades exploradoras do setor privado, bem como a entidades sem fins lucrativos visando proporcionar a prestação de um serviço mais adequado e qualificado, tendo presente a convicção de que se trata de um serviço público preferencial e, portanto, atividade material do Estado, balizada por todos os princípios constitucionais que regem a atuação da Administração Pública.

Tomada a saúde como direito fundamental, as normas constitucionais que a ela se referem possuem eficácia plena, definidas como aquelas que, desde a entrada em vigor da Constituição, produzem, ou têm possibilidade de produzir, todos os efeitos essenciais, relativamente aos interesses, comportamentos e situações, que o legislador constituinte, direta e normativamente, quis regular (YOSIDA, 2009).

A toda evidência, na prestação da saúde aos administrados, de forma direta ou indireta, deve o Estado atuar sempre com eficiência, orientado, ainda, por outros princípios

constitucionais e direitos fundamentais de defesa do indivíduo, em busca da máxima qualidade e da menor judicialização do tema.

A judicialização do direito à saúde é questão que urge ser redimensionada, envolvendo não apenas o Poder Judiciário destinatário das demandas, como também os gestores públicos, os profissionais do Direito e da saúde e a sociedade civil como um todo (TANAKA, 2011).

Não é demais lembrar que a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania, mas, por outro lado, “[...] as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão entre os elaboradores e os executores das políticas públicas [...]” (CARVALHO NETTO, 1999).

O quadro atual da saúde pública no país aponta que o problema ainda está longe de ser resolvido, incumbindo o Poder Público de buscar alternativas, a partir de medidas que visem a resultados efetivos, tanto a longo, quanto a curto prazo. O Estado deve sempre ser guiado pelo princípio da eficiência ao prestar os serviços de saúde pública, quer de forma direta ou indireta, optando pelas medidas que, segundo o juízo de oportunidade e conveniência da Administração, se mostrem idôneas para a consecução da qualidade do atendimento, em consonância com o preceito constitucional da cobertura universal, para suprir as necessidades e os anseios dos administrados (SILVA, 2010).

Nesses moldes, pouco importa o meio escolhido pelo administrador para a prestação do serviço em voga, desde que seja assegurado ao administrado o direito constitucional e fundamental à saúde.

12.6 SOLUÇÕES POSSÍVEIS PARA DIMINUIR A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Segundo declarações do atual Ministério da Saúde o Brasil investe em saúde cerca de 3,4 a 3,6% do Produto Interno Bruto do País, o que significa menos que a metade do que investe a Argentina e abaixo de outros países da América Latina.

Mesmo que se possa argumentar que o valor dos investimentos em saúde não é o único problema do Sistema Único de Saúde porque também é preciso avaliar de que forma esses recursos são investidos, ainda assim é forçoso reconhecer que o investimento é pequeno se levarmos em conta a quantidade de usuários do sistema público, a diversidade das necessidades de um país com dimensões continentais como o Brasil e, as peculiaridades deste momento histórico da saúde em que coexistem exigências por cuidados básicos em saúde e por incorporação de novas tecnologias quase sempre de alto custo (SCHEFFER, 2009; POLANCZYK, 2010).

Para Santos (2010), a Medicina contemporânea, em termos de tecnologia, tem essa característica peculiar: a de que a inserção de uma nova tecnologia nem sempre substitui uma anterior e nem sempre significa menor custo. Um médico ortopedista, para avaliar

corretamente uma lesão, poderá solicitar que o paciente realize um exame de raio X e uma ressonância magnética e justificará, cientificamente, que necessita da tecnologia antiga (raio X) e da nova (ressonância magnética) para aferir corretamente a extensão do problema que o paciente apresenta (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2011).

Se o aumento da judicialização é uma perspectiva concreta, é necessário refletir sobre alternativas que possam diminuir a incidência do fenômeno e, ao mesmo tempo, despertar a sociedade brasileira contemporânea para a busca de soluções mais rápidas que as decisões judiciais, levando em consideração a dimensão política do problema da saúde, que exige, na maioria das vezes, soluções coletivas (VENTURA, 2007).

Gomes (2011) acredita que a solução de conflitos por mecanismos não judiciais pode ser interpretada como sinal de maturidade política de uma sociedade organizada, porque atribui importância ao diálogo e ao sopesamento de argumentos em lugar da busca por uma solução ditada por um magistrado que, nem sempre, terá condições objetivas de levar em conta o impacto de sua decisão para o conjunto da sociedade.

O diálogo e o debate das questões públicas ainda são precários no Brasil, até porque a estrutura da organização política oferece poucos espaços para a manifestação da cidadania ativa. Apesar das inúmeras previsões existentes na Constituição Federal brasileira para a participação direta da população (como nos Conselhos Municipais de Saúde, de Educação e Tutelar, entre outros), a realidade é que a herança do modelo de Estado autoritário ainda é muito presente, quase sempre, o cidadão se sente mais motivado a procurar a tutela jurisdicional do Estado do que motivado a tentar obter a efetividade de seus direitos por mecanismos coletivos de participação social (FERRAZ 2009 ; OMS, 2011).

Além desses fatores, é preciso considerar que, no imaginário da população, a solução dos problemas públicos é função exclusiva dos governos, porque os cidadãos pagam os tributos para isso. No caso da saúde pública, uma alternativa para minimizar a judicialização é a criação das Câmaras Técnicas, mecanismo de auxílio aos magistrados para fornecimento de argumentação técnica a ser adotada na solução dos casos concretos (ANDRADE, 2010).

As Câmaras Técnicas ou Núcleos de Assessoria Técnica são grupos multiprofissionais que analisam os casos judiciais e fornecem laudos técnicos para os magistrados alicerçarem suas decisões em processos que pleiteiam medicamentos, tratamentos, internações em hospitais, órteses, próteses e outros.

Nesse sentido é que os estudos de Medicina Baseada em Evidências (MBE) e as diretrizes clínicas devem ser avaliados como metodologia a ser utilizada pelas Câmaras e Núcleos de Assessoria Técnica dos magistrados e dos tribunais. Sem um método científico e

claramente colocado, tais Câmaras e Núcleos poderão não ser a solução almejada por toda a sociedade brasileira na busca de alternativas para a judicialização da saúde (DEL NERO, 2010).

A Medicina baseada em evidências, assim como a construção de diretrizes clínicas e de mecanismos de avaliação de incorporação de novas tecnologias já são práticas adotadas no Brasil pelo Ministério da Saúde, conforme tratado neste trabalho no capítulo I, quando abordamos aspectos fundamentais de economia e saúde.

Ninguém poderá obrigar o magistrado a aderir a dados científicos se eles não tiverem contribuído para formar sua convicção. Nenhuma sociedade pode pretender ser democrática se acorrentar seus magistrados a decidir somente em conformidade com dados técnicos e científicos, porque esse caminho tecnicista nem sempre se coaduna com a efetividade da Justiça (DINIZ, 2002). Avaliar a qualidade da atenção médica é hoje, além de uma exigência legal, uma obrigação para qualquer instituição de saúde. Neste contexto, o médico auditor exerce papel fundamental.

Em Barroso (2009) tem-se que no âmbito da saúde pública, a mediação poderá ser um espaço para o exercício de um novo papel dos Conselhos Municipais de Saúde, que poderão atuar como representantes dos cidadãos junto ao poder público municipal, estadual ou federal, a fim de que as soluções em coautoria sejam políticas públicas para serem implantadas, fiscalizadas e avaliadas conjuntamente pela comunidade e pelo governo. Tais políticas públicas de saúde devem ter por escopo contemplar aspectos reiteradamente conflituosos, como dispensação de medicamentos, oferta de leitos em unidades especiais, tratamentos complexos, fornecimento de órteses ou próteses e exames tecnicamente mais sofisticados, entre outros que muitas vezes são negados ou procrastinados para o cidadão que depende do sistema público de saúde.

Se a judicialização da saúde tem sido um meio individual para obter acesso ao serviço público de saúde, a mediação poderá ser, na perspectiva proposta pelo Conselho Nacional de Justiça, uma dimensão política, ética e, principalmente, coletiva de definir e implantar políticas públicas tornando a população parte da solução e não apenas do problema, e dando efetivo poder a essa mesma população para que fiscalize a execução e os resultados das políticas públicas definidas como prioritárias.

13 RESOLUTIBILIDADE NA REGULAÇÃO

13.1 PREMISSAS PARA EFETIVAÇÃO DA REGULAÇÃO

Conhecimento global dos estabelecimentos de saúde, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e as regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados;

Cadastro completo e fidedigno das unidades prestadoras de serviços de saúde, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, conveniada ou contratada, a garantia de atualização dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS;

Processo de compra de serviços na rede privada pautado pelo interesse público e pela identificação das necessidades assistenciais;

Contratos de prestação de serviços como instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas;

Regulação da assistência efetivada por meio da implantação de complexos reguladores, responsáveis pela regulação das urgências, procedimentos básicos, de atenção ambulatorial especializada, alto custo e internações eletivas.

A articulação e a integração das áreas da assistência e da regulação permitem que o cadastro de estabelecimentos e de profissionais seja verificado à luz da oferta potencial dos prestadores de serviços, subsidiando a sua contratação e a programação da atenção.

Além disso, a padronização da solicitação, submetida à incorporação da lógica dos protocolos assistenciais, subsidia a regulação e a autorização prévia para a atenção em níveis mais complexos do sistema de saúde. A implementação de um processo de avaliação das ações de atenção à saúde, de forma sistemática e contínua, sobre estruturas, processos e resultados, permite o melhor planejamento, o descortinar de problemas para as ações de controle e auditoria assistencial, os ajustes na execução e a busca de uma melhor qualidade, eficiência, eficácia e efetividade.

Outro aspecto importante é o desenvolvimento de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial que permite um maior controle da execução do atendimento, monitorando sua adequação assistencial, de qualidade e satisfação do usuário e seus aspectos contábeis e financeiros.

13.2 PREVISÕES ACERCA DE UMA REGULAÇÃO MAIS EFETIVA

Buscando aparato eficaz na concretização de um processo regulatório efetivo elenca-se uma série de ponderações e demandas afim de contribuir com o efetividade e a resolubilidade dos processos a ela referenciados , para tanto busca-se:

1. Construção da estrutura física dos Complexos reguladores Macrorregionais a fim de abarcar suporte estável e condições de trabalho pertinentes a demanda;
2. Provisão de recursos de Custeio aos complexos reguladores evitando assim inoperância por indisponibilidade de verba;
3. Fortalecimento da APS inclusive para atendimento às urgências com apoio do processo regulatório, suprindo o excedente de demanda em detrimento a um serviço em constante crescimento;
4. Revisão da tipologia dos hospitais do Estado com conversão de HPPs em unidades de apoio a APS e fortalecimento dos Hospitais Regionais;
5. Investimento e valorização na validação do cargo de Médicos Reguladores para fortalecimento do processo de matriciamento e estruturação dos recursos humanos médicos;
6. PPI Interestadual em áreas especializadas como exemplo a Oncologia;
7. Conclusão e constante aprimoramento do Plano diretor de Regionalização da Assistência com definição das grades de referência regionais;
8. Publicação da portaria habilitando o SAMU Estadual e demanda de investimento;
9. Definição dos fluxos e grades de referências regionais através da discussão das linhas de cuidado prioritárias: Materno-infantil, Saúde Mental, Crônico- degenerativas, infecto contagiosas e U.E.;
10. Implementação e atualização do Projeto Estadual da Rede Cegonha com consequente investimento;
11. Concepção do Hospital do Trauma no município de Campo Grande e consequente pactuação e referências;
12. Conclusão das oficinas de planificação da atenção primária.
13. Conclusão e execução das demandas do Plano de Diretor de Atenção em Saúde da macrorregião de Dourados.
14. Conclusão da implementação da Regulação Ambulatorial articulada com as APS municipais.

15. Implantação da Regulação de Leitos Hospitalares em todos os hospitais de referência do Estado, com relação direta com os NIR'S hospitalares.

16. Definição dos fluxos e grades de referências regionais através da discussão das linhas de cuidado prioritárias: Materno-infantil, Saúde Mental, Crônico-degenerativas, UE e Infecto Parasitárias.

14 PAINEL PROBLEMAS E SOLUÇÕES

Problemas/Soluções	
<i>Análise situacional 1- Campo Grande</i>	
Problemas	Soluções
Compartilhamento eletrônico da carência por Saúde com a seara Judiciária;	Formação de grupo de trabalho técnico e jurisdicional co perfil interdisciplinar, Ampliação dos protocolos atendidos pelo CATES;
Grande Demanda sobre a defensoria pública estadual, das procuradorias do estado e município e nas varas da Fazenda Pública;	Especificidade na execução dos protocolos de solicitação Administrativo eletrônica;
Transferência de responsabilidades entre as instituições envolvidas;	Ampliação da Camara Técnica de Saúde do Poder Judiciário, partilhada por Estado e Município;
Honorários;	Gestão efetiva de atendimento a Mandado; Viés voltado exclusivamente à entidade federativa e não ao profissional;
Desatrelamento na comunicação entre procuradorias e secretarias de saúde;	Maior efetividade no Compartilhamento e atualização de Sistemas de controle e informação entre gestores e judiciário; Uma vez que já encontra-se ativo um setor da PGE na SES e grande parte dos municípios.
Descaso da União;	Agendamento e execução de encontros interinstitucionais periódicos;
Medicamentos sobre setorização de competência entre estado e município;	Integração de políticas públicas(já expressa porém pouco efetiva). Efetivação na gestão e aplicação
Inefetividade da responsabilidade solidária entre as esferas de governo;	
Divulgação precária dos serviços do SUS;	
Despreparo no atendimento.	

<i>Análise Situacional 2 – Campo Grande</i>	
Problemas	Alternativas de Solução
Ineficácia quanto a criterização na definição do responsável pela prestação da saúde	Criação de subprocuradoria técnica especializada
Curto Prazos para as determinações judiciais	Valer-se da integração intermunicipal e intersetorial (judiciário e gestão) afim de dar celeridade à demanda e resolubilidade .
Gasto per capita com os beneficiários de determinações judiciais não é previsto ou pactuado	Atualização de dados, cumprimento dos protocolos e investimento para suprimir a demanda com resolubilidade.

Referenciamento de casos similares	Instauração de protocolos de urgência
Equívocos, erros em demandas.	Aprimoramento na aplicação do PGENET
Interferência Política	Maior Aplicabilidade do convênio assinado entre Estado e Defensoria na participação da gestão de demanda. Procedimento de pedido administrativo Relatório técnico para embasar atuação dos procuradores Problemas

Análise Situacional 3- Campo Grande

Problemas	Alternativas de solução
Demandas individuais superando as coletivas	Efetivação de melhorias na estrutura organizacional; Conscientização sobre direitos e benefícios.
Investimento na aquisição de medicamentos, insumos e serviços médico-hospitalares baseados na gestão plena	Arranjos orçamentários, eficiência administrativa Coerência legislativa.
Grande efetividade nos pleitos demandados	Investimento e acessibilidade e atualização do Sistema de Pesquisa em Direito Sanitário – SPD _i Sa;
Fluxos de responsabilidade incidindo sobre muitos agentes. Assessoria técnica versus descentralização do SUS. Fragmentação dos setores responsáveis pelo atendimento das demandas;	Aprimoramento e efetivação de resolutibilidade do CAJ (Coordenadoria de ações Judiciais) . Maior aplicabilidade da assessoria jurídica do SESAU. Cobrança da efetivação do Termo de Cooperação Técnica firmado entre as secretarias de saúde, a Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do Sul e o município de Campo Grande, promovendo pactuação, criação e execução de protocolos existentes.

Análise Situacional 4 – Campo Grande

Problemas	Alternativas de Solução
Aumento do número de ações judiciais para obtenção de tratamento, leitos e medicamentos.	Equalização e atuação situacional municipal em concordância com as devidas pactuações remetendo a necessidade de destinação de maiores investimentos.
Falta de acesso da população a informações sobre direitos fundamentais no que tange a saúde	Criação de núcleos de efetivação de direitos à saúde

Sobrecarga de demandas para o Estado e falta de colaboração financeira entre o município e a União;	Elaboração de protocolos clínicos para situações especiais. Criação e aprimoramento de centros de Referência afim de realizar auditorias clínicas, emitindo parecer técnico.
Não observância da responsabilidade tripartite do SUS.	
Bloqueio da resolução da demanda mediante notificação de judicialização pela equipe de saúde	A criação de indicadores de demandas judiciais, por meio da alimentação de um banco de dados, de acordo com as novas decisões judiciais (diretamente ligado ao corpo técnico interdisciplinar), com protocolos com campo para justificativa de cessar demanda e responsável. Dupla via de acesso , gestão / judiciário .

Quadro 6- Painel problemas e soluções

15 DISCUSSÃO

A baixa ocorrência de ações judiciais coletivas nessa pesquisa sugere um aspecto de explicação para a ausência do fluxo da política, porém, seria muito mais difícil tirar conclusões sobre o significado da proliferação de ações individuais que questionam as políticas públicas ou apenas os reflexos dessas políticas. A predominância das ações judiciais individuais, parece problematizar o entendimento de Garapon (2001), segundo o qual a Justiça seria um lugar onde sociedade contemporânea realiza a democracia, e o de Vianna (1999), para quem a expansão do Judiciário representa a ocupação de um espaço vazio, abrindo aos cidadãos novos espaços à representação de sua vontade. Há nuances significativas que perpassam a questão formulada por Taylor (2005): em que medida a judicialização estaria realmente implicando em democratização?

No que tange a primeira linha supra citada busca-se efeitos de uma cultura de judicialização cada vez distanciada da ação política e social, inclusive das práticas de difusão jurídica. A crescente demanda nos tribunais por ações individuais parece diminuir o espaço e a atenção para os processos coletivos de judicialização e até mesmo de participação. Conforme essa linha de explicação, o perfil individualizado da judicialização da saúde pode estar contribuindo para uma ausência da Política.

Em contrapartida temos que a falta de conhecimento sobre a própria política pública considerada: sua gestão, funcionamento de suas estruturas administrativas, normas, procedimentos e formas de acesso. Percebe-se a falta de informações e expertise por parte do Judiciário e dos próprios demandantes para modular a sua intervenção pontual, fato este que tem ocasionado ineficácia e incoerência na gestão dos recursos destinados à realização dessa política pública.

Destarte, é razoavelmente inequívoco explicar sobre a dificuldade de percepção a respeito da contribuição da judicialização para a democratização, porém, considerando as ressalvas acima, deve ser levado em conta que o processo de judicialização de alguma política nasce muitas vezes de uma escolha baseada em uma expectativa real de vê-la funcionando, o que vale dizer que pode representar uma escolha por intervir na coisa pública, portanto, escolha política, ainda que movida por uma prestação individual.

No painel judicial expõe-se um tipo de judicialização baseada em direitos ou bottom-up, conforme a classificação de Hirschl (2008), instrumento que vem realizando uma pressão por mudanças institucionais. No tangente aos arranjos de gestão identificados, verifica-se que a judicialização tem movido o Executivo rumo a práticas de gestão mais responsivas às

demandas cidadãs. Ademais é notória a percepção de movimentação de atores técnicos em uma arena experimental, em que podem testar diversas soluções de gestão e de articulação interinstitucional, delineando também um formato de ação sob um viés de inversão, aplicado à gestão das políticas públicas.

O comumente constatado na contemporaneidade versa que os atores visíveis da política não tem sofrido grande pressão do judiciário, enquanto há uma pressão real sobre a ação de atores invisíveis formados pelo corpo técnico presentes nos microssistemas de políticas públicas, que são constantemente instigados à produção de alternativas, sob a égide de responsabilização subsidiária.

Conforme exposta na literatura e, foco deste ensaio em dissertação, já se encontram configurados os fluxos públicos de problemas e alternativas, a janela para uma política pública responsiva aos fluxos de judicialização já existe e pode estar entreaberta.

A avaliação de desempenho e o controle dos resultados das agências reguladoras e, conseqüentemente, do processo regulatório constitui-se em um desafio, tendo em vista as características do campo regular, tais como a ainda crescente experiência brasileira com as práticas da regulação, bem como o pouco desenvolvimento da prática de avaliação do impacto social da ação reguladora, as constantes divergências e a diversidade de interesses em disputa e o desequilíbrio de poder entre os atores, a grande dificuldade de se estabelecer um sistema de avaliação, devido à perene definição dos objetivos da Agência em resposta ao jogo de interesses sobre os quais a ação reguladora intervém e, por fim, as tensões entre as perspectivas técnica e política da avaliação (CAMPOS; SANTIAGO Jr, 2003).

Cabe a ANS estabelecer componentes de qualidade bem como componentes de avaliação institucional a fim de aferir índices de desempenho, a serem calculados a partir da análise de indicadores definidos visando os princípios básicos elencados pela legislação em saúde, para tanto percute uma exibibilidade onde a própria ANS também aprimore continuamente seus processos de trabalho, buscando a eficiência e efetividade da regulação desenvolvida (BRASIL, 2010).

A Judicialização é um tema sujeito a uma permanente construção de sentido no Brasil, podendo significar litigância em geral, judicialização da macropolítica e a judicialização de uma política pública, ou de um aspecto específico dessa política.

A notória ausência da macropolítica no contexto das decisões sobre o encaminhamento das políticas públicas judicializadas, evidenciadas através das análises pontuadas, por um lado, dificultam a percepção do manejo da judicialização e a institucionalização de soluções alternativas, como um processo tradicional de *policy making*.

Ao se considerar a concepção de formação de agendas através dos fluxos dos problemas, alternativas e política, a ausência do componente político dificultaria o surgimento da janela de oportunidade representada no espaço temático e temporal em que os fluxos se reúnem.

Em detrimento a isso, há uma notória movimentação dos atores invisíveis agrupados no microssistema, numa dinâmica em que estão em disputa entre diferentes comunidades técnico-epistemológicas (campos jurídico e sanitário, p.ex.): as explicações para os problemas, a linguagem de abordagem e soluções para o fenômeno da judicialização na regulação em saúde, e com isso uma disputa nas categorias teóricas acima.

É mister transpor o debate no estudo da judicialização as evidências de conceitos como o ativismo judicial, nos círculos jurídicos, e ou como o equilíbrio orçamentário, nos círculos da gestão pública, buscando-se questionar até que ponto o manejo da judicialização pode ser considerado ele mesmo uma política pública e quais os desafios para essa percepção.

A interação do judiciário frente a gestão pública representa um desafio tanto do ponto de vista da ciência política, como da análise das políticas públicas. Representa ainda uma aba para insumo de variados discursos e narrativas políticas que permeiam o processo de elaboração e execução das políticas públicas.

Partindo-se desta premissa, os tribunais, juízes e demais atores jurídicos suplantariam e extrapolariam o papel de simples comunidades técnicas no manejo constitucionais e jurídico, adequando-se mais ao papel lhes é destinado pela judicialização: a representação política dos ecos de cidadania juridicamente formulados e sua aplicação ao caso concreto. No âmbito da contemporaneidade o Judiciário não se encontra exclusivo predominante na seara da judicialização ademais tal seara expande-se para alcançar os demais órgãos e atores do sistema de justiça através do intercâmbio institucional para a construção de soluções e um forte indício de utilização do instrumental da judicialização pelas camadas mais carentes da população.

Neste fulcro o entendimento de Tate e Vallinder (1995) quanto à preferência cidadã pela arena da judicialização a outras instituições, que podem estar sendo vistas como burocracias pesadas e tendenciosas; confirmando também a afirmação de Hirschl (2008) de que organização de uma estrutura de suporte e defesa jurídica potencializa a judicialização fundamentada em direitos sociais.

Faz-se evidente a tipologia de problemas e soluções focados no cerne das intervenções judiciais e a consequência global de sua demanda como incidindo diretamente sobre impactos orçamentários, a gestão judiciária e qualidade das decisões judiciais do ponto de vista da

gestão da política pública, a gestão da política pública, os conflitos de competência entre os níveis federativos, as relações interinstitucionais e , por fim , interferência de grupos de interesse.

Consubstanciado pelo código de ética médica é direito do médico apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas ao exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nestes casos, aos órgãos competentes e obrigatoriamente a Comissão de Ética e ao CRM de sua jurisdição.

A portaria MS 2048/2002 atribui também ao médico regulador funções gestoras como tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com o seu julgamento. Podendo ainda decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar, decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviço de atenção de urgências, ou seja vaga zero, requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posterior.

Uma vez que em nosso sistema constitucional é irreversível o direito à Jurisdição, a judicialização é considerada uma reação previsível e até mensurável em algumas situações, devendo ser compreendida como uma forma especial de realização da cidadania participativa.

A negociação da organização e o funcionamento das regiões, integradas em redes de atenção, ocorrem nas comissões intergestoras nos três níveis, na Comissão Intergestora Tripartite - CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde, na Comissão Intergestora Bipartite - CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, e na Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde.

Essa gestão compartilhada é firmada juridicamente através de um contrato chamado Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, que define entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos.

Para realizar essa pactuação entre os municípios, é necessário que o município apresente, entre outros documentos, o seu Mapa da Saúde, que é uma descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o

desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Objetivando definir e quantificar as ações e serviços de saúde, das regiões de saúde, os municípios elaboram a Programação Pactuada e integrada, que possibilita a organização da rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, definindo também, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Para planejar as ações de saúde, antes de pactuá-las, há necessidade de se conhecer as realidades locais utilizando como instrumento o conhecimento do perfil epidemiológico, que traz informações de morbimortalidade, além da análise das mudanças na ocorrência das doenças no tempo, lugar e pessoa, permitindo aos serviços antecipar quando e onde podem ser requeridos os recursos e, portanto, elaborar um plano para alocar os recursos adequadamente para que sejam efetivos.

A credibilidade do grupo de profissionais no importante papel da regulação como facilitadora do acesso, ao reconhecer as centrais como observatório do sistema, capaz de descortinar as reais potencialidades e dificuldades da rede de assistência, à medida que a regulação assistencial busca organizar a oferta de serviços, exige que sua interface vá além dos sujeitos envolvidos na ação, perpassando a pactuação com os serviços públicos, e também com os privados.

A transferência de poder do estado para a regulação ser efetiva permeando o papel de mediadora de recursos, capaz de influenciar, por intermédio do diálogo e do embate cotidiano, o resultado final do acesso dos usuários ao sistema. Como tal, as centrais de regulação são um polo de tensão, pois aglutinam todo o embate da média e da alta complexidade do SUS, procedimentos e internações.

Buscando dirimir a excedente demanda, o investimento nos protocolos informatizados poderiam gerar facilitações uma vez que proveriam as agendas por especialidade, sub-especialidade, profissional e período de validade da mesma, nesta linha viabilizaria a distribuição de quotas por Unidade Solicitante e tipos de consultas ou procedimentos, possibilitando o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico.

Na linha do fortalecimento e da concretização, o Pacto de Gestão do SUS traz importantes mudanças para a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema, destacando o papel fundamental dos entes federados, Municípios, Estados e

Ministério da Saúde, para melhorar e qualificar o acesso do cidadão aos serviços de saúde, na busca da universalidade e da integridade, com eficiência, eficácia e efetividade.

A reflexão sobre o modelo de atenção à saúde perpassa a discussão da organização do sistema de saúde municipal, que deve levar em conta como estão distribuídos os serviços nos espaços e suas diferentes complexidades (modelo técnico-assistencial), esse modelo, implica organizar a produção de serviços a partir de determinada combinação de saberes da área, bem como projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social.

No que Tange às diversas dimensões do sistema ou modos de expressão, aponta-se que, além do financiamento, que é sempre o mais discutido, a redução da resolutividade das práticas. A discussão se intensifica em relação aos recursos destinados a assegurar a prestação de atenção médica a populações cada vez mais idosas, já excluídas dos processos de trabalho e necessitando sempre de procedimentos de complexidade tecnológica e custos elevados

As administrações Federais, Estaduais e Municipais vem apresentando, em documentos oficiais, mecanismos de ordenação da assistência no SUS, com o propósito de ajustar a oferta disponível às necessidades do cidadão. nesse ponto de vista, trata-se de uma regulação baseada na oferta, mas também compreende mecanismos voltados para a demanda, quando propõe critérios para priorização e organização de fluxo dos pacientes.

A prática do exercício do modelo de atuação voltado a central de regulação com atribuições ampliadas, não limitada a função de regular, mas contudo , de avaliar a oferta de serviços, incluindo em suas finalidades orientar os pacientes para consulta, apoio diagnóstico e internações pode propiciar uma organização da oferta e ainda permitir o gerenciamento pelos gestores desta forma , a regulação municipal , enquanto estratégia de gestão do sistema, opera a transversalização do objeto-acesso por meio das representações dos quatro grupos sociais envolvidos os gestores, os profissionais (técnicos e gestores das centrais), os serviços (tanto públicos como privados) e os usuários , apresentando variações em função do grupo ao qual nos referimos.

Tendo vistas sobre esses aspectos, uma das dimensões que pode garantir o cuidado e o acesso é a integralidade da assistência, onde esta perspectiva se apropria de um modelo diferenciado de assistência que deve garantir um olhar não mais exclusivamente programático, mas que seja focado em uma perspectiva de cuidado integral, com as diversas áreas e saberes realizando uma atividade não parcelada, permitindo, assim, uma visão ampla do sujeito assistido, e responsabilizando-se pelo caminhar do usuário pelos fluxos do SUS.

Através de um perfil de funcionalidade cabe à gestão viabilizadora do processo de regulação permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor, bem como subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso.

Buscando a segurança dos atores , é cabível a sistematização que se configure os impedimentos por estabelecimento e profissional , gere mapas de leitos com atualização dinâmica e possibilite autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIH's, APAC's, com consequente acompanhamento e alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador.

16 CONCLUSÃO

Conciso é salientar que o presente trabalho identifica, que o atendimento das decisões judiciais requerem arranjos de gestão, e não apenas um funcionamento regular da Administração Pública. Destarte vincula o grupo de gestores como protagonistas relevantes na construção de novas arenas interinstitucionais e de coordenação federativa.

No tocante ao questionamento que ressalta o manejo da judicialização pode vir a ser considerado uma política pública, ao indagarmos sobre a evolução do conceito da política pública, o ciclo dessas políticas e o processo político e jurídico para sua conformação, pode-se afirmar que no Brasil já existe uma agenda em formação para uma política pública de soluções alternativas para a judicialização. Desta forma um crescente o fluxo de problemas que desloca a arena decisória para o Judiciário, que por sua vez enseja a formação de sub-arenas em que atuam e interagem operadores jurídicos e atores no campo da gestão pública.

A Regionalização é uma diretriz do SUS que visa orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, permitindo que um grupamento de municípios possa, através de negociação entre seus gestores, compartilhar dos seus serviços de saúde, integrando a organização, planejamento e a execução dos mesmos. Tais municípios são limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação, infraestrutura e de transportes compartilhados, neste estudo, tal propositura resulta em um estrangulamento da capacidade de absorção de demanda pelo município de Campo Grande resvalando no exercício da regulação e sua funcionalidade, remetendo à necessidade de interposição de ações via judicialização enquanto garantidora de direitos.

O estabelecimento da diferença entre necessidade e demanda é fundamental para o gestor no processo de organização do acesso a serviços de saúde. Campo Grande ostenta que nem toda demanda é necessidade, porém requer respostas. Nem toda necessidade é demandada pela população, porém requer o discernimento do gestor para o seu enfrentamento. As demandas do usuário são erradas muitas vezes pelos serviços/prestadores, e não pela necessidade. Esses conceitos precisam ser aprofundados, em virtude da adequada alocação de recursos com eficiência e eficácia, Uma região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde.

O modelo de assistência em funcionamento no município de Campo Grande notoriamente precisa galgar diversos degraus na busca de soluções que levem em consideração as características locais e regionais de uma metrópole com uma grande rede de

assistência implantada, mas em grande parte com inferência de desacordos o problemas gerenciais , materiais e humanos.Dessa forma, o usuário do sistema, ao buscar o acesso aos serviços de saúde, é interpelado por situações de emergência, e mesmo em situações menos prementes, os critérios para sua inclusão são determinados por proximidade ou disponibilidade do recurso demandado.

A decisão pela implantação das Centrais de Regulação, nos municípios polo macrorregionais, se configura como um avanço histórico nos serviços de saúde no Estado. O paciente deixa de peregrinar em busca de leitos, principalmente nas situações de urgência e emergência, passando a ser responsabilidade do estado.

A possibilidade da democratização das informações tem demonstrado eficácia para a revisão dos pactos assistenciais entre municípios e regiões, visando construção de propostas de correção das distorções, pleiteando a garantia da saúde como direito do cidadão e indicando a necessidade de corrigir as desigualdades e promover equidade.

Cabe ao município de Campo Grande no que tange a regulação melhorar o acesso a procedimentos de alta complexidade ambulatoriais e hospitalares nas especialidades de cardiologia, neurologia, ortopedia e oncologia, ter funcionalidade nos processos de avaliação e organização do fluxo interestadual de pacientes, de forma a poder definir e alocar novos recursos para esses procedimentos.

Contudo a regulação tem a capacidade de intervir nos processos de serviços, alterando e orientando sua execução no SUS assim sendo baliza o suporte à efetivação dessa política de saúde no Brasil, no montante às ações em saúde, a regulação , quer seja por meio da gestão ou mesmo da judicialização trouxe uma proximidade efetiva a produção da equidade e do cuidado integral ao ser humano.

REFERÊNCIAS

- Agranoff R. Inside collaborative Networks: Ten Lessons for Public Managers. *Public Administration Review*, p. 56-65, 2006.
- Agranoff R, Mcguire M. Managing in network settings. *Policy Studies Review* , v. 16. n. 1, p. 18-42, 1999.
- Alexandrino M, Paulo V. Princípio da eficiência. 2. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2002, p. 111.
- Alexy R. Teoria de los derechos fundamentales. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993, passim.
- Almeida C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998.
- Almeida JB. A proteção jurídica do consumidor. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- Almeida T. Mediação e conciliação: dois paradigmas distintos, duas práticas diversas. Disponível em: <http://www.mediare.com.br/08artigos_13mediacaodeconflitos.html>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- Alves, AV. Atribuições da União na prestação do direito à saúde. Brasília, 31 mar. 2009. 22p. Parecer nº _/2009. AGU/CONJUR-MS/AVA. Disponível em: <<http://189.28.128.59/portalsaude/texto/3267/659/sobre-aco-es-judiciais.html>>. Acesso em: 10 jan. 2012.
- Alves DC, Bahia L, Barroso AF. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p.279-290, 2009.
- Amantino-de-Andrade J. Redes de Atores: uma nova forma de gestão das políticas públicas no Brasil? *In: Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, 29, 2005. Salvador. Anais... [S.I.]: 2005. CD-ROM.
- Amaral G. Direito, Escassez & escolha. Critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.
- Amaral G, Melo D. Há direitos acima dos orçamentos? *In: Sarlet IW, Timm LB (Orgs.). Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.
- Amaral R. “A Democracia Representativa está Morta: viva a democracia participativa!” *In: Grau ER, Guerra Filho WS (orgs.) Direito Constitucional – estudos em homenagem a Paulo Bonavides*. São Paulo: Malheiros, 2004.
- Amato Neto J (org.). *Redes entre organizações: domínio do conhecimento e da eficácia operacional*. São Paulo: Atlas, 2005.
- Amorim MCS, Perillo EBF (orgs.). *Para entender a saúde no Brasil*. São Paulo: LCTE, 2006.

Ana C, Santos JS. Direito à vida e à saúde. São Paulo: Atlas, 2010.

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.* n. 36, p. 1-10, 1955.

Andrade ELG *et al.* Análise de situação da economia da saúde no Brasil: perspectivas para a estruturação de um centro nacional de informações. Belo Horizonte: Coopmed, [200-], p. 10.

Andrade, LOM *et al.* Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *In: Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 783-830.

Andrade, SM, Cordoni Junior L, Soares DA. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL: ABRASCO, 2001. p. 40.

Andréa JLB. Prefácio. *In: Brasil. Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar.* Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002.

Andreazzi MFS. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. *In: Monton J, Werneck A. (orgs.). Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p. 121-146.

Angell MA. Verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. São Paulo: Record, 2007, traduzido por Waldéa Barcellos.

Araújo GTB, Fonseca MCM. Extrapolação para o Brasil dos resultados de avaliação econômica da saúde feitos no exterior. *In: Nita ME et al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão.* Porto Alegre: Artmed, 2010.

Archer N, Wang S. Knowledge management in the network organization. *Int. Conf. Information Technology Interfaces IT1*, June 24-27, Cavtat, Croatia, 2002. Disponível no IEEEExplore. Acesso em: 29 nov. 2009.

Arouca S. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, p. 38-39. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 20 jul. 2010.

Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 331-345, 2003.

Assinado o termo de criação do Grupo Técnico de Apoio nas questões da Saúde. Sítio do TJPI. Notícia de 28/02/2011. Disponível: <<http://www.tjpi.jus.br/site/modules/noticias/Noticia.mtw?id=1969>>. Acesso em: 20 mar.2011.

Assis MMA, Assis AA, Cerqueira, EM. Atenção primária e o direito à saúde: algumas reflexões. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 32, n. 2, p. 297, maio/ago., 2008.

Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284 p. (Clássicos para integralidade em saúde).

Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n.2, p.329-339, 2001.

Bahia L, Viana AL. Introdução. *In: Brasil. Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002.

Balbinotto Neto G. Utilização de diretrizes nacionais e internacionais para execução da avaliação de tecnologias em saúde. *In: Nita ME et. al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Balestrin A. A dinâmica da complementaridade de conhecimentos no contexto das redes interorganizacionais. Tese (Doutorado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

Balestrin A, Vargas ML. Evidências teóricas para a compreensão das redes interorganizacionais. *In: Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, 26, 2002. Recife. Anais... [S.I.]: 2002. CD-ROM.

Balestrin A, Verschoore J. Redes de cooperação empresarial: estratégias de gestão na nova economia. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Balestro MV. Confiança em rede: a experiência da rede de estofadores do Pólo Moveleiro de Bento Gonçalves. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

Barata LRB, Mendes JDVM. Uma proposta de política de assistência farmacêutica para o SUS. *In: Bliacherine AC, Santos JS (Orgs.). Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial*. São Paulo: Atlas, 2010.

Barata LRB, Mendes JDVM. Uma proposta de política de assistência farmacêutica para o SUS. *In: Bliacherine AC, Santos JS (Orgs.). Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial*. São Paulo: Atlas, 2010.

Barbieri AR, Hortale VA. Relações entre regulação e controle na reforma administrativa e suas implicações no sistema de saúde brasileiro. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.36, n.2, p. 181-194, 2002.

Barbosa SCT, Medeiro SJJ. Controle na implementação de programas públicos executados por redes interorganizacionais. *In: Encontro Nacional dos Programas de Pós- Graduação em Administração*, 26, 2002. Recife. Anais... [S.I.]: 2002. CD-ROM.

Barcellos AP. A eficácia jurídica dos princípios constitucionais. 2 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

Barcellos AP. Neoconstitucionalismo, direitos fundamentais e controle das políticas públicas. *Revista de direito administrativo* n. 240, 2005.

Barcelos PC. Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo: um estudo exploratório [dissertação]. Rio de Janeiro RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

Barros Junior EA. Código de ética médica 2010. Comentado e Interpretado. Resolução CFM 1.931/2009. São Paulo: Atlas, 2011.

Barros MAF. Controle jurisdicional de políticas públicas. Parâmetros objetivos e tutela coletiva. Porto Alegre: Sergio Fabris, 2008.

Barroso AF. Aspectos relacionados à efetivação do direito à saúde no Brasil através do poder judiciário. Disponível em: <www.leps/ufrrj/download/Andre>. Acesso em: 28 ago. 2010.

Barroso C. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, p.166. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 20 jul. 2010.

Barroso J. O estado, a educação e a regulação das políticas públicas. Educação e Sociedade, Campinas, v.26, n.92, p. 725751, 2005.

Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <<http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/medicamentos.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2009.

Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à proteção da saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial. Revista Interesse Público, Belo Horizonte, n. 46, p. 34, nov./dez. 2007.

Barroso LR. O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas. 8 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

Baumann Z. A ética é impossível num mundo de consumidores? Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

Baxi U. "The avatars of Indian judicial activism," *In*: Verma SKK (eds), Fifty years of the Supreme Court of India: Its grasp and reach . New Delhi: Oxford University Press, 2000.

Beck U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34, 2010.

Bercovici G. "Ainda faz sentido a constituição dirigente?" *In*: Streck LL, Chueiri VK. 20 anos de Constitucionalismo democrático: e agora? Porto Alegre-Belo Horizonte: Instituto de Hermenêutica Jurídica, 2008.

Bergel SD. Responsabilidad social y salud. Revista Brasileira de Bioética, Brasília, v. 2, n. 4, p. 443-467, 2006.

Berlinguer G. Bioética cotidiana. Tradução de Lavínia Bozzo Aguilar Porciúncula. Brasília: UNB, 2004. Tradução de: Bioetica cotidiana.

Bliacheriene AC, Santos JS. Direito à vida e à saúde. São Paulo: Atlas, 2010.

Bobbio N. A era dos direitos. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

Bobbio N. A era dos direitos. 2ª Tiragem. São Paulo: Elsevier, 2004.

Bonavides P. Curso de Direito Constitucional. 25 ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

Bonfim JRA. Demandas judiciais por fármacos no Sistema Único de Saúde: direitos dos pacientes e provas científicas para se realizar o acesso. In: Keinert TMM, De Paula SHB, Bonfim JRA (Org.). As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. (Série Temas em Saúde Coletiva, 10).

Börzel T. Organizing babylon – on the different conceptions of policy networks. Public Administration, v. 76, p. 253-273, 1998.

Bosi Ferraz M. Economia da saúde e sua inserção no sistema da saúde. In: Bliacherine AC, Santos JS (Orgs.). Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010.

Bourguignon JA. Concepção de rede intersetorial. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em: jan. 2009.

Brandão CAL. “Corrupção e cidade”. In: Avritzer L *et al.* Corrupção: ensaios e críticas. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

Brasil. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 824, de 24 de junho de 1999. Aprova o texto de Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar.

Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31. 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, 30 de março de 2010. DJ-e, Brasília, DF, 07 abr. 2010, n. 61. p. 4-6. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>>. Acesso em: 11 nov. 2010.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7).

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 15 fev. 2011.

Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. Diário Oficial

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Saraiva, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação de tecnologias em saúde . rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pub_destaque.php>. Acesso em: 17 jun. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1127, de 31 de agosto de 1999. Determina à Secretaria de Assistência à Saúde que proceda à verificação “in loco” das condições de funcionamento dos Hospitais habilitados ao recebimento do FIDEPS.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1478, de 28 de dezembro de 1999. Determina às Secretarias Estaduais de Saúde, do Distrito federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, a criação de Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica em seus respectivos âmbitos de atuação.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2923, de 09 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2925, de 09 de junho de 1998. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3016 de 19 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3477 de 20 de agosto de 1998. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar de Atendimento de Urgências e Emergências e estabelece critérios para classificação e Inclusão dos hospitais no referido sistema.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 571, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente II do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, em seu Anexo I, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS- SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. DOU - 148 p. 48 SEÇ - 1 de 4.8.08. Disponível em URL: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: set. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 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: MS, 2006. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: jun. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.559, de 17 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 agosto 2008. Seção 1, p.48-49.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Consulta Pública nº 01, e 08 de dezembro de 2000. Consulta pública sobre parâmetros assistenciais do SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 356, de 22 de Setembro de 2000. Estabelece, em seu Anexo I, os recursos financeiros destinados à Implementação do Componente II do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento e, em seu Anexo II, estabelece o conceito geral, os princípios básicos, diretrizes e competências das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal a serem implantadas, nos seus respectivos âmbitos de atuação estadual, regional e municipal.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 376, de 03 de outubro de 2000. Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde – FCES e o seu Manual de Preenchimento, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília, DF; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de qualificação da ANS. Rio de Janeiro, 2010e. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index>>.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Anuário Estatístico da Saúde Suplementar de 2009. Rio de Janeiro, 2010d - Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/publicacoes-ans>>. Acesso em: 18 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Análise Consolidada da Evolução das Demandas nos Núcleos de Atendimento e Fiscalização. Diretoria de Fiscalização – DIFIS. Rio de Janeiro, 2010f.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2002. Seção 1, p.52.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle, regulação e avaliação**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Modelo de regimento para regulamentar o funcionamento das centrais de regulação**. Brasília, DF, 2002. Mimeografado. Circulação interna.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 6).

_____. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *Administração em Diálogo*, São Paulo, n. 7, p.77-89, 2005.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes metodológicas para elaboração de pareceres técnico-científicos para o Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes Metodológicas : estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME*. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de medicamentos 2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2011.

_____. 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: Ministério da Saúde. 2005. (Série Legislação n. 3).

_____. Casa Civil - Câmara de Infra Estrutura – Câmara de Política Econômica. Análise e avaliação do papel das agências reguladoras no atual arranjo institucional brasileiro. Relatório do grupo de trabalho interministerial. Brasília, setembro de 2003a.

_____. Ciência e Tecnologia em Saúde . Brasília: CONASS, 2007a. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 4).

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 . Brasília, DF: Senado Federal, 5 de outubro de 1988.

_____. Entendendo o SUS . Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136>. Acesso em: 28 dez. 2009.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 . Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção Extra, 2000.

_____. Lei 8.078. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

_____. Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União , Brasília, DF, 22 de dez. 2011.

_____. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. Revista Saúde Pública, v. 40, n. 4, p. 743-747, 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_at_institucionalizacao_acoes_ms.pdf f>. Acesso em: 10 jan. 2011.

_____. Estado do Rio Grande do Sul – Defensoria Pública/RS – Relatório de Atividades. 2009a. Disponível em: <http://www.dpe.rs.gov.br/site/institucional_relatorio_anual.php>. Acesso em: 18 de out. 2010.

_____. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde : manual básico. 3 ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde – CPGT. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de dez. 2005.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.578, de 30 de outubro de 2008. Dispõe sobre a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde e vincula sua gestão à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de out. 2008.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.690, de 05 de novembro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 de nov. 2009.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos, cuja íntegra consta no anexo desta portaria. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de nov. 1998.

_____. Gestão municipal da saúde: textos básicos. Brasília; 2001. p. 286-304.

_____. Legislação Estruturante do SUS. Brasília: CONASS, 2007b. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 12).

_____. Lei 10.913. Institui o Sistema Estadual de Defesa do Consumidor do RS. Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 1997.

_____. Lei nº 9.656, de 2 de junho de 1998. Regulamenta a Saúde Suplementar no Brasil ed. outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1998.

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de abr. 2011.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

_____. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 de mai. 1996.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 de jan. 1999.

_____. Lei nº 9.784 de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 de fev. 1999.

_____. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 de fev. 1999.

_____. Liberalismo e democracia. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 6 ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: ANS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da Saúde Suplementar: texto base. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf> Acesso em: 19 mar. 2011

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 240p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. ° 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002. Seção 1, p. 36.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. ° 571, de 1. ° de junho de 2000. Institui o componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1. p. 8.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. ° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. ° 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1. p. 32.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. ° 2.309, de 19 de dezembro de 2001. Institui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 2001. Seção 1. p. 355.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n. ° 39, de 6 de fevereiro de 2006. Institui a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – (CNRAC). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 fev. 2006. Seção 1. p. 42.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n. ° 505, de 08 de agosto de 2002. Implementa a atuação da Central de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) em

nível ambulatorial, exclusivamente para os procedimentos do grupo 26 – Hemodinâmica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 ago. 2002. Seção 1. p. 67.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n. ° 589, de 27 de dezembro de 2001. Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de. 2001. Seção 1. p. 184. _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 93. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 96. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 2. ed. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. ° 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n. ° 423, de 9 de Julho de 2002. Detalha as atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2002. Seção 1. p. 74.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n. ° 356, de 22 de setembro de 2000. Estabelece na forma do anexo I a essa portaria, os recursos financeiros, por Estado e Distrito Federal, destinados a implementação do componente II do Programa de humanização no pré-natal e nascimento-organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2000. Seção 1. p. 18.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Regulação no setor saúde: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília, 2004. Mimeografado.

_____. Política nacional de regulação, controle e avaliação. Versão Preliminar; 2005. [s.d.] Disponível em URL: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: jun. 2007.

_____. Portaria MS/GM n.º. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.. 2. ed. Rev. Atual. Brasília. MS; 2002. Série A: Normas e Manuais Técnicos.

_____. Presidência da República. Lei n. ° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 18055.

_____. Presidência da República. Lei n. ° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. p. 25694.

_____. Profissional e Gestor. Pesquisa em Saúde. Incorporação de tecnologia em saúde : perguntas mais frequentes. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Perguntas_e_respostas_jan2011.pdf>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamentos de Ciência e Tecnologia. Construindo pontes entre a academia e a gestão da saúde pública . Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caminhos do direito à saúde no Brasil . Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde : ferramentas para a gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Bresser-Pereira LC. Da administração pública burocrática à gerencial. Revista do Serviço Público, v. 120, n. 1, 1996.

Bucci, MPD. Direito administrativo e políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2002.

Caldeira, TR. Acesso ao medicamento: direito à saúde no marco da regulação do mercado farmacêutico. Dissertação de mestrado – Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília. 2010. 179 f. Disponível em: http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/8378/1/2010_TelmaRodriguesCaldeira.pdf>. Acesso em: 24 out. 2011, p. 125.

Caleman G, Sanches MC, Moreira ML. Auditoria, controle e programação de serviços de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série saúde e cidadania).

Cambi E. Neoconstitucionalismo e Neoprocessualismo. Direitos fundamentais, políticas públicas e protagonismo judicial. São Paulo: Revista dos Tribunais.

Campello MCS. Estado e partidos políticos no Brasil: 1930 a 1964. 2. Ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1983.

Campos AM, Santiago Junior D. Em busca de um sistema de controle e avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: Brasil. Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2003.

Campos GW. Saúde paidéia. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 117.

Cândido GA, Abreu AF. Os conceitos de redes e as relações interorganizacionais: um estudo exploratório. *In: Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, 24, 2000. Florianópolis. Anais... [S.I.]: 2000. CD-ROM.

Cane P. 'Understanding Judicial Review and Its Impact'. *In: Hertogh M, Halliday S (orgs.). Judicial Review and Bureaucratic Impact: International and Interdisciplinary Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. (p. 15-43).

Canguilhem G. *La formation du concept de réflexe aux XVII et XVIII siècles*. Paris: Presses Universitaires de France, 1968.

Canguilhem G. O problema da normalidade na história do pensamento biológico. *In: _____. Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70, 1977.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à justiça**. Tradução e Revisão de Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Fabris, 1988. Tradução de: *Access to Justice: The Worldwide Movement to Make Rights Effective*. p.07-73.

Carlini AL. Aprendizagem baseada em problemas aplicada ao ensino de direito: projeto exploratório na área de relações de consumo. São Paulo: PUC, 2006, Tese, Programa de Pós-Graduação em Educação: Currículo. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaPeriodicoForm.do>>. Acesso em: 12 out. 2014.

Carvalho Netto M. Requisitos pragmáticos da interpretação jurídica sob o paradigma do Estado Democrático de Direito. *In: Revista de Direito Comparado*. Belo Horizonte: Curso de Pós-Graduação em Direito da UFMG e Mandamentos. v. 3. mai./1999.

Carvalho EB, Cecílio LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n. 9, p. 2167-2177, 2007.

Carvalho G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. (mimeo). São Paulo: São Paulo; 2005.

Carvalho MFH, Rodrigues EO, Contador JC. Metodologia para projeto de parceria entre empresas em rede. *In: Boaventura JMG (org.) Rede de negócios: tópicos em estratégia*. São Paulo: Saint Paul Editora, 2006.

Carvalho PL. Patentes farmacêuticas e acesso a medicamentos. São Paulo: Atlas, 2007.

Casarotto Filho N, Pires LH. Redes de pequenas e médias empresas e desenvolvimento local. São Paulo: Atlas, 2001.

Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 1999a.

Castro JD. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, Porto Alegre, v.4, n.7, p. 122-135, 2002.

Cattoni De Oliveira MA. Devido processo legislativo. Belo Horizonte: Mandamentos, 2000.

Cavalcanti H. Demandas de saúde passam de 112 mil em todo o país. Agência CNJ de Notícias. Notícia de 8.11.2010. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/noticias/10118-demandas-de-saude-passam-de-112-mil-emtodo-o-pais>>. Acesso em 10 mar.2011.

Cavalcante CS, Oliveira LC. Regulação assistencial: estratégia de publicação do acesso a leitos de Terapia Intensiva em Fortaleza, Ceará. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.35, n.89, p.321-330, 2011.

Cechin J. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros, 2008.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.

Cecílio LCO. Relatório parcial do projeto de pesquisa “Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil”. ANS/DIPRO/GGTAP: P 12. Produto 3 - 2003.

Chalmers A. “Teorias como estruturas: os paradigmas de Kuhn”. In: O que é ciência, afinal? Tradução: Raul Fiker, 1ª ed., 3ª reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 1993. (p. 123-136)

Chayes A. The Role of the Judge in Public Law Litigation. Harvard Law Review, v. 89, 1976 p. 1281-1316.

Chioro, A. A.; Scaff, a. A implantação do sistema único de saúde: TELEDUC: www.ead.unicamp.br: curso de gestão de serviços e sistemas de urgência: Pólo de Educação Permanente do Leste Paulista. Campinas: [s.n], 2004.

Chinitz D. Good and Bad health sector regulation: an overview of the public policy dilemmas. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E. European observatory on health care systems: regulating entrepreneurial behavior in european health care systems. Philadelphia: Open University Press ; 2002.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5 ed. São Paulo: Cortez, , 2001.

Clark OAC. “Medicina Baseada em Evidências para Auditores”. In Gonçalves VF (org.) Fronteiras da auditoria em saúde. São Paulo: Farol do Forte, 2009.

Coelho HBCM. Políticas públicas e controle de juridicidade. Vinculação às Normas Constitucionais. Porto Alegre: Sergio Fabris, 2010.

Cohn A, Nunes E, Jacobi PR, Karsch US. A saúde como direito e como serviço. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. American Journal of Sociology, v.94, Supplement, p.95-120, 1988.

Collis J, Hussey R. Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. São Paulo: Bookman, 2005.

Colômbia. Corte Constitucional. Sentencia de Tutela n° 760/08. Autor: Luz Mary Osorio Palacio y Otros. Demandado: Colpatria Eps y Otros. Relator Manuel José Cepeda Espinosa, La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, julgado em 31/07/2008. Disponível em: <http://corte-constitucional.vlex.com.co/vid/43476921#ixzz1OyG54PWt>.

Comparato FK. A afirmação histórica dos direitos humanos. 6 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 356.

Conselho Federal De Medicina. Resolução CFM n° 1451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto socorros.

Conselho Nacional De Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. 29 p. Relatório. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 07 mar. 2009.

Conselho Nacional De Saúde. Resolução n° 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos princípios constantes no anexo desta portaria. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de mai. 2004.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7– Brasília : CONASS, 2007.

Constituição & Ativismo Judicial. Limites e Possibilidades da Norma Constitucional e da Decisão Judicial. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

Contandriopoulos AP. Pode-se construir modelos baseados na relação entre Contextos sociais e saúde? Cadernos de Saúde Pública, 14(1): 199-204, 1998. DRAIBE S. Rumos e metamorfoses: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas de industrialização no Brasil, 1930-1960. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

Cordeiro H. A Indústria da saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

Costa AC. A confiança nas organizações: um imperativo nas práticas de gestão. In: Rodrigues SB, Cunha MP (org.). Estudos organizacionais: novas perspectivas na administração de empresas (Uma Coletânea Luso-Brasileira). São Paulo: Iglu, 2000.

Courtis C. Judicial Enforcement of Social Rights: Perspectives from Latin America. In: Gargarella R, Domingo P, Roux T. (Eds.). Courts and Social Transformation in New Democracies: An Institutional Voice for the Poor?. Aldershot/Burlington: Ashgate, 2006.

Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n. 31 de 30 de março de 2010. Publicado no DJ-e n° 61/2010, em 07/04/2010, p. 4-6

Coutinho D, Vojvodic AM. (coordenadores) Jurisprudência Constitucional: como decide o STF? S.Paulo: Malheiros, 2009.

Coutinho JNM, Fragale Filho R, Lobão R. Constituição & ativismo judicial. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

Cunha JR. “Estado Social e Estado Policial: da desigualdade radical”. *In*: Cunha JR, Noronha R. Mediação de conflitos comunitários e facilitação de diálogos: relato de uma experiência na Maré. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

Cunha PCM. A regulação jurídica da saúde suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

Cury IT. Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade. Rio de Janeiro: Lumen Júris; 2005. p. 147.

Dainesi SM. Pontos controversos em estudos clínicos randomizados. *In*: Nita ME *et. al*. Avaliação de tecnologias em saúde : evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Dallari SG. Audiência pública – saúde. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 4 mai. 2009. Registro na ANVISA e Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do SUS. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/SUELI_DALLARI.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

Dallari SG, Nunes Júnior VS. Direito sanitário. São Paulo: Verbatim, 2010.

Del Nero C, Clark OVD. Medicina baseada em evidências como ferramenta para as decisões judiciais. *In*: Bliacherine AC, Santos JS. (Orgs.). Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010.

Delduque MC, Oliveira MSC. O papel do Ministério Público no Campo do Direito e Saúde. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Questões atuais de direito sanitário. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Legislação de Saúde).

Dias HP. [Título do artigo?] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124. Acesso em 20 jul. 2010.

Dias HP. Flagrantes do ordenamento jurídico-sanitário. Brasília: ANVISA, 2000.

Dias JC. “Problemas Contemporâneos de Teoria dos Direitos Fundamentais: esboço para uma investigação abrangente”. *In*: Klautau Filho P, Dias, JC. Direitos fundamentais, teoria do direito e sustentabilidade. Rio de Janeiro: Forense. São Paulo: Método, 2009.

Diniz MH. O estado atual do biodireito. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

Dixon R. Creating dialogue about socio-economic rights: strong v. Weakform judicial review revisited. Center For Human Rights And Global Justice Working Paper. Economic, Social And Cultural Rights Series n. 3, 2006.

Doria S. Princípios constitucionais. *Apud* Ramos ES. Ativismo judicial. Parâmetros dogmáticos. São Paulo: Saraiva, 2010.

Duarte, André Luis Pereira Relações interorganizacionais na área pública: condições necessárias para a criação de uma rede para a regulação do mercado de saúde suplementar do

estado do Rio Grande do Sul / André Luis Pereira Duarte. – Porto Alegre, 2011. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011.

Dworkin R. A justiça e o alto custo da saúde. *In*: Dworkin R. A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade. Tradução Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Elias PE. Uma visão do SUS. SUS – o que você precisa saber sobre o Sistema único de Saúde. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004, v.1.

Elster J. Local Justice. Cambridge, Cambridge University Press, 2000.

Faleiros VP. Prioridade versus escassez de recursos em saúde. *Bioética*, 5(1): 3540, 1997.

Ferraz O. The right to health in the courts of Brazil: Worsening health inequities?. *Health and*

Ferraz OLM, VIEIRA FS. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, Mar. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2011.

Ferraz MB. Dilemas e escolhas do sistema de saúde. *Economia da saúde ou saúde da economia?* Rio de Janeiro: MedBook, 2008.

Ferraz LM, Vieira FS. Direito à proteção da saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados Revista de ciências sociais*, vol.52, n.1, 2009, pp. 223-251.

Ferreira ABH. Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa dicionário. 7 ed. Curitiba: Positivo, 2008, p. 640.

Ferreira CSW. Os serviços de assistência às urgências no município de São Paulo: Implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar. São Paulo, 1999. [Tese – Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo], São Paulo, 1999.

Fialho S. 2005. Metodologia para Construção e Gestão de Redes de Cooperação Interorganizacionais. *In*: Teixeira F. (org.). *Gestão de redes de Cooperação Interempresariais: Em busca de novos espaços para o aprendizado e a inovação*. Salvador: Casa da Qualidade, 2005.

Figueira CMG. “Incorporação de Tecnologias em Saúde” . *In*: Gonçalves VF. *Fronteiras da Auditoria em Saúde – Volume I*. S.Paulo: Farol do Forte, 2009.

Figueiredo I. Políticas públicas e a realização dos direitos sociais. Porto Alegre: Sergio Fabris, 2006.

Figueiredo LV. Curso de direito da saúde suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP Editora, 2006.

Figueiredo MF. Direito fundamental à saúde. Parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livraria do Advogado,

Fiori JL. Análise política do tempo conjuntural. Dados, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 379-14; 1991.

Fleury S. Gestão da rede de políticas. In: Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 26, 2002. Recife. Anais... [S.I.]: 2002. CD-ROM.

Fleury SM, Ouverney MA. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

Fleury S, Migueletto D, Bloch, R. Desafios da gestão de uma rede de políticas: o caso do Comitê das Entidades Públicas no Combate à fome e pela vida (COEP). In: Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 26, 2002. Recife. Anais... [S.I.]: 2002. CD-ROM.

Follador W, Secoli SR. A farmacoeconomia na visão dos profissionais da saúde. In: Nita ME *et. al.* Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 251.

Fombrun CJ. Strategies for network research in organizations. Academy of Management Review, v. 7, n. 2, p. 280-291, 1982.

Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Francisco JC. Dignidade humana, custos estatais e acesso à saúde. In: Souza Neto CP, Sarmiento D (coord.). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

Franco TB, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy *et. al.* O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Unicamp/ Hucitec; 2003. p. 125-134.

Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Unesp. Porto Alegre: Editora do Sindicato dos Médicos. 2009.

Fuller L. The Forms and Limits of Adjudication. Harvard Law Review, v. 92, p. 353-409, 1979. GARAVITO, César R. Beyond the Courtroom: the impact of judicial Activism on Social and Economic Rights in Latin America. In: Seminário 2011 Texas Law Review Symposium Sobre Constitucionalismo Latinoamericano. Anais eletrônicos. University of Texas School of Law, Eidman Courtroom, 4 de Março de 2011. Disponível em: <http://www.texaslrev.com/events/symposium>. Acesso em 10.03.2011.

Furtado LR. Curso de direito administrativo. Belo Horizonte: Fórum, 2007.

Gargarella R. 2006. Theories of Democracy, the Judiciary and Social Rights. In: _____; DOMINGO, P.; ROUX, T. (Eds.). Courts and Social Transformation in New Democracies: An Institutional Voice for the Poor?. Aldershot/Burlington: Ashgate, p. 13-34.

Gariglio MT, Marques ZFA, Magalhães Junior HM. Projeto de estruturação da atenção secundária para o SUS–BH. Saúde Digital, Belo Horizonte, fev. 2003.

Giacomoni J. Orçamento público. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

Giovanella L *et. al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

Giovanella L, Ribeiro JM, Costa NR. Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. In: Brasil. Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002.

Gold AH, Malhotra A, Segars AH. Knowledge management: An organizational capabilities perspective. Journal of Management Information Systems , v.18, n.1, p.185-214, 2001.

Goldsmith S, Eggers WD. Governar em rede: o novo formato do setor público. Brasília: ENAP, 2006.

Gomes LF. Judicialização da saúde: até onde pode o juiz interferir no orçamento público. Universo Jurídico. Disponível em: <<http://www.uj.com.br>>. Acesso em: 02.maio 2011.

Goulart FAA. Distritalização e responsabilidade sanitária. Brasília; 1991.

Goulart FAA *et al.* Gestão Operacional em sistemas e Serviços de Saúde. In: GESTÃO em saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.

Gozzo D (org.). Informação e direitos fundamentais. A Eficácia horizontal das normas constitucionais. São Paulo: Saraiva, 2012.

Grandori A, Soda G. Inter-Firm networks: antecedents, mechanisms and forms. Organization Studies , v.16, n.2, p. 183-214, 1995.

Hage J, Hollingsworth R. A strategy for the analysis of idea innovation networks and institutions. Organization Studies, v. 21, p. 971-1004, 2000.

Heidrich AV. O conselho municipal de saúde e o processo de decisão sobre a política de saúde municipal. Dissertação de Mestrado em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

Henriques CMP. O SUS e a incorporação de novas tecnologias. Portal da Saúde. Artigos e Publicações. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=33161&janela=1>. Acesso em: 24 out. 2011.

Hertogh M, Halliday S. Judicial Review and Bureaucratic Impact: International and Interdisciplinary Perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

Hoffman F, Bentes F. Accountability for Economic and Social Rights in Brazil. In: Gauri V, Brinks D. (Org). *Courting Social Justice: Judicial Enforcement of Social and Economic Rights in the Developing World*. Nova Iorque: Cambridge University Press, 2008, p. 100-145

Hoffmann VE, Morales FXM, Fernandez MTM. Redes de empresas: uma proposta de tipologia para sua classificação. In: Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 28, 2004. Curitiba. Anais... [S.I.]: 2004. CD-ROM.

Hollingsworth R, Hage J, Hanneman R. *State Intervention in Medical Care. Consequences for Britain, France, Sweden and the United States 1890-1979*. Ithaca and London: Cornell University Press; 1990.

Holmes S, Sustain CR. *El Costo de Los Derechos. Por qué la libertad depende de los impuestos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.

Human Rights: An International Journal, North America, Vol. 11, n. 02, 2010.

Hunt P, Khosla R. Acesso a medicamentos como um direito humano. *Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 5, n. 8, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 dez. 2011.

Instituto Brasileiro de Defesa do consumidor-IDEC. IDEC em Ação. Disponível em: <http://www.idec.org.br/emacao.asp?id=2247#>. Acesso em: 05 mar. 2010.

Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde- IATS. O que é ATS? Disponível em: http://www.iats.com.br/atividades.php?id_cms_menu=9. Acesso em: 10 jan. 2012.

Inter-American Commission On Human Rights. Washington, D.C., 2007. 106 p. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/AccessoDESC07eng/Accessodescindice.eng.htm>. Acesso em: 26 jun. 2009.

International Commission Of Jurists. *Courts and the Legal Enforcement of Economic, Social and Cultural Rights: Comparative experiences of justiciability*. ICJ: Geneva, 2008.

Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 34, n.6, p. 35-45, 2000.

Keast R, Mandell MP, Brown K, Woolcock G. Network structures: working differently and changing expectations. *Public Administration Review*, v. 64, n. 3, p.363-371, 2004.

Keller AA. *A exigibilidade dos direitos fundamentais sociais no estado democrático de direito*. Porto Alegre: Sergio Fabris, 2007.

Klijn EH, Koppenjan JF, Termeer K. Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks. *Public Administration*, v. 7, n. 4, p. 437-454, 1995.

Koerner A, Inatomi CCBM. “Sobre o Judiciário e a Judicialização”. In: Mota M, Motta LE. *O estado democrático de direito em questão*. São Paulo: Elsevier, 2011.

Kwasnicka EL. Em direção a uma teoria sobre redes de negócios. In: Boaventura JMG (org.). Rede de negócios: tópicos em estratégia. São Paulo: Saint Paul Editora, 2006.

Labra ME. Complexidades e singularidades dos sistemas de saúde. RASSP - Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí, v. 2, n. 1, p. 4; 1999.

Lagemann L. Fatores que influenciam a performance de redes de pequenas e médias empresas. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

Langford M. Judicialização dos direitos econômicos, sociais e culturais no âmbito nacional: uma análise socio-jurídica. Sur, Rev. int. direitos humanos, São Paulo, v. 6, n. 11, Dec. 2009 .

Lazzarini M. A voz dos consumidores nas agências reguladoras. In: Proença JD, Costa PV, Montagner P. Desafios da regulação no Brasil. Brasília: ENAP, 2009.

Leal RG. Estado, administração pública e sociedade. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

Lima CRM, Lima CRM. A regulação e a fiscalização do consumo de saúde suplementar no Brasil. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/biblioteca/trabalhos_tecnicos_05.asp>. Acesso em: 15 jan. 2011.

Limberger T. O dogma da discricionariedade administrativa: a tensão instaurada entre os poderes judiciário e executivo devido as políticas de saúde no Brasil. Revista de Interesse Público, Belo Horizonte, ano 11, n. 57, set. 2009.

Limberger T, Saldanha JML. O direito a saúde e sua efetividade: o debate democrático perante o Supremo Tribunal Federal. Revista de Interesse Público. Belo Horizonte, ano 12, n. 64, nov. 2010.

Lins LC. A tutela inibitória coletiva das omissões administrativas: em enfoque processual sobre a justiciabilidade dos direitos fundamentais sociais. Revista Direito do Estado n. 12, Rio de Janeiro: Renovar/Instituto Idéias, out-dez 2008, p. 223-261

Lipnack J, Stamps J. Rede de Informações . São Paulo: Makron Books, 1994.

Lobato LVC, Fleury S. Seguridade social, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Loiola E, Moura S. Análise das redes: uma contribuição aos estudos organizacionais. In: FISCHER, Tânia (org.) Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

Lopes, JRL. Direitos sociais: teoria e prática. São Paulo: Método, 2006.

Lopes, JRL. Brazilian Courts and Social Rights: A Case Study Revisited. In: Gargarella R, Domingo P, Roux T. (Eds.). Courts and Social Transformation in New Democracies: An Institutional Voice for the Poor?. Aldershot/Burlington: Ashgate, 2006.

Lopes MC. Judicialização da saúde. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

Lopez Acuña D *et al.* Access to Financing of Health Care: Ways to Measure Inequities and Mechanisms to Reduce Them. *In: Pan American Health Organization. Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau.*

Lorenzetti RL. Teoria da decisão judicial. fundamentos de direito. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

Lotufo PA. Coffee, samba, football and... social inequalities: reflections on mortality in São Paulo, Brazil. *São Paulo Med. J.*, vol.119, n.3, 2001.

Lowi T. “American Business, Public Policy, Case Studies in Political Theory”, *World Politics*, v.16, p. 677-715, 1964.

Macara AP, Saintive MB. O mercado de saúde suplementar no Brasil. Secretaria de Acompanhamento Econômico/MF - SEAE/MF - Documento de Trabalho nº 31. 2004.

Machado FR, Pinheiro R, Guizardi FL. *In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). Construção social da demanda. Direito à saúde – Trabalho em equipe – participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO; 2005. p. 60-61.

Machado JS. “Protagonismo Judicial no Trato dos Direitos Fundamentais: Reflexões sobre o Des(Arranjo) Brasileiro” . *In: Anais do XVIII Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa em Direito (CONPEDI), Fortaleza, junho de 2010.*

Magalhães Junior HM. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002. (Pensar BH – política social).

Magalhães Junior HM. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. *Pensar BH Política Social.* Belo Horizonte – n. 2, fev./abr. 2002.

Magalhães Junior HM, Santos FP. Aproximações conceituais da regulação da atenção à saúde. *In: BRASIL. A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas.* Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007.

Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Mandell MP. Community collaboration: working through network structures. *Policy Studies Review.* v. 16, n. 1, p. 42-64, 1999.

Mânica FB. O setor privado nos serviços públicos de saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

Marcon C, Moinet N. Estratégia-Rede: ensaio de estratégia. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

Marques SB. Judicialização do Direito à Saúde. São Paulo: Revista de Direito Sanitário, v.9, n.2, p.65-72, julho/outubro 2008.

Marques ZFA, Gariglio MT. A Regulação como estratégia para a gestão do Sistema de Saúde. Belo Horizonte, maio de 2002. Trabalho apresentado para a disciplina Gestão de Sistemas e Avaliação de Serviços de Saúde do Mestrado em Saúde Pública da UFMG. Mimeografado

Martins A. Biopolítica: “O poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde”. In: Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v.8, n.14, p. 21-32, setembro 2003- fevereiro 2004.

Mascarenhas RTA. Discurso proferido na audiência pública da saúde. Supremo Tribunal Federal [online]. 7 maio de 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>. Acesso em 10.12.2010.

Mattar FN. Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento. São Paulo: Atlas, 1999.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Matos RA (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2001. p. 39-64.

Maus I. O direito e a política: teoria da democracia. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

McGuire M. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. Public Administration Review, v. 62, n. 5, p. 599-609, 2002.

Medeiros M. Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. Brasília: Ipea, 1999. (Texto para discussão n. 687)

Medici A. “Direito à saúde e o financiamento do SUS”. In: Santos L (org.). Direito da Saúde no Brasil. Campinas: Saberes Editora, 2010.

Médicos Sem Fronteiras. O acordo TRIPS. Disponível em: <http://www.msf.org.br/conteudo/126/o-acordo-trips/>. Acesso em: 07 jan. 2012.

Mendes ACR, Vieira FS. Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_gasto_medicamentos.pdf. Acesso em: 01 nov. 2011.

Mendes EV. A regulação estatal do SUS. In: Seminário Sobre Regulação do CONASS. Brasília; agosto de 2005.

Mendes GF, Branco PGG. Curso de direito constitucional. 6 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2011.

Mendes GF, Coelho IM, Branco PGG. Curso de direito constitucional. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, pp. 257-259.

Mendes GF. Discurso de abertura da audiência pública n. 04, convocada em 05 de março de 2009. Disponível em:
http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSade/anexo/Abertura_da_Audiecia_Publica__MGM.pdf. Acesso em 12 de outubro de 2011.

Menicucci TMG (Coord.) Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais. Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais. Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Minas Gerais, 2005.

Menicucci TMG. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte; Outubro 2005.

Mezzaroba O, Monteiro CS. Manual de metodologia da pesquisa no direito. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

Miles RE, Snow CC. Organizations: news concepts for new forms. California Management Review, v. 28, n. 3, p. 62-73, 1986.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

Ministério da Previdência e Assistência Social. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 6 de 18 de março de 1980. Homologa a relação nacional de medicamentos essenciais - RENAME, atualizada pela Central de Medicamentos - CEME, constante da presente portaria. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mar. 1980.

Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Consolidação da área de avaliação de tecnologias em saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 2, abr. 2010. Disponível Em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2011.

Monreal EN. O direito como obstáculo à transformação social. Porto Alegre: Sergio Fabris, 1988.

Moraes A. Direito Constitucional. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2000, p. 39.

Moraes A. Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência. São Paulo: Atlas, 2002.

Morgan G. Imagens da organização. São Paulo: Atlas, 1996.

Mota M (orgs). O Estado Democrático de direito em questão. São Paulo: Campus Jurídico, 2011.

Motta ALC, Leão E, Zagatto JR. Auditoria Médica no Sistema Privado. Abordagem Prática para Organizações de Saúde. S.Paulo: Iátria, 2009.

Moura S. A construção de redes públicas na gestão local: algumas tendências recentes. *Revista de Administração Contemporânea*, v.2, n.1, p. 67-85, 1998.

Nakano DN. Fluxos de conhecimento em redes interorganizacionais: conceitos e fatores de influência. In: AMATO NETO, J. (org.). *Redes entre organizações: domínio do conhecimento e da eficácia operacional*. São Paulo: Atlas, 2005.

Nalini JR. *A rebelião da Toga*. Campinas: Millennium, 2006.

Nascimento AAM *et al.* Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enferm*, v. 14, n. 2, p. 346-352, abr./jun. 2009. Paim, J. S. Políticas de descentralização e atenção à saúde. In: Rouquayrol, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, Rio de Janeiro: Medsi; 1999. Penchansky R.; Thomas, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, n. 19, p. 127-140, 1981.

Nascimento RJBS. “Concretizando a Utopia: problemas na efetivação do direito a uma vida saudável”. In: Souza Neto CP, Sarmento D (coords.). *Direitos Sociais – fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

Nava P. *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Cotia: Ateliê Editorial, 2003.

Novelino M. *Direito constitucional*. São Paulo: Método, 2009.

Nunes Junior V. *A cidadania social na Constituição de 1988*. São Paulo: Verbatim, 2009.

O’Toole LJ. Treating networks seriously: practical and research-based agendas in public administration. *Public Administrative Review*, v. 57, n. 1, p. 45-53, 1997.

Oliveira MHB. Discurso proferido na Audiência Pública da Saúde. Supremo Tribunal Federal [online]. 7 maio de 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>. Acesso em 10.12.2010.

Oliver C. Determinants of interorganizational relationships: integration and future directions. *Academy of Management Review*, v. 15, n.2, p. 241-265, 1990.

Oliveira L, Ebers M. Networking network studies: an analysis of conceptual configurations in the study of inter-organizational relationships. *Organization Studies*, v.19, n.4, p. 549-583, 1998.

Ordacgy AS. Discurso proferido na Audiência Pública da Saúde. Supremo Tribunal Federal [online]. 7 maio de 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>. Acesso em 10.12.2010.

Organização Mundial da Saúde. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra, 2005, p. 8. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-20tradução%20APF.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde. O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas : contexto, desafios e perspectivas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Ministério das Relações Exteriores, 2009.

Ouverney AL. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. *Administração em Diálogo*, n. 7, p. 91-106, 2005.

Ouverney AL, Fleury SM. Avaliação da estratégia de regionalização do sistema a partir dos estudos internacionais sobre gestão de políticas públicas em rede *In: Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, 30, 2006. Salvador. Anais... [S.I.]: 2006. CD-ROM.

Paim JS. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, p.46-47. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124. Acesso em 20 de julho de 2010.

Paim J, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

Parceria entre defensoria pública e secretarias de saúde beneficiará usuários do SUS. Sítio da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.defensoria.mg.gov.br/index.php/noticias/44-dpmg/1114-parceria-entredefensoria-publica-e-secretarias-de-saude-beneficiara-usuarios-do-sus.html>. Acesso em 10 abr.2011.

Paula APP, Silva RS. Redes sociais e organizacionais. In: Boaventura JMG (org.). Rede de negócios: tópicos em estratégia. São Paulo: Saint Paul Editora, 2006.

Peci A. Pensar e agir em rede: implicações na gestão das políticas públicas. *In: Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, 24, 2000. Florianópolis. Anais... [S.I.]: 2000. CD-ROM.

Peci A, Lustosa CFJ. Redes para implementação de políticas públicas: Obstáculos e condições de funcionamento. In: Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 26, 2002. Recife. Anais... [S.I.]: 2002. CD-ROM.

Pepe VLE *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n.5, 2010 pp. 2405-2414.

Pepe VLE, Ventura M (Org.). Manual indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

Pereira JRG. Interpretação Constitucional e direitos fundamentais. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 75.

Pereira-Neto AF. “A Profissão Médica em Questão (1922): dimensão histórica e sociológica” . In: *Cadernos de Saúde Pública* v. 11, n. 4 Rio de Janeiro out/dez de 1995.

Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 6 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

Pessoa HR. Parecer Canaquinumabe. Brasília, 28 out. 2011. 14p. PARECER Nº1.300/2011-AGU/CONJUR-MS/HRP. Disponível em: <<http://189.28.128.59/portalsaude/texto/3267/659/sobre-acoes-judiciais.html>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

Pietrobon L, Prad, ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n.4, p. 767-783, 2008.

Pimenta TS. “Terapeutas Populares e Instituições Médicas na Primeira Metade do Século XIX”. In: CHAULHOB, S. et al. *Artes e Ofícios de Curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003.

Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJABRASCO; 2008. p. 25.

Piovesan F. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 6 ed. São Paulo: Max Limonad, 2004.

Piovesan F. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos: desafios e perspectivas. In: *Revista da Defensoria Pública*, Ano 1, n. 1. São Paulo: Escola Escola de Defensoria Pública do Estado de São Paulo, jul./dez. 2008.

Podolny JM, Page KL. Network forms of organization. *Annual Review of Sociology*, v.24, p. 57-76, 1998.

Polanczyk CA, Vanni TK, Ricardo S. Avaliação de Tecnologias em Saúde no Brasil e no Contexto Internacional. In: NITA, Marcelo Eidi et. al. *Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Ponte CF, Falleiros I(Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz: COC: EPSJV, 2010.

Porter B. In defense of soft remedies (sometimes): enforcing principles remedies to systemic social rights claims in Canada. In: *Symposium On Enforcement Of Economic, Social And Cultural Rights Judgments: Towards A Theory And Practice*. Anais eletrônicos. Bogotá, Colombia, 6-7 de maio de 2010. Disponível em: http://www.esrnet.org/actions_more/actions_more_show.htm?doc_id=115663&parent_id=115663 7. Acesso em 10.03. 2011.

Porter ME, TEISBERG EO. *Repensando a Saúde : estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.

Prado LRA. *O juiz e a emoção*. Campinas: Millennium, 2003.

Queiroz MS. “O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica”. *Revista de Saúde Pública*, v. 20, n.04, São Paulo, agosto de 1986.

Ramos ES. *Ativismo judicial. Parâmetros dogmáticos*. São Paulo: Saraiva, 2010.

Rechel B, Blackburn CM, Spencer NJ. Regulatory barriers to equity in a health system in transition: a qualitative study in Bulgaria. *Biomedical Central Health Service Research*, London, v.11, n. 219, p. 1-10, 2011.

Reflexões Jurídico-Filosóficas sobre a Morte. Pronto para Partir? São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

Reis JR, Leal RG. Direitos sociais & políticas públicas. Desafios Contemporâneos. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2009, tomo 9.

Rezenda W. Estação clínicas. Os bastidores do maior hospital da América Latina. São Paulo: Edição do Autor, 2007.

Rezende JM. “O ato médico através da História”. *In: À Sombra do Plátano*. São Paulo: UNIFESP, 2009.

Ribeiro E, Crozara MA. Farmacoeconomia aplicada ao Hospital. *In: Nita ME et. al. Avaliação de tecnologias em saúde : evidência clínica, análise econômica e análise de decisão*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Ribeiro JM, Costa NR, Silva PLB. Política de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 4(6): 61-84, 2000.

Rio Grande Do Sul. Lei 9.908 de 16.6.1993. Dispõe sobre o fornecimento de medicamentos excepcionais para pessoas carentes e dá outras providências. Disponível em : http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=14687&hTexto=&Hid_IDNorma=14687. Acesso em 11 de março de 2011.

RODRIGUES, Horácio Wanderlei. Acesso à justiça no Estado Contemporâneo: concepção e principais entraves. *In: SALES, Lília Maia de Moraes; LIMA, Martonio Mont'Alveme Barreto (Org). Constituição, Democracia, Poder Judiciário e Desenvolvimento – Estudos em homenagem a José de Albuquerque Rocha*. Florianópolis: Conceito, 2008. p. 237-276.

Roesch SMA. Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

Romero LC. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do distrito federal. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008

Rosen G. Uma história da Saúde Pública. Tradução de Marcos Fernando da Silva Moreira com a colaboração de José Rubem de Alcântara Bonfim. São Paulo: HUCITEC: UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

Rosenberg GN. *The Hollow Hope: Can Courts Bring About Social Change?* Chicago: University of Chicago Press, 1991.

Rowley TJ. Moving beyond dyadic ties: A network theory of stakeholder influences. *The Academy of Management Review*, v. 22, n.4, p.887-910, 1997.

Sabel CF, Simon WH. Destabilization Rights: How Public Law Litigation Succeeds. Harvard Law Review N. 1016, 2003-2004

Salazar AL, Grou KB. A defesa da saúde em juízo. São Paulo: Verbatim, 2009.

Salgado LH. Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003. 52p.

Sallum Junior B. Transição política e crise do Estado. In: Sola L, Paulani L. (Org.). Lições da década de 80. São Paulo: EDUSP; Genebra: UNRISD, 1995. p. 137-172.

Santin JR, Sobrinho Pilau LL (organizadores) Constituição e Política. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2009.

Santos, BS. Poderá o direito ser emancipatório? Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007.

Santos CC, Guimarães LG, Gonçalves SA. Estratégias para reorganização e otimização das atividades destinadas ao fornecimento de medicamentos demanda- dos judicialmente contra a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [monografia de especialização]. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2006.

Santos FP. A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. jan./jun; 2006. p. 26-27.

Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. Interface, Botucatu, v.10, n.19, p.25-41, 2006

Santos L (org.) Direito da saúde no Brasil. Campinas: Saberes, 2010.

Santos ML. Políticas públicas (econômicas) e controle. Revista de Informação Legislativa 158:265-278. Brasília: Senado Federal, abr./jun., 2003.

Santos ML. Interpretação Constitucional no controle judicial de políticas públicas. Porto Alegre: Sergio Fabris, 2006.

Santos VCC. As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde : reflexões sobre a experiência brasileira. 132 f. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública, Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

Sarlet IW, Figueiredo MF. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à proteção da saúde: algumas aproximações. Revista da Defensoria Pública, Ano 1, n. 1. São Paulo: Escola Escola de Defensoria Pública do Estado de São Paulo, jul./dez. 2008.

Sarlet IW. A Eficácia dos direitos fundamentais. 7. ed. Rev. Atual. E ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2007, p.407

Sarlet IW. “As Dimensões da Dignidade da Pessoa Humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível”. In: SARLET, Ingo Wolfgang (org.). Dimensões da Dignidade. Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. 2ª edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

Sarlet IW, Figueiredo MF. “Reserva do Possível, Mínimo Existencial e Direito à Saúde: Algumas Aproximações”. In: Sarlet IW, Timm LB (orgs). Direitos Fundamentais – Orçamento e Reserva do Possível. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.

Sarmento D. A ponderação de interesses na Constituição Federal . 2. tir. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

Sarmento D. Direitos fundamentais e relações privadas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

Sarmento D. O neoconstitucionalismo no Brasil: riscos e possibilidades. Biblioteca Digital Revista Brasileira de Estudos Constitucionais – RBEC, Belo Horizonte, ano 3, n. 9, jan./mar. 2009. Disponível em:
<<http://www.editoraforum.com.br/bid/bidConteudoShow.aspx?idConteudo=56993>. Acesso em: 1.02.2011.

Sarti FM, Campino ACC. Fundamentos de economia, economia da saúde e farmacoconomia. In: Nita ME *et. al.* Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Scaff FF. “Como a Sociedade Brasileira financia o estado para A implementação dos direitos humanos?” In: Coutinho, JNM, Morais, JLB, Streck LL. Estudos Constitucionais. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

Scheffer M. Judicialização e incorporação de tecnologias: o caso dos medicamentos para tratamento da AIDS no Sistema Único de Saúde. In: Keinert TMM, De Paula SHB, Bonfim JRA (Org.). As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. (Série Temas em Saúde Coletiva, 10).

Schilling CM, Reis AT, Moraes JC (orgs.). A política regulação do Brasil. Brasília: OPAS, 2006. 116 p.

Schwartz G (org) Juridicização das esferas sociais e fragmentação do direito na sociedade contemporânea. Porto Alegre: Livraria Do Advogado, 2012.

Scliar M. Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. 2 ed. São Paulo: Senac, 2005.

Scriven E. The future of regulation and governance. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, v.127, n.2, p. 72-77, 2007.

Secretaria De Saúde de MT e TJMG aderem à Recomendação 31 do CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Notícias em Destaque, Brasília, 02 ago. 2010. Disponível em:
<<http://www.cnj.jus.br/noticias/9548-secretaria-de-saude-de-mt-e-tjmg-aderem-a-recomendacao-31-do-cnj>>. Acesso em: 11 nov. 2010.

Sen A. Desenvolvimento como liberdade. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

Sen A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

Sgarbossa LF. Crítica à teoria dos custos dos direitos. Volume I – Reserva do Possível. Porto Alegre: Sergio Fabris, 2010.

Silva EM, Silva MT, Elias FTS. Sistemas de saúde e avaliação de tecnologias em saúde. In: NITA, Marcelo Eidi et. al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Silva JA. Comentário contextual à Constituição. 7 ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

Silva VA. Direitos fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia. 2 ed. 2. tir. São Paulo: Malheiros, 2011.

Silva JA. Aplicabilidade das normas constitucionais. 7 ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

Silva RAD. Direito fundamental à saúde: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

Silva VA. A Constitucionalização do direito: os direitos fundamentais nas relações entre particulares. São Paulo: Malheiros, 2005.

Siqueira JE. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. *Bioética*, Simpósio A Ética da alocação de recursos em saúde, Brasília, v. 5, n. 1, p. 41-48, 1997. Disponível em: <http://seer.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/364/464>. Acesso em: 13 out. 2010.

Smanio GP. Conceituação da cidadania brasileira e a Constituição de 1988. In: Moraes A. Os vinte anos da Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas, 2009.

Sola L, Kugelmas E. Statecraft, instabilidade econômica e incerteza política, In: Diniz E (Org.). O desafio da democracia na América Latina: repensando as relações Estado/Sociedade. Rio de Janeiro: IUPERJ/IPSA, 1996. p. 398-416.

Sousa Junior J. A construção social da cidadania. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em 20 jul. 2010.

Souza Neto CP, Sarmiento D (coord.) Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

Souza CM. Perspectivas Teóricas para o Estudo das Redes de Cooperação Interempresariais. In: TEIXEIRA, Francisco (org.) Gestão de redes de cooperação interempresariais: em busca de novos espaços para o aprendizado e a inovação. Salvador: Casa da Qualidade, 2005.

Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 8, n.16, p. 20-45, 2006.

Souza H, Santos J, Ueta J. A influência da gestão do sistema de saúde na utilização da via judicial para acesso a produtos e serviços. In: Bliacherine AC, Santos JS (Orgs.). *Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial*. São Paulo: Atlas, 2010.

Splenger FM. A crise da jurisdição e os novos contornos da função jurisdicional: (in) eficiência face à conflituosidade social. In: Reis JR, Leal RG (orgs.). *Direitos sociais & políticas públicas – desafios contemporâneos – volume 8*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2008.

Stake RE. Qualitative case studies. In: Denzin, NK, Lincoln, Yvonna S. (org.). *The sage handbook of qualitative research*. 3 ed. London: Sage, 2005.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. p. 28; 62; 314-317.

Streck LL. A interpretação do direito e o dilema acerca de como evitar juristocracias: a importância de Peter Häberle para superação dos atributos (Eigenshaften) solipistas do Direito. *Observatório da Jurisdição Constitucional*, ano 4, 2010/2011.

Sundfeld CA. *Fundamentos de direito público*. 4. ed. São, Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2007.

Sunkin M. Conceptual issues in researching the impact of judicial review on government bureaucracies. In: Hertogh, M, Halliday S (orgs.). *Judicial Review and Bureaucratic Impact: International and Interdisciplinary Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. (p. 43-76)

Suporte técnico a decisões em saúde. Sítio do TJMG. Notícia de 20/07/2010. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/anexos/nt/noticia.jsp?codigoNoticia=20561>. Acesso em 10 mar.2011. SUS oferece duas novas vacinas para 6 milhões de crianças. Fiocruz Minas – Centro de Pesquisas René Rachou. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/ptbr/noticias-gerais/sus-oferece-duas-novas-vacinas-para-6-milhoes-de-criancas>. Acesso em 10.03.2011.

Supremo Tribunal Federal. Glossário jurídico: repercussão Geral. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=R&id=451>>. Acesso em: 01 out. 2011.

Supremo Tribunal Federal-STF – STA nº 175, Rel. Min. Gilmar Mendes, DJe 30.04.10.

Sustein C. *A Constituição parcial*. Belo Horizonte: Del Rey, 2009.

Tanaka OY. A judicialização da prescrição medicamentosa no SUS ou o desafio de garantir o direito constitucional de acesso à assistência farmacêutica. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792008000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2011.

Tannebaum RD, Arnold JL, De Negri Filho A, Spadoni VS. Emergency Medicine in Southern Brazil. *Annals of Emergency medicine*, 37(2): 223-228, 2001.

Tanthaler H. O direito à vida na medicina: uma investigação moral e filosófica. Porto Alegre: Sergio Fabris, 2006.

Tavares MAR. Ativismo judicial e políticas públicas. Porto Alegre: Sergio Fabris, 2011.

Taveira CO, Travassos MZ. O controle das leis orçamentárias à luz dos direitos humanos: reflexões teóricas e análise jurisprudencial aplicadas sobre o direito à proteção da saúde. Biblioteca Digital Fórum de Contratação e Gestão Pública - FCGP, Belo Horizonte, ano 8, n. 92, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.editoraforum.com.br/bid/bidConteudoShow.aspx?idConteudo=62158>>. Acesso em: 8 nov. 2010.

Teich N. Economia da saúde como instrumento decisório em auditoria. *In: Gonçalves VF. Fronteiras da Auditoria em Saúde – Volume I.* S.Paulo: Farol do Forte, 2009.

Teixeira SMF. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, p.91. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 20 jul. 2010.

Timm LB. Qual a maneira mais eficiente de prover direitos fundamentais: uma perspectiva de direito e economia. *In: Sarlet IW, Timm LB (orgs). Direitos fundamentais – orçamento e reserva do possível.* Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.

TJ assina convênio para criação da Câmara Técnica em Saúde. Página eletrônica do Tribunal de Justiça do Mato Grosso. Notícia de 26/01/2011. Disponível em: <http://www.tjms.jus.br/noticias/materia.php?cod=18670>. Acesso em 10.03.2011.

TJ do Rio e Secretaria de Saúde do Estado ampliam serviços do Plantão Médico. Página Eletrônica da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Notícia de 03/09/2009. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/imprensa-noticias/366sesdec-e-tj-ampliam-convenio-que-permitiu-criacao-de-nucleo-de-assessoria-tecnico-tribunal>. Acesso em 10.03.2011.

Toffoli, AD. Audiência pública – saúde. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 27 abr. 2009. O ACESSO ÀS PRESTAÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL – desafios ao Poder Judiciário. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sr._Min._Jose_Antonio_Dias_Toffoli__Advogado_Geral_da_Uniao_.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

Torres RL. O mínimo existencial, os direitos sociais e os desafios de natureza orçamentária. *In: Sarlet IW, Timm, LB (orgs.). Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível.* Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.

Torres RL. A metamorfose dos direitos sociais em mínimo existencial. *In: Sarlet IW (Org.) Direitos fundamentais sociais: estudos de direito constitucional, internacional e comparado.* Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

Torres RL. Curso de direito financeiro e tributário. 13. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

Trebat TJ. Brazil's State-Owned enterprises: a case study of the State as entrepreneur. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

Trettel DB. Planos de saúde: o direito à saúde está sendo efetivado? Estudo do posicionamento dos tribunais superiores na análise dos conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde. São Paulo: Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2009, 154 páginas. Dissertação, Programa de Direitos Humanos da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.

Tsai W. Social capital, strategic relatedness and the formation of interorganizational linkages. *Strategic Management Journal*, n. 21, p.925-939, 2000.

Tushnet M. Weak courts, strong rights: judicial review and social welfare rights in comparative constitutional law. Princeton: Princeton University Press, 2009.

Vale AR. Aspectos do Neoconstitucionalismo. *Revista Brasileira de Direito Constitucional* . RBDC n. 09, jan./jun. 2007, p. 67-77.

Vasconcelos WEL, Claudia RL. Quando o remédio pode virar veneno. *Radis, comunicação em saúde*. n. 43, março de 2006. Rio de Janeiro

Ventura M *et al* . Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2011.

Veronese A. A judicialização da política na América Latina: panorama do debate teórico contemporâneo. *In*: Coutinho JNM, Fragale Filho R, Lobão R (orgs.). *Constituição & ativismo judicial*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

Viana LW, Carvalho MAR, Melo MPC, Burgos MB. A judicialização da política e das relações sociais. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

Vieira E. *Direitos e política social*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

Vieira FS. Ações judiciais e o direito à proteção da saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS, *Revista de Saúde Pública*, 42 (2), 2008.

Vieira JR, Tavares RS, Valle VRL. *Diálogos institucionais e ativismo*. Curitiba: Juruá, 2010.

Vilarins, Geisa Cristina Modesto, Shimizu, Helena Eri and Gutierrez, Maria Margarita Urdaneta A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate*, Dez 2012, vol.36, no.95, p.640-647.

Vinhas APL. A contribuição das empresas associadas na agregação de valor das competências de uma rede de cooperação interorganizacional. Dissertação (Mestrado em Administração e Negócios) – Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

Wachhaus A. Networks in Contemporary Public Administration: A Discourse Analysis. *Administrative Theory & Praxis*. v. 31, n. 1, p. 59-77. 2009.

Wagner M. Ultrassom: mais prejudicial que benéfico? Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/ac016.html>. Acesso em 21 de agosto de 2011.

Wahrlich B. Controle político das empresas estatais federais no Brasil: uma contribuição de seu estudo: *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 5-37, 1980.

Walker RM, O'toole Junior LJ, Meier KJ. It's where you are that matters: the networking behaviour of english local government officers. *Public Administration*, v. 85, n.3, p. 739-756, 2007.

Walshe K. *Regulating healthcare: a prescription for improvement?* Philadelphia: Open University Press, 2003. 224p.

Wang DWL. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. São Paulo: *Revista Direito GV São Paulo*, n. 04 (2), p. 539-568, julho-dezembro de 2008.

Wang D, Terrazas F. Decisões da Ministra Ellen Gracie sobre medicamentos. *Sociedade Brasileira de Direito Público*, São Paulo, 19 jul. 2007. Disponível em: http://www.sbdp.org.br/artigos_ver.php?idConteudo=66. Acesso em: 11 abr. 2009.

Washington DC. Paho, 2001. (Occasional Publication n. 8). Disponível em: http://www.paho.org/english/dbi/Op08/OP08_11.pdf. Acesso em: 10 out. 2011.

Wegner D. Redes horizontais de empresas no Rio Grande do Sul: um estudo dos fatores influentes na formação e desenvolvimento. Universidade Federal de Santa Maria. Dissertação de mestrado, 2005.

Weffort F. *Qual democracia?* São Paulo: Cia. das Letras, 1992.

Wilheim J. Por que reformar as instituições? *In: Pereira LCB, Wilhelm J, Sola L (orgs.). Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: UNESP, 1999.

World Health Organization. *Primary Health Care*. Genève: WHO; 1978.

Wright PWG. Study in the legitimation of knowledge: the 'success' of medicine and the 'failure' of astrology. *Social.Rev. Monog.* 27:85-99, 1979. *In: Queiroz MS. O Paradigma Mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: uma perspectiva antropológica*. *Revista de Saúde Pública*, v.20, n. 4, São Paulo, agosto de 1986.

Xavier R. "Dos Males e Suas Curas". *In: Chalhoub S et al. Artes e ofícios de curar*. Campinas: Unicamp. 2003, p. 146-147.

Yamin A, Parra-Vera O. How Do Courts Set Health Policy? The Case of the Colombian Constitutional Court. *PLoS Medicine*, v. 6, n. 2, 2000.

Yin R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Yosida RI. A auditoria médica como instrumento de responsabilidade social. *In*: Gonçalves VF. Fronteiras da auditoria em saúde. Volume I. São Paulo: Farol do Forte, 2009.

Young K. A Typology of Economic and Social Rights Adjudication: Exploring the Catalytic Function of Judicial Review. *International Journal of Constitutional Law (ICON)*, 2011.
Disponível em: <<http://icon.oxfordjournals.org/content/early/2011/02/10/icon.moq029.full>>. Acesso em 20abr.2011.

Zolo D, Costa P. O Estado de direito: história, teoria, crítica. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista Saúde Pública* [online], v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

ANEXOS

ANEXO A- Modelo de ofício solicitando dados

Campo Grande , XX de XXXXX de XXXX.

Ofício xxxxxxxxx

Exmo. Sr.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CARGO XXXXXXXXXXXXXXXX

Eduardo Freitas Murta, brasileiro, casado, portador de Registro geral sob número 22183566-0 (SSP-SP) , Cirurgião dentista , Bacharel em direito , professor universitário e aluno do Programa de pós graduação em saúde e desenvolvimento da região centro oeste – FAMED – UFMS (Dissertação versando sobre a interferência da judicialização em saúde no processo regulador no município de Campo Grande – Ferramentas para proteção do profissional de saúde frente à responsabilidade subsidiária), venho, mui respeitosamente, por meio desta solicitar junto a esta douda repartição, dados expostos a seguir visando complementar o arcabouço técnico da dissertação supra citada, é mister expor que este material sofrerá análise estatística e constará na redação final da dissertação respeitada e apontada a devida referência (fonte).

Inicialmente, é importante ressaltar que em 16 de maio do ano de 2012, entrou em vigor a Lei Federal nº 12.527/2011, que regulamenta o acesso a informações previsto no inciso XXXIII, do art. 5º, inciso II, do §3º do art. 37 e no §2º, do art. 216, todos da Constituição da República de 1988.

Referido diploma legal preceitua em seu artigo 1º:

“Art. 1º Esta Lei dispõe sobre os procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com o fim de garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do §3º do art. 37 e no §2º do art. 216 da Constituição Federal.

Parágrafo único. Subordinam-se ao regime desta Lei:

I – os órgãos públicos integrantes da administração direta dos Poderes Executivo, Legislativo, incluindo as Cortes de Contas, e Judiciário e do Ministério Público;

II – as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Quanto ao procedimento de acesso à informação, a respectiva Lei Federal é bem clara:

“Art. 10. Qualquer interessado poderá apresentar pedido de acesso a informações aos órgãos e entidades referidos no art. 1º desta Lei, por qualquer meio legítimo, devendo o pedido conter a identificação do requerente e a especificação da informação requerida.

§1º Para o acesso a informações de interesse público, a identificação do requerente não pode conter exigências que inviabilizem a solicitação.

§2º Os órgãos e entidades do poder público devem viabilizar alternativa de encaminhamento de pedidos de acesso por meio de seus sítios oficiais na internet.

§3º São vedadas quaisquer exigências relativas aos motivos determinantes da solicitação de informações de interesse público”.

Portanto, verifica-se que a Lei veda expressamente qualquer exigência por parte do Poder Público quanto aos motivos determinantes da solicitação de informações de interesse público, bastando, para tanto, um requerimento encaminhado aos órgãos e entidades referidos no art. 1º, contendo a identificação do requerente e a especificação da(s) informação(ões) pretendida(s).

Neste norte, com amparo da Lei nº 12.527/2011 e na Constituição Federal de 1988, o requerente/signatário comparece perante Vossa Excelência, uma vez que tratam-se de informações de evidente interesse público/coletivo para requerer informações acerca;

XX
 XX
 XX
 XXXXXXXXXXXXXXX

Ressalta-se, que a Lei nº 12.527/2011 determina que o órgão ou entidade pública deverá autorizar ou conceder o acesso imediato às informações disponíveis (art. 11).

Em caso da impossibilidade de acesso imediato às informações solicitadas, a Lei Federal em questão prevê o prazo de 20 (vinte) dias para que o órgão comunique a data, local e o modo para que o Requerente efetue a consulta, extraia fotocópias ou obtenha a certidão pretendida.

Pelo aqui exposto, com fulcro no art. 5º, inciso XXXIII da CR/1988 e Lei Federal, nº 12.527/2011, requer a Vossa Excelência sejam fornecidas/prestadas as informações acima relacionadas, as quais deverão ser prestadas no prazo legal, sob pena de responsabilização, na forma do art. 32 da Lei Federal em questão.

Sem mais a tratar, certo de vosso pronto atendimento, amparados no desejo da comunidade acadêmica e dos profissionais de saúde, agradeço.

Ass. Eduardo Freitas Murta

ANEXO B- Relação de Internações no município de Campo Grande por residência (2013 / 2014)

**Relação de Internações no município de Campo Grande por residência
(2013 / 2014)**

Relação de Atendimentos	Qtd	Percentual	Cidades
De cidades dentro do Estado	22312	18,56%	80
De cidades fora do Estado	386	0,32%	171
De Campo Grande	97491	81,11%	1
Total	120189	100,00%	252

Cidades	Estado	2013	2014	Total
Ariquemes	fora	1	0	1
Campo Novo de Rondônia	fora	0	1	1
Castanheiras	fora	2	0	2
Chupinguaia	fora	0	1	1
Jaru	fora	0	1	1
Machadinho D'oeste	fora	0	1	1
Pimenta Bueno	fora	1	0	1
Porto Velho	fora	3	1	4
Primavera de Rondônia	fora	2	0	2
Rolim de Moura	fora	3	2	5
São Francisco do Guaporé	fora	0	1	1
Vilhena	fora	1	1	2
Brasiléia	fora	0	1	1

Porto Acre	fora	0	1	1
Rio Branco	fora	0	2	2
Manaus	fora	2	1	3
Boa Vista	fora	1	0	1
Anapu	fora	1	0	1
Augustinópolis	fora	0	1	1
Itaguatins	fora	1	0	1
Palmas	fora	1	0	1
São Luis	fora	1	0	1
Campo Largo do Piauí	fora	2	0	2
Fortaleza	fora	1	0	1
Jardim	MS	0	1	1
Currais Novos	fora	0	1	1
Paraná	fora	0	1	1
Itabaiana	fora	1	0	1
João Pessoa	fora	2	0	2
Mato Grosso	fora	0	1	1
Patos	fora	1	0	1
Belo Jardim	fora	2	0	2
Paulista	fora	0	1	1
Petrolina	fora	1	0	1
Recife	fora	1	0	1
Aracaju	fora	1	0	1
Laranjeiras	fora	1	0	1
Wenceslau Guimarães	fora	0	1	1
Belo Horizonte	fora	3	0	3
Estrela Dalva	fora	1	0	1
Goianá	fora	1	0	1
Itabirinha	fora	1	0	1
Iturama	fora	1	0	1
Uberlândia	fora	0	1	1
Guarapari	fora	0	1	1
Serra	fora	0	1	1
Viana	fora	0	2	2
Vitória	fora	1	0	1
Macaé	fora	1	0	1
Rio de Janeiro	fora	3	1	4
Americo Brasiliense	fora	1	0	1
Andradina	fora	1	0	1
Barueri	fora	1	0	1
Bauru	fora	1	3	4
Campinas	fora	1	2	3
Capão Bonito	fora	3	2	5

Castilho	fora	0	1	1
Cosmópolis	fora	0	2	2
Diadema	fora	1	0	1
Embu das Artes	fora	0	2	2
Francisco Morato	fora	5	7	12
Guzolândia	fora	0	1	1
Ilha Solteira	fora	0	1	1
Jales	fora	1	0	1
Jaú	fora	1	0	1
Jundiaí	fora	1	0	1
Limeira	fora	1	0	1
Marília	fora	1	0	1
Mogi das Cruzes	fora	0	1	1
Osvaldo Cruz	fora	0	2	2
Panorama	fora	1	0	1
Paraíso	fora	0	3	3
Pereira Barreto	fora	1	0	1
Praia Grande	fora	1	0	1
Presidente Epitácio	fora	0	1	1
Presidente Prudente	fora	1	1	2
Presidente Venceslau	fora	1	0	1
Rosana	fora	0	2	2
Santa Fé do Sul	fora	0	1	1
Santo Anastácio	fora	1	0	1
São Bernardo do Campo	fora	0	1	1
São Carlos	fora	0	2	2
São Paulo	fora	8	16	24
Sumaré	fora	1	0	1
Taquaritinga	fora	0	1	1
Urânia	fora	0	1	1
Valparaíso	fora	0	1	1
Várzea Paulista	fora	0	1	1
Arapongas	fora	0	2	2
Assis Chateaubriand	fora	0	3	3
Astorga	fora	1	0	1
Bandeirantes	MS	0	4	4
Cambé	fora	0	1	1
Cascavel	fora	0	3	3
Cianorte	fora	1	0	1
Colorado	fora	1	0	1
Curitiba	fora	2	0	2
Foz do Iguaçu	fora	0	1	1
Icaraíma	fora	0	2	2

Itambé	fora	2	0	2
Loanda	fora	2	0	2
Londrina	fora	1	1	2
Marechal Cândido Rondon	fora	1	0	1
Maringá	fora	2	3	5
Pato Branco	fora	2	0	2
Ponta Grossa	fora	0	4	4
Rio Negro	MS	0	3	3
São Mateus do Sul	fora	0	1	1
Terra Boa	fora	1	0	1
Toledo	fora	1	0	1
Umuarama	fora	1	0	1
Balneário Camburiú	fora	0	1	1
Chapecó	fora	1	0	1
Florianópolis	fora	1	0	1
Joaçaba	fora	0	1	1
Lages	fora	1	0	1
Maravilha	fora	1	0	1
Xanxerê	fora	1	0	1
Alegria	fora	0	1	1
Aratiba	fora	1	0	1
Estância Velha	fora	0	1	1
Frederico Westphalen	fora	0	1	1
Nova Alvorada	fora	3	3	6
Salvador das Missões	fora	1	1	2
Santa Cruz do Sul	fora	0	1	1
Santa Maria	fora	0	1	1
Santo Cristo	fora	1	0	1
São Gabriel	fora	0	2	2
Segredo	fora	0	1	1
Vacaria	fora	1	0	1
Água Clara	MS	124	66	190
Alcinópolis	MS	50	47	97
Amambai	MS	88	63	151
Anastácio	MS	185	239	424
Anaurilândia	MS	17	17	34
Angélica	MS	45	37	82
Antônio João	MS	33	18	51
Aparecida do Taboado	MS	72	58	130
Aquidauana	MS	449	408	857
Aral Moreira	MS	32	10	42
Bandeirantes	MS	195	196	391
Bataguassu	MS	45	41	86

Batayporã	MS	38	35	73
Bela Vista	MS	240	276	516
Bodoquena	MS	162	133	295
Bonito	MS	235	220	455
Brasilândia	MS	24	42	66
Caarapó	MS	103	57	160
Camapuã	MS	252	230	482
Campo Grande	CG	51580	45911	97491
Caracol	MS	33	58	91
Cassilândia	MS	59	38	97
Chapadão do Sul	MS	262	272	534
Corguinho	MS	106	79	185
Coronel Sapucaia	MS	51	39	90
Corumbá	MS	281	234	515
Costa Rica	MS	226	268	494
Coxim	MS	500	445	945
Deodápolis	MS	37	33	70
Dois irmaos do Buriti	MS	231	186	417
Douradina	MS	16	12	28
Dourados	MS	362	279	641
Eldorado	MS	86	28	114
Fátima do Sul	MS	83	78	161
Figueirão	MS	25	31	56
Glória de Dourados	MS	23	27	50
Guia Lopes da Laguna	MS	207	153	360
Iguatemi	MS	37	23	60
Inocência	MS	25	28	53
Itaporã	MS	35	36	71
Itaquiraí	MS	60	28	88
Ivinhema	MS	118	102	220
Japorã	MS	25	23	48
Jaraguari	MS	165	137	302
Jardim	MS	363	367	730
Jateí	MS	5	3	8
Juti	MS	21	20	41
Ladário	MS	38	30	68
Laguna Carapã	MS	19	9	28
Maracaju	MS	406	395	801
Miranda	MS	309	221	530
Mundo Novo	MS	66	38	104
Naviraí	MS	131	86	217
Nioaque	MS	207	182	389
Nova Alvorada do Sul	MS	348	256	604

Nova Andradina	MS	168	96	264
Novo Horizonte do Sul	MS	15	12	27
Paraíso das Águas	fora	0	4	4
Paranaíba	MS	115	133	248
Paranhos	MS	29	25	54
Pedro Gomes	MS	126	77	203
Ponta Porã	MS	267	213	480
Porto Murtinho	MS	192	118	310
Ribas do Rio Pardo	MS	409	390	799
Rio Brilhante	MS	123	97	220
Rio Negro	MS	93	83	176
Rio Verde de Mato Grosso	MS	450	402	852
Rochedo	MS	117	132	249
Santa Rita do Pardo	MS	7	16	23
São Gabriel do Oeste	MS	326	373	699
Selvária	MS	11	15	26
Sete Quedas	MS	33	29	62
Sidrolândia	MS	787	787	1574
Sonora	MS	121	124	245
Tacuru	MS	32	26	58
Taquarussu	MS	35	23	58
Terenos	MS	623	507	1130
Três Lagoas	MS	362	346	708
Vincentina	MS	31	16	47
Alta Floresta	fora	2	1	3
Alto Araguaia	fora	0	1	1
Alto Paraguai	fora	1	3	4
Alto Taquari	fora	1	0	1
Barra do Garças	fora	1	4	5
Cáceres	fora	4	2	6
Campo Novo do Parecis	fora	1	3	4
Campo Verde	fora	0	1	1
Comodoro	fora	0	1	1
Cuiabá	fora	11	12	23
Guiratinga	fora	0	2	2
Jangada	fora	4	3	7
Juara	fora	0	2	2
Juína	fora	0	3	3
Juruena	fora	1	1	2
Juscimeira	fora	0	1	1
Lucas do Rio Verde	fora	0	3	3
Mirassol d'Oeste	fora	2	0	2
Novo Horizonte do Norte	fora	0	1	1

Novo Mundo	fora	0	4	4
Pedra Preta	fora	0	1	1
Primavera do Leste	fora	3	1	4
Rondonópolis	fora	12	8	20
Rosário Oeste	fora	0	1	1
Santa Cruz do Xingu	fora	2	0	2
São José dos Quatro Marcos	fora	0	2	2
Sinop	fora	7	2	9
Sorriso	fora	1	3	4
Tangará da Serra	fora	1	1	2
Várzea Grande	fora	5	3	8
Vila Bela da Santíssima Trindade	fora	1	1	2
Abadia de Goiás	fora	0	1	1
Alvorada do Norte	fora	1	0	1
Aparecida de Goiânia	fora	3	0	3
Chapadão do Céu	fora	1	1	2
Goiânia	fora	1	3	4
Goiás	fora	1	0	1
Iporá	fora	0	1	1
Luziânia	fora	0	1	1
Mineiros	fora	0	2	2
Rio Verde	fora	2	6	8
Valparalso de Goiás	fora	0	1	1
Brasília	fora	1	0	1
Total		63586	56603	120189