

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



Márcia Viviane de Araújo Sampaio

Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista/BA e a garantia  
do direito à integralidade na Atenção à Saúde

Vitória da Conquista

2016

Márcia Viviane de Araújo Sampaio

Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista/BA e a garantia do direito à integralidade na Atenção à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elvira Maria Godinho Seixas Maciel

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Araújo dos Reis

Vitória da Conquista

2016

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

S192a Sampaio, Márcia Viviane de Araújo.  
Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista/BA e a garantia do direito à integralidade na Atenção à Saúde. / Márcia Viviane de Araújo Sampaio -- 2016.  
79 f. : tab.; graf.; mapa.  
  
Orientadoras: Elvira Maria Godinho Seixas Maciel  
Luciana Araújo dos Reis  
  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista - BA, 2016.  
  
1. Integralidade em Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Direito à Saúde. 4. Jurisprudência. 5. Políticas Públicas de Saúde. 6. Atenção Primária à Saúde. 6. Sistema Único da Saúde. I. Título.  
  
CDD - 22.ed. – 362.17098142

Márcia Viviane de Araújo Sampaio

Acesso à atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista/BA e a  
garantia do direito à integralidade na Atenção à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração Desenvolvimento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 13 de abril de 2016.

Banca Examinadora

---

Prof. Dr. José Patrício Bispo  
Universidade Federal da Bahia

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Aparecida Brito Barreto  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

---

Prof.<sup>a</sup> Dra., Luciana Araújo dos Reis (Coorientadora)  
Faculdade Independente do Noroeste

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elvira Maria Godinho Seixas Maciel (Orientadora)  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Vitória da Conquista  
2016

Dedico este trabalho, inicialmente, a Deus, o meu refúgio e fortaleza, socorro bem presente na tribulação, sem a Tua presença jamais teria conseguido vencer mais essa missão em minha vida. Em seguida, à minha amada família, que com muito amor e carinho compreendeu as minhas ausências em momentos importantes, mas que não mediram esforços para que eu atingisse o meu objetivo. Ao meu amado esposo, amigo, meu grande incentivador, Sérgio Luiz, seu apoio incondicional foi decisivo para que eu nunca pensasse em desistir. Meus trigêmeos abençoados, Ana Laura, Anabela e João Luiz, presente de Deus em minha vida, mesmo com sentimento de culpa pelos momentos de ausência, o amor incondicional e a torcida de vocês para o término do mestrado foram bálsamo para a minha alma. A minha querida mãe, mulher guerreira, que me socorreu nesta jornada suprindo as minhas ausências. Aos demais membros da minha família que souberam compreender as minhas ausências e me apoiaram a continuar a jornada.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto da soma de várias atitudes e sonhos, mas a decisão e apoio do gestor municipal foi fundamental para a concretização deste processo de qualificação profissional. Desta forma, agradeço de forma muito especial ao Prefeito Guilherme Menezes de Andrade pela sensibilidade em proporcionar este Mestrado para o Município, mais uma experiência pioneira.

Agradeço à FIOCRUZ, na pessoa da querida Professora Maria Helena Barros de Oliveira, Coordenadora da Ensp/Fiocruz que abraçou este sonho e o transformou em uma proposta real para Vitória da Conquista. Agradeço ainda os professores Renato José Bonfatti, Luiz Carlos Fadel, Jairo Luiz Jacques da Matta e Regina Maria de Carvalho Erthal que também contribuíram para a concretização deste sonho.

Agradeço a minha orientadora Professora Elvira Maria Godinho Seixas Maciel, que apesar da distância, contribuiu decisivamente na construção deste trabalho. A minha coorientadora, Professora Luciana Araújo dos Reis, pela paciência e ajuda constante no desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço a Karine Brito e Mônica Achy, Subsecretárias de Saúde, que brilhantemente conduziu as atividades da Secretaria nas minhas ausências acadêmicas e pelo apoio e incentivo na continuidade deste tão grande desafio.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde pelo apoio direto ou indireto e em especial aos colegas Francisco Heráclito, Cyro Gomes, Rebeca Nascimento e Dra. Edy que contribuíram com o processo da coleta de dados com muita presteza e paciência.

Às amigas, Luana Caetano e Maria Edy, pelo incentivo, dedicação e suporte no decorrer do curso.

Por fim, meus agradecimentos a todos os colegas do mestrado, companheiros de luta, das alegrias e angústias, gostaria de parabenizar a todos pela dedicação e entusiasmo demonstrado durante o curso e pelos temas escolhidos para as pesquisas que visam contribuir para a gestão local.

## RESUMO

Os três princípios que orientam o SUS foram estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e ratificados na Lei Orgânica da Saúde, a saber: o acesso universal e igualitário e o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O princípio da integralidade visa garantir acesso a todos os níveis de assistência e tem se caracterizado com um dos maiores desafios do SUS. Nesta perspectiva, o presente estudo tem por objetivo geral analisar a oferta e o acesso a consultas médicas, procedimentos e exames especializados definidos pela central de regulação para os municípios da região de saúde de Vitória da Conquista e suas implicações para a garantia do Direito à integralidade na assistência prestada pelo SUS. E como objetivos específicos: avaliar a cobertura populacional de consultas médicas, procedimentos e exames especializados nos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista, BA e sua adequação em relação aos parâmetros na Portaria nº 1.631 de 1º de outubro de 2015 do Ministério da Saúde; analisar a Programação Pactuada Integrada da Assistência da região de Saúde de Vitória da Conquista; estudar sobre a integralidade na assistência à saúde com base nos resultados da avaliação da oferta e da regulação de consultas médicas, procedimentos e exames especializados nos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista nos anos de 2013 e 2014. Trata-se de uma pesquisa descritiva baseada em dados secundários, com pesquisa bibliográfica e documental, e abordagem quantitativa, realizada no referido Município sendo os dados levantados junto a Central de Regulação de Procedimentos Especializados e o setor jurídico da Secretaria Municipal de Saúde. Para a coleta de dados, foi utilizado os quadros contidos nos anexos da Portaria nº 1.631 de 01/10/2015, onde foi adicionado as informações do consolidado da pactuação da região e o número absoluto das regulações e marcações dos serviços de Atenção Especializada. Os dados foram inicialmente inseridos em uma planilha do Programa Excel e, em seguida, transportados para o Programa Estatístico SPSS versão 20.0 no qual foi realizada a análise estatística descritiva. Constatou-se que, no biênio 2013 e 2014, as metas da Programação Pactuada Integrada não mais atende as necessidades de saúde da população da região de saúde de Vitória da Conquista, assim como, as marcações das consultas, exames e procedimentos que mesmo estando bem superior ao pactuado, estão bem abaixo dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde. As especialidades médicas com menor oferta foram reumatologia, ortopedia e otorrino. Enquanto os dados levantados dos processos judiciais que versaram sobre SAE nos anos de 2013 e 2014, em 90,0% das ações os beneficiários foram os próprios autores; o município foi réu em 94,0% das ações em 2013 e

em 100,0% em 2014. Em relação ao Juízo da ação, 77,0% acionou a Vara da Fazenda Pública. O sexo masculino foi o que mais demandou ação judicial, 50,0% em 2013 e 59,0% em 2014. Com relação aos bens requeridos nas ações, a OHB representou 29,0% em 2013 e 16,0% em 2014, seguido dos pedidos de transferência, 27,0% e 16,0%, respectivamente e cirurgia que em 2013 foi 8,50% e 36,0% em 2014. Contatou-se que a garantia ao princípio da integralidade por meio do acesso aos serviços da atenção especializada na região de saúde de Vitória da Conquista é incipiente, ensejando a necessidade de (re)pactuar novas metas conforme as necessidades da população e com o envolvimento das três esferas de gestão.

Palavras Chaves: Integralidade. Programação. Pactuação. Direito. Judicialização.



## ABSTRACT

The three principles that guides SUS was established in the Brazilian Federal Constitution of 1988 and ratified on Organic Health Law, namely: the egalitarian and universal access and the complete treatment, with priority to the preventive activities, without prejudice the essentials services. The Integrality principle aims to ensure access to every levels of assistance and it has been characterized as one of the greatest challenges of SUS. At this way, this study have the general objective to analyze the offer and the access to medical appointment, procedures and specialized exams determinate by the Regulation Center to the Heath of Region Municipalities from Vitória da Conquista and your consequences to guarantee the Rights of Integrality on assistance realized by SUS. And as specific objectives: to evaluate the population coverage of medical appointments, procedures and specialized exams at the Region Heath Municipalities of Vitória da Conquista, BA and its adequacy related to parameters on Ordinance n° 1.631 of October 1° of 2015 from Government Health; to analyze the Pact Integrated Programming of assistance from Heath Region of Vitória da Conquista; Study about the integrality on health care based on the offer evaluation and medical appointments regulations, procedures and specialized exams results at the Region Heath Municipalities of Vitória da Conquista in the years 2013 and 2014. It talks about a descriptive research based on secondary data, with bibliographic and documentary research, and quantitative approach, realized at this Municipality. The data was collected along with Regulation of Specialized Procedures Center and the Legal sector from Municipal Health Sector. To the data collect, was used the four existing on annex of the Ordinance n° 1.631 de 01/10/2015, where was added the information of pact consolidated of the region and the absolute number of the regulations and marking of the services of Specialized Attempt. The data was initially inserted in the Software Excel and, then, transported to the Statistic Program SPSS version 20.0 in which were realized the descriptive statistical analysis. Was found that, on biennium 2013 and 2014, the goal of the Pact Integrated Programming no longer meets the needs for population health from Vitória da Conquista, as well as, the medical appointment, exams and procedures marking that even being much above the agreed, they are far below of the parameters recommended by the Government Health. The medical specialized that has lower offer was rheumatology, orthopedics and otorhinolaringology. While the data that was collected of Legal processes about SAE in the years 2013 and 2014, 90,0% of the activities, the beneficiary was the own authors; the municipality was defendant in 94,0% of the Legal actions in 2013 and in 100,0% in 2014. Against the judgment of the action, 77,0% called the

Court of the Public Treasure. Males was who demanded more lawsuit, 50,0% in 2013 and 59,0% in 2014. Related to the rights required in the lawsuits, the OHB represented 29,0% in 2013 and 16,0% in 2014, followed by transfer requests, 27,0% and 16,0%, respectively and surgery that in 2013 was 8,50% and 36,0% in 2014. It is found that the guarantee of the integrality principle by the access to the Specialized Care services at the Region Heath of Vitória da Conquista is incipient, aiming the necessity of pact again new goals according to the population necessity and with the involvement of the three management spheres.

Keywords: Integrality. Programming. Pact. Rights. Legalization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxo de atendimento eletivo regulado, sem autorização prévia .....	31
Figura 2. Fluxo de atendimento eletivo regulado, com autorização prévia.....	31
Figura 3. Níveis de complexidade .....	33
Figura 4. Redes de Atenção à Saúde .....	33
Figura 5. Linha de cuidado.....	34
Figura 6. Mapa município de Vitória da Conquista .....	39
Figura 7. Fluxo do sistema de regulação ambulatorial.....	42
Figura 8. Municípios pertencentes a região de saúde de Vitória da Conquista.....	49
Gráfico 1. Distribuição do quantitativo dos processos judiciais em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	69

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição dos estabelecimentos de saúde da região de saúde de Vitória da Conquista (BA). Vitória da Conquista/BA, 2016. ....	50
<b>Tabela 2.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto as especialidades de gastroenterologia e proctologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	54
<b>Tabela 3.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de nefrologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	55
<b>Tabela 4.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de neurologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	56
<b>Tabela 5.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de oftamologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	57
<b>Tabela 6.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de ortopedia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	58
<b>Tabela 7.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de otorrinolaringologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	59
<b>Tabela 8.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de pneumologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	60
<b>Tabela 9.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de urologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	61
<b>Tabela 10.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de reumatologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	62
<b>Tabela 11.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de angiologia/cirurgia vascular em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	63
<b>Tabela 12.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de cardiologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	64
<b>Tabela 13.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de dermatologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	66
<b>Tabela 14.</b> Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de endocrinologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	66
<b>Tabela 15.</b> Distribuição do quantitativo de médico cadastrados no CNES em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	67

<b>Tabela 16.</b> Perfil dos processos judiciais solicitando procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o município de Vitória da Conquista em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	69
<b>Tabela 17.</b> Distribuição dos processos, segundo o sexo dos requerentes em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.....	70
<b>Tabela 18.</b> Procedimentos da SAE mais demandados judicialmente em 2013 .....	71

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

TFD	Tratamento Fora do Domicílio
AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
art.	Artigo
CAAV	Centro de Atendimento e Apoio a Vida
CAMI	Centro de Atendimento Médico Infantil
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEMAE	Centro Municipal de Atenção Especializada
CEMERF	Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CEUAS	Centro Universitário de Atenção à Saúde
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CRPEE	Central Municipal de Regulação de Procedimentos e Exames Especializados
DIPRO	Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Equipes de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
Hab	Habitantes
HPP	Hospitais públicos de pequeno porte

IBGE	Instituto brasileiro de Geografia e Estatística
IBR	Instituto Brandão de Reabilitação
Km	Quilômetro
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MMSS	Membros superiores
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
nº	Número
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OHB	Oxigenoterapia Hiperbárica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAMDIL	Programa de Atendimento Municipal Domiciliar para Idosos com Limitações
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RNM	Ressonância magnética
SADT	Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia
SAE	Serviços da Atenção Especializada
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
ScieLO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SISPPI	Sistema Informatizado para a programação Pactuada e Integrada
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

TC	Tomografia computadorizada
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste Baiano
UF	Unidades Federativas
US	Ultrassom
UTI	Unidade de tratamento intensivo



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1	OBJETIVOS .....	21
1.1.1	<b>Objetivo geral</b> .....	21
1.1.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	22
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	23
2.1	O DIREITO À SAÚDE E O ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	23
2.2	NÍVEIS DE COMPLEXIDADE E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE .....	25
2.3	O ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	27
2.4	A REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS .....	32
2.5	A REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA.....	38
2.6	A JUDICIALIZAÇÃO E O DIREITO À SAÚDE.....	42
<b>2.6.1</b>	<b>A judicialização das políticas públicas de saúde</b> .....	44
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	47
3.1	DESENHO DO ESTUDO .....	47
3.2	LOCAL DE ESTUDO .....	48
3.3	INSTRUMENTO .....	50
3.4	PROCEDIMENTOS, COLETAS DE DADOS, INDICADORES .....	51
3.5	ANÁLISE DE DADOS .....	52
3.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	52
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	54
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75

## 1INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 ficou conhecida como a constituição cidadã pelo amplo reconhecimento dos direitos de cidadania, definindo saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196). Nesta perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve se organizar sob a égide de três diretrizes: (i) a descentralização, com comando único; (ii) o atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e (iii) a participação popular (BRASIL, 1988, art. 198, I, II e III).

Para legitimar as ações previstas na Constituição de 1988 foram promulgadas as leis 8.080 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços do SUS; e a Lei 8.142 promulgada em dezembro de 1990 que regulamenta a participação social, nas formas do Controle Social, no SUS.

A Lei Orgânica da Saúde propõe como objetivo do Sistema Único de Saúde a assistência por meio de ações de promoção e recuperação da saúde, a integração entre as ações assistenciais e as atividades preventivas. Esta lei determina ainda que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados que fazem parte do SUS devem obedecer ao princípio da integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, “individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” - Lei 8080 (BRASIL, 1990b, art.7º, II).

No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado por níveis de atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade. Vale ressaltar que nenhum destes níveis de atenção é mais relevante que o outro e o acesso a cada nível de complexidade deve se dar conforme as necessidades do usuário (MENDES, 2011).

Tendo em vista que o processo de construção do SUS ainda está em andamento e vem se dando em etapas, algumas normas jurídicas vêm sendo acrescentadas no decorrer do tempo. Em 28 de junho de 2011 foi promulgado o Decreto 7.508 para regulamentar a Lei 8.080/90 no que se refere à organização do SUS, ao planejamento da assistência da saúde e à articulação entre municípios e entre unidades da federação. Dispõe que o acesso universal,

igualitário e ordenado das ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa nas redes regionalizada e hierarquizada (art. 8º).

Quanto aos níveis de complexidade, a legislação assim conceitua a atenção primária, a média e alta complexidade:

- (1) A Atenção Primária é considerada a porta de entrada do sistema, é a ordenadora do cuidado, estabelecendo as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em um território definido.
- (2) A média complexidade é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população que demandam atendimento especializado e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.
- (3) A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que envolve tecnologia e alto custo com o intuito de propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrados aos demais níveis de atenção.

O Ministério da Saúde (MS), no intuito de acompanhar as mudanças propostas pelo Decreto 7.508/2011 e outros dispositivos legais referentes ao SUS, instituiu em 21 de outubro de 2011 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela Portaria nº 2.488 que atualizou conceitos na política da Atenção Básica e instituiu elementos ligados ao seu papel como ordenadora do cuidado nas Redes de Atenção.

A PNAB trata, em suas disposições gerais, que a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde de âmbito coletivo e individual, voltadas também para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento de doenças e reabilitação. Ao definir a Atenção Básica como a principal porta de entrada para o cuidado, articulada com toda a Rede de Atenção à Saúde, orientada sob os preceitos da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado e integralidade da atenção, entre outros.

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2012b, p.25). As ações e serviços de Atenção Básica (AB) devem estar presentes em todos os municípios, seguindo a premissa de que estes serviços devem estar próximos de onde as pessoas vivem. Com intuito de viabilizar a organização das ações de AB, o Ministério da Saúde utiliza-se da Estratégia de Saúde da Família como prioritária na descentralização das ações e serviços de Atenção Básica.

Os serviços de média e alta complexidade podem não estar disponíveis em alguns municípios. Assim faz-se necessário criar “regiões de saúde” dentro das Unidades Federativas

(UF) ou mesmo a normatização, em certos casos, da busca destes serviços em outros estados da federação mediante o estabelecimento de pactos intergovernamentais. O SUS contempla esta organização por meio do preceito constitucional da regionalização e a definiu no anexo da Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993 (BRASIL, 1993a).

Como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxos de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993a, p.3).

Além da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde foi estabelecido todo um arcabouço normativo que define as regras e os mecanismos do processo de regionalização no SUS: as Normas Operacionais Básicas (NOB 1993 e 1996), as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002), o Pacto pela Saúde (2006) e mais recente o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Foi a partir da NOAS que o processo de regionalização ganhou destaque no que tange à divisão de responsabilidades entre os entes federativos.

A busca pela construção de um sistema público de saúde que garanta acesso universal, cuidado integral e de qualidade continua sendo uma das lutas para efetivação e consolidação do SUS. Ao longo destes vinte e cinco anos o processo de implantação tem avançado, mas ainda há muito por fazer principalmente em relação aos dilemas do financiamento, da organização do modelo assistencial e da garantia da integralidade da assistência à saúde.

A integralidade é um dos princípios do SUS e visa à garantia do acesso a todos os níveis de assistência. A garantia da oferta adequada das ações e serviços que compõem a média e a alta complexidade tem se revelado um dos desafios do SUS. Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, e a busca por novas tecnologias de diagnose e terapêutica geram demandas e pressão por parte da população e dos profissionais de saúde para a incorporação das novas técnicas com o intuito de atender às necessidades de saúde (CONASS, 2011c).

Franco e Magalhães Jr. (2003), afirmam que,

A Assistência à Saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral, são um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde. De um lado, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro,

estes serviços representam vultuosos gastos para o orçamento da saúde (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003, p. 125).

Evidencia-se no município de Vitória da Conquista manifestações da população reivindicando acesso para consultas especializadas, exames e procedimentos de nível médio e de alta complexidade. Os recursos à Ouvidoria Geral ou da Saúde, ao Ministério Público e à Defensoria têm se tornado frequente e as liminares judiciais têm sido uma forma pela qual as demandas assistenciais chegam aos gestores do sistema de saúde.

O deferimento da maior parte das solicitações feitas por instrumentos judiciais raramente é balizado pela opinião de profissionais de saúde no papel de peritos ou avaliadores da propriedade da demanda, o que acarreta o risco de, pelo acúmulo de ações judiciais deferidas (ainda que não amparadas em evidências ou consenso de sua adequação clínica), criar uma demanda excessiva de serviços de complexidade acima da necessária, gerando um alto custo, não programado orçamentariamente, ao erário público, o que se torna uma preocupação para gestor. Assim sendo, se a resolutividade se associa ao cumprimento das ordens judiciais, o sistema de atenção à saúde passa a funcionar de modo não planejado e a operar acima de sua capacidade instalada, gerando dificuldades na oferta dos serviços rotineiros. Somam-se a isso aspectos relacionados à disponibilização de serviços aos municípios que integram a região de saúde que, por vezes, encaminham pacientes sem obedecer à regulação estabelecida para o atendimento organizado da demanda por níveis de maior complexidade de atenção.

No estado da Bahia, o Plano Diretor de Regionalização (PDR)<sup>1</sup> divide o espaço geográfico do estado em 28 regiões que se agrupam em 9 macrorregiões de Saúde. O município de Vitória da Conquista é sede da Macrorregião Sudoeste de saúde, atendendo a uma população de cerca de dois milhões de habitantes dos 73 municípios pactuados, aglutinando 19 municípios na região de saúde. Nestas regiões se darão todas as negociações da Programação Pactuada Integrada (PPI)<sup>2</sup>.

A lógica de programação para a média complexidade ambulatorial será realizada de forma ascendente, denominada como programação por referência, ou seja, o município encaminhador define e programa as ações ofertadas pelos serviços a sua população e referencia para outros municípios as ações que não são realizadas no seu território, em

---

<sup>1</sup> O Plano Diretor Regional é um instrumento de planejamento em saúde que visa estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação de recursos, da descentralização programática e gerencial.

<sup>2</sup> A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as esferas de governo.

conformidade com o processo de regionalização. Para as ações de alta complexidade e para algumas de média, como por exemplo, Saúde do trabalhador, exames e diagnóstico das hepatites virais e parte da reabilitação, que estão concentradas nos pólos de saúde, a programação segue a lógica descendente, ou seja, por abrangência, sendo as referências definidas na etapa estadual (BRASIL, 2006c).

Um dos grandes desafios para os municípios sede de Regiões de Saúde é que os fluxos de regulação sejam respeitados. Isso porque, com frequência, surgem mecanismos que burlam os fluxos regulatórios estabelecidos, gerando uma desorganização da demanda na rede de assistência, com sobrecarga dos serviços, principalmente dos serviços de urgência e emergência, comprometendo o planejamento local (tanto no âmbito administrativo quanto no âmbito financeiro).

Assim, faz-se necessário desenvolver um estudo que sirva à gestão municipal com vistas à análise do sistema de saúde vigente, buscando estudar a oferta de serviços e a cobertura populacional, a identificação de barreiras ao acesso da população às ações e serviços da atenção especializada. Interessa ainda avaliar a adequação dos protocolos e os fluxos de regulação praticados na região de saúde de Vitória da Conquista tomando como referência as legislações e normatizações do SUS em seus três níveis de gestão.

Nesta perspectiva, o presente estudo se propõe a analisar o desenho da rede especializada implantada na região de saúde do município de Vitória da Conquista (município sede da macrorregião de saúde), identificando as dificuldades na garantia da integralidade da assistência. Para isso, será necessário conhecer: (i) a oferta de serviços e a cobertura populacional, (ii) a organização da regulação do acesso a consultas, procedimentos e exames especializados. Para tanto, tem-se como questão problema: A oferta e a regulação do acesso às consultas, aos exames e a procedimentos especializados nos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista vêm contribuindo para a garantia do direito à assistência integral à Saúde?

Para responder a questão problema foram definidos os seguintes objetivos:

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Analisar a oferta e o acesso a consultas médicas, procedimentos e exames especializados definidos pela central de regulação para os municípios da região de saúde de

Vitória da Conquista e suas implicações para a garantia do Direito à integralidade na assistência prestada pelo SUS.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Avaliar a cobertura populacional de consultas médicas, procedimentos e exames especializados nos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista (BA) e sua adequação em relação aos parâmetros na Portaria nº 1.631 de 1º de outubro de 2015 do Ministério da Saúde;
- Analisar a Programação Pactuada Integrada da Assistência da região de Saúde de Vitória da Conquista;
- Estudar o cumprimento do princípio da integralidade na assistência à saúde com base nos resultados da avaliação da oferta e da regulação de consultas médicas, procedimentos e exames especializados nos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista nos anos de 2013 e 2014.

Este trabalho está estruturado em cinco partes: na primeira, trata-se do referencial teórico onde se abordou as seguintes temáticas, o direito à saúde e o acesso ao Sistema Único de Saúde; níveis de complexidade e a integralidade da atenção à saúde; o acesso à atenção especializada; a regionalização e hierarquização na rede de atenção à saúde no SUS; a rede de assistência à saúde no município de Vitória da Conquista e a judicialização e o direito à saúde. Na segunda parte, é abordada a metodologia utilizada para a realização do estudo. Na terceira, trata da apresentação dos resultados encontrados na pesquisa. Na quarta, é feita a discussão dos resultados e, por fim, na quinta, infere sobre as considerações finais do estudo realizado.

## **2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Em conformidade com a proposta do mestrado profissional em fazer a interface do direito e a saúde, o presente estudo buscou abordar temas relevantes no referencial teórico para a compreensão do direito a integralidade na Atenção à Saúde do Município de Vitória da Conquista e região. Nesta perspectiva, abordou-se sobre o direito à saúde a luz da Constituição Federal, seus princípios e diretrizes, os conceitos e dimensões da integralidade, o acesso a atenção especializada, a descrição da rede de assistência à saúde no município de Vitória da Conquista e por fim, o fenômeno da judicialização como uma via para a garantia do direito à saúde e as suas implicações nas políticas públicas de saúde.

### **2.1 O DIREITO À SAÚDE E O ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A Saúde foi contemplada pela CF no Título VIII que trata da Ordem Social. Em seu Capítulo II, Da Seguridade Social, no art. 194 está disposto que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Fica evidente neste artigo que houve uma preocupação dos constituintes em abarcar o conteúdo ideológico do Movimento de Reforma Sanitária, no que tange à luta pela garantia da saúde como um direito de cidadania.

Foi a partir deste contexto de direito social que a saúde se estabelece constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida pela organização de políticas sociais e econômicas capazes de reduzir os riscos de doença e de outros agravos, bem como garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988, art. 196).

A Constituição Federal definiu o SUS (art. 198), elencou suas diretrizes (art. 198, I a III), expressou suas competências (art. 200), além da fixação de parâmetros de financiamento do sistema (art. 198, § 1º a 3º). Vale reiterar que a definição desses elementos viabiliza a garantia fundamental do direito à saúde da população brasileira.

Para garantir a amplitude e abrangência do direito à saúde foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, a partir da edição das Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080 e 8.142), as quais dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e o controle social.



O SUS é definido no art. 4º da Lei 8.080/90 como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990b, p.1). Neste mesmo arcabouço jurídico, artigos 5º e 6º, são elencados os objetivos e as atribuições do SUS em consonância com art. 200 da CF.

As ações e serviços de saúde podem ser prestados pela iniciativa privada em caráter complementar quando os serviços públicos não forem suficientes para atender às necessidades de saúde da população (art. 4º, § 2º da Lei 8.080/90). Esses serviços complementares devem ser contratados mediante contratos ou convênios, sendo regulamentados pelos princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

As ações e serviços do SUS estão alicerçados em princípios e diretrizes: a universalidade do atendimento, a descentralização com comando único em cada esfera de governo, a integralidade do atendimento e a participação da comunidade. O princípio da universalidade encontra-se definido na CF no art. 196 que atribui ao Estado o papel de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, caracterizado como um direito de cidadania. De modo geral é entendido como a garantia do acesso de toda a população aos serviços públicos de saúde de forma igualitária e gratuita.

A Lei Orgânica de Saúde (LOS) no art. 7º, inciso IX, trata da descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo sob dois aspectos: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Assim, a descentralização dos serviços implica que o ente federado deve ter a responsabilidade de implementar e executar as ações e serviços que visem responder às necessidades de saúde da população. Todavia, para responder às necessidades de saúde é necessário que os serviços de saúde estejam organizados por níveis de atenção (hierarquização) e distribuídos no território (regionalização).

A diretriz da integralidade da assistência refere-se ao conjunto articulado e contínuo de ações e serviços curativos e preventivos, individuais e coletivos, no intuito de atender às necessidades de saúde nos três níveis de assistência. Essa diretriz representa um importante instrumento de defesa da população contra possíveis situações de omissão do Estado na garantia da assistência, prevenção e promoção da saúde.

Por fim, a participação da comunidade, além de estar prevista constitucionalmente e na Lei 8.080/90, foi reforçada pela Lei 8.142/90 que determina que sejam garantidos no âmbito do SUS mecanismos de participação popular na formulação e execução das políticas de saúde, bem como em sua fiscalização e normatização. O direito à saúde, garantido

constitucionalmente, se consolidou como um direito subjetivo público que configura o cidadão como detentor do direito e o Estado como garantidor deste direito (SANTOS, 2010). Vale afirmar que o SUS tem se consolidado como uma das mais importantes política de inclusão social na medida em que o direito à saúde deve ser garantido pela a adoção de políticas públicas intersetoriais eficazes.

## 2.2 NÍVEIS DE COMPLEXIDADE E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A Constituição de 88 não traz explicitamente uma definição para integralidade, no entanto dispõe “que as ações e serviços de saúde devem ser organizados com vistas ao atendimento integral, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais” (art.198, II). Desse modo, a expressão *integralidade* constitui-se como um princípio e também como uma diretriz para a organização do SUS.

É importante ressaltar que o primeiro sentido de integralidade deriva de um movimento denominado Medicina Integral, movimento que discutia o ensino da medicina nos Estados Unidos nos anos 40 e 50. Este movimento criticava os currículos de base “flexneriana” que adotava o modelo biomédico como fundamento para práticas reducionistas e fragmentadas (PAIM, 2008).

O Movimento de Reforma Sanitário Brasileiro se deu entre as décadas de 70 e 80, mesmo período da luta pela redemocratização do país. Na ocasião, um grupo de intelectuais e militantes levantou uma bandeira de luta que criticava o sistema de saúde existente, as instituições de saúde e as práticas de saúde hegemônicas. O Movimento Sanitário trazia como proposta um novo sistema de saúde com características mais justas e igualitárias.

O processo de redemocratização do país e as transformações das práticas de saúde influenciaram fortemente o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que se consolidou em proposições políticas de saúde que foram em grande parte recepcionadas pela Constituição Federal de 1988, propiciando as bases para a construção do Sistema Único de Saúde. Os demais dispositivos legais que regulamentaram o SUS (Leis 8.080/90 e 8.142/90) trazem em seu arcabouço os princípios e diretrizes da integralidade, equidade, descentralização e participação popular.

O princípio da integralidade é considerado como uma bandeira de luta dos ideais do movimento sanitário que almeja serviços de saúde com certas práticas e modos de organização. Expressa um conjunto de valores pelos quais vale lutar no intuito de se alcançar o ideal de uma sociedade mais justa e solidária (MATTOS, 2001). Dos estudos de Mattos

(2001), podemos extrair três conjuntos de sentidos para o princípio da integralidade: o primeiro aplica-se às práticas dos profissionais de saúde; o segundo está relacionado a aspectos da organização dos serviços de saúde; e o terceiro refere-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Paim (2006) assinala que as bases conceituais da Reforma Sanitária contemplaram a integralidade em pelo menos quatro perspectivas:

- a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM, 2006, p.15).

Na visão de Cecílio (2009), a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seu alcance seja o mais completo possível. Na primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde (integralidade focalizada); na segunda dimensão, a integralidade da atenção é fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, a integralidade pensada no “macro”. O autor afirma que “a integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede” (CECÍLIO, 2009, p. 122). A integralidade ampliada seria fruto da articulação em rede do cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros, tendo como foco as necessidades reais de saúde da população.

Nessa mesma perspectiva, Giovanella et al. (2002) elaboraram um conceito operacional para a integralidade baseado em quatro dimensões, a saber: primazia das ações de promoção, garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência, articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, e abordagem integral de indivíduos e famílias.

Independentemente do sentido ou dimensão adotada na busca pela efetivação do princípio da integralidade, se faz necessário reformular as práticas dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e a organização da formulação das políticas públicas de saúde, exigindo uma interação entre os diversos atores envolvidos no processo do cuidado (profissionais, gestores e usuários). Desta forma, vários estudos apontam que o princípio da integralidade seria ainda o mais desafiador do SUS por ser a expressão de um princípio de direito, do direito universal de atendimento conforme as necessidades de saúde da população.

Corroborar este entendimento a proposição de Ayres (2009):

Com efeito, a integralidade é, entre os princípios do SUS, aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde [...] a integralidade nos desafia saber “fazer”, “o quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente as necessidades de cada um (AYRES, 2009, p. 13).

Há uma vasta literatura científica que busca uma reflexão teórica sobre o conceito, características e dimensões que contemplam a integralidade da atenção. Todavia, no campo da saúde, inexistem um consenso sobre o referido tema (NARVAI, 2005).

### 2.3 O ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O art. 196 da CF também dispõe que o acesso aos serviços públicos de saúde deve ser universal e igualitário, e que todas as ações e serviços de saúde devem estar acessíveis aos que deles necessitarem independentemente do nível de complexidade, e serão prestados de maneira igualitária e equitativa.

Para que o acesso seja efetivamente universal é necessária a existência de uma rede de serviços de saúde na qual a atenção primária é a principal porta de entrada devendo atender às principais demandas de saúde da população. As que não forem resolvidas deverão ser referenciadas para os demais níveis de assistência.

O acesso aos serviços de atenção especializada deve ser prioritariamente referenciado pela atenção básica, esta deve se comportar como a ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde e por isso, deve estar mais próxima das pessoas no intuito de facilitar o acesso e a garantia da integralidade do cuidado. Os serviços de atenção especializada, por envolver maior densidade tecnológica e maior custo, devem ser organizados de forma a garantir a continuidade do cuidado e a racionalização dos recursos, funcionando como instância complementar da atenção básica.

A nomenclatura “porta de entrada” para o nível da atenção básica tem sido adotada como sinônimo de acesso. Para Donabedian (2003), o conceito de acesso vai além de porta de entrada no sistema. O autor adota o termo “acessibilidade” e o define como a capacidade que os serviços de saúde têm em dar respostas às necessidades de saúde da população, considerando a disponibilidade de recursos que podem viabilizar ou não o uso dos serviços de saúde. Acrescenta ainda que a acessibilidade indica o grau de ajuste ou desajuste entre as necessidades dos usuários e os serviços e os recursos utilizados.

Donabedian (2003) caracteriza a acessibilidade sob duas dimensões: a sócio organizacional e a geográfica. Na primeira dimensão, refere-se a todas as características da oferta e dos serviços que dificultam ou potencializam a utilização dos mesmos; a segunda dimensão trata dos aspectos relacionados ao espaço, tais como distância e tempo de deslocamento e custo de viagem. Vale ressaltar que essas dimensões relacionam entre si.

Starfield (2002) distingue “acesso” de “acessibilidade”, sendo a última entendida como a capacidade de um sistema em prestar serviços aos que nele chegam e o acesso como a forma que as pessoas percebem a prestação dos serviços. Travassos e Martins (2004) concluíram que o entendimento prevalente é o acesso como uma dimensão do desempenho dos serviços de saúde associada à oferta.

Inferre-se destes conceitos que a garantia do acesso aos serviços de saúde está diretamente ligada com a capacidade do sistema de saúde em produzir, em qualquer nível de atenção, respostas às necessidades da população mediante a oferta de serviços que possibilitem a continuidade do cuidado em saúde. Em relação ao acesso à atenção especializada (média e alta complexidade) é necessária a integração da rede de saúde no intuito de se ofertar aos usuários ações e serviços para a continuidade do cuidado. Esta integração deve começar pela a atenção básica e os demais níveis de assistência devem ser organizados por fluxos e contra-fluxos, bem como pelo processo de referência e contra referência previamente estabelecidos pelo sistema de saúde (MENDES, 2001).

Vale explicitar que a assistência à saúde na média e alta complexidade tem sido considerada como um dos pontos principais de estrangulamento da rede de saúde, por conta da lógica de sua organização e financiamento que privilegia os critérios da oferta de procedimentos sem considerar as necessidades e o perfil epidemiológico da população, ocasionando longas filas de espera por serviços e atendimentos.

Existem nos serviços de saúde algumas disparidades entre a oferta e a necessidade ou entre a oferta e a demanda, já que nem toda demanda é necessidade ou vice-versa. Na maioria das vezes as demandas são geradas pelos prestadores do cuidado na rede de saúde e muitas delas não estão baseadas em critérios de necessidade, levando ao uso irracional das tecnologias em saúde, onerando desnecessariamente o sistema de saúde. Sendo assim, buscando diminuir estas disparidades citadas acima, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Regulação por meio da Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008 que dispõe que as ações das quais trata esta política estão organizadas em três dimensões de atuação: Regulação dos Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência (art. 2º, I, II, III).

Para este estudo aprofundaremos a terceira dimensão da regulação, ou seja, a regulação do acesso ou regulação assistencial que visa à organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. A Política de Regulação institui ainda no art. 5º que a Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimento às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários. Elenca as seguintes ações:

I- Regulação da Atenção Básica

II- Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgências e emergências.

III- Controle e regulação dos leitos clínicos e cirúrgicos disponíveis e das agendas de consultas especializadas e de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), informados nos cadastros de estabelecimentos e de profissionais e formalizados por meio dos contratos, convênios ou termos de compromisso.

IV- 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.

V- 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.

VI- Organização de fluxos de referência especializada intermunicipal por meio da conformação da rede hierarquizada e regionalizada e da PPI, articulados pelo Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

VII- Controle e monitoração da utilização mais adequada dos níveis de complexidade, balizados pelos protocolos e fluxos padronizados e consensuados.

VIII- Implantação de Complexos Reguladores.

A regulação do acesso tem inúmeras atribuições, dispostas no § 1º do art. 8º, incisos I ao X, da referida Lei, com destaque para as seguintes: garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da equidade e integralidade; elaborar e implantar protocolos de regulação, orientar os fluxos de assistência e construir e viabilizar as grades de referência e contra-referência. Estas atribuições têm o objetivo de (re)estruturar os sistemas de saúde baseando-se nas necessidades de saúde da população, impulsionando os governos a assumirem o seu papel regulador da oferta e da demanda/necessidade, com a incorporação de novas tecnologias, e das demandas da própria população por ações e serviços de saúde.

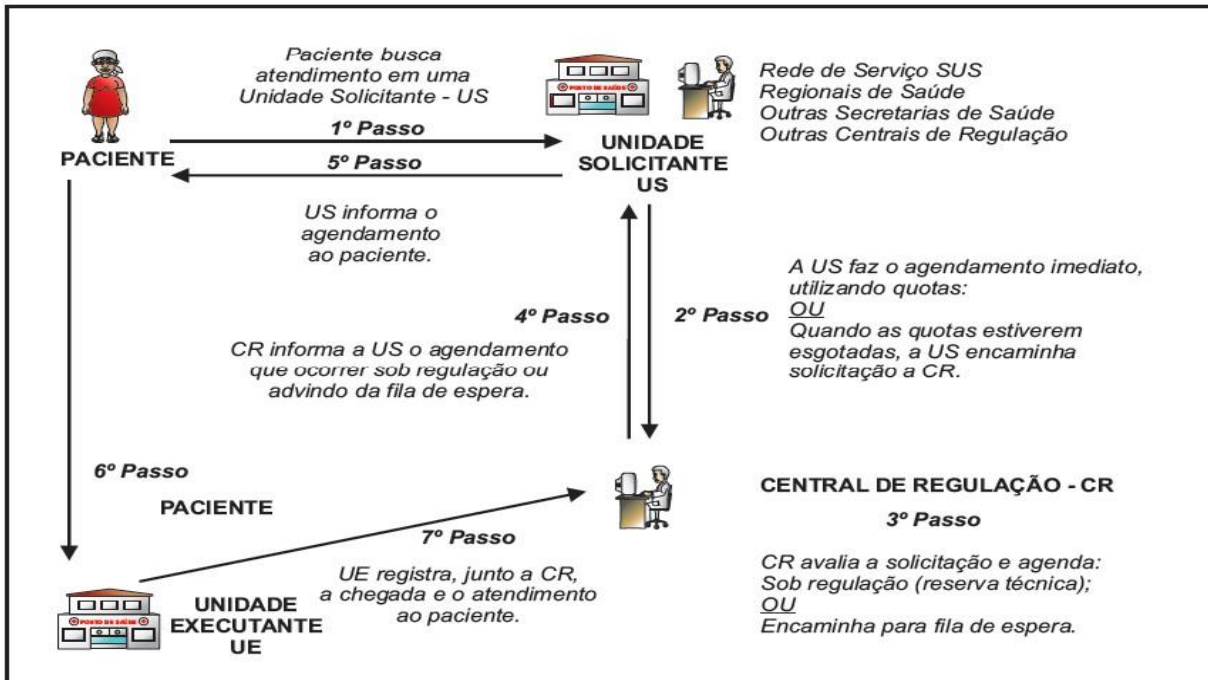
O Ministério da Saúde, no intuito de regular de forma mais efetiva a oferta e a demanda em saúde, instituiu os complexos reguladores, que consistem na organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de forma articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades reais de saúde (BRASIL, 2006b). O complexo regulador é composto por uma ou mais centrais de regulação que executam toda a ação meio do processo regulatório, ou seja, as centrais são os locais onde se recebe as solicitações de atendimento, devendo avaliá-las, processá-las e agendá-las, viabilizando o atendimento integral das demandas/necessidades de ações e serviços de saúde.

As centrais de regulação podem atuar em áreas assistenciais integradas e articuladas com a assistência pré e inter - hospitalar de urgência, das internações, bem como das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. São classificadas em: Centrais de Regulação de Urgência (regula o atendimento pré-hospitalar de urgência); Central de Regulação de Internações (regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos); Central de Regulação de consultas e exames (regula o acesso às consultas especializadas, aos SADT, incluindo os procedimentos ambulatoriais especializados ou não) e a Central de Regulação da Alta Complexidade (regula o acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu estado de origem).

As centrais de regulação têm atribuições e objetivos específicos que orientam suas ações dentro do sistema de saúde, no que tange à ordenação e organização dos fluxos assistenciais buscando a identificação dos déficits e as possíveis falhas do sistema para que os serviços sejam ofertados de forma mais eficiente. Vale destacar que a ação regulatória é feita por um profissional de saúde habilitado que desenvolve suas funções em conformidade com os protocolos de regulação, os quais são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento entre os níveis de complexidade da atenção no intuito de promover a atenção integral ao paciente (BRASIL, 2006b).

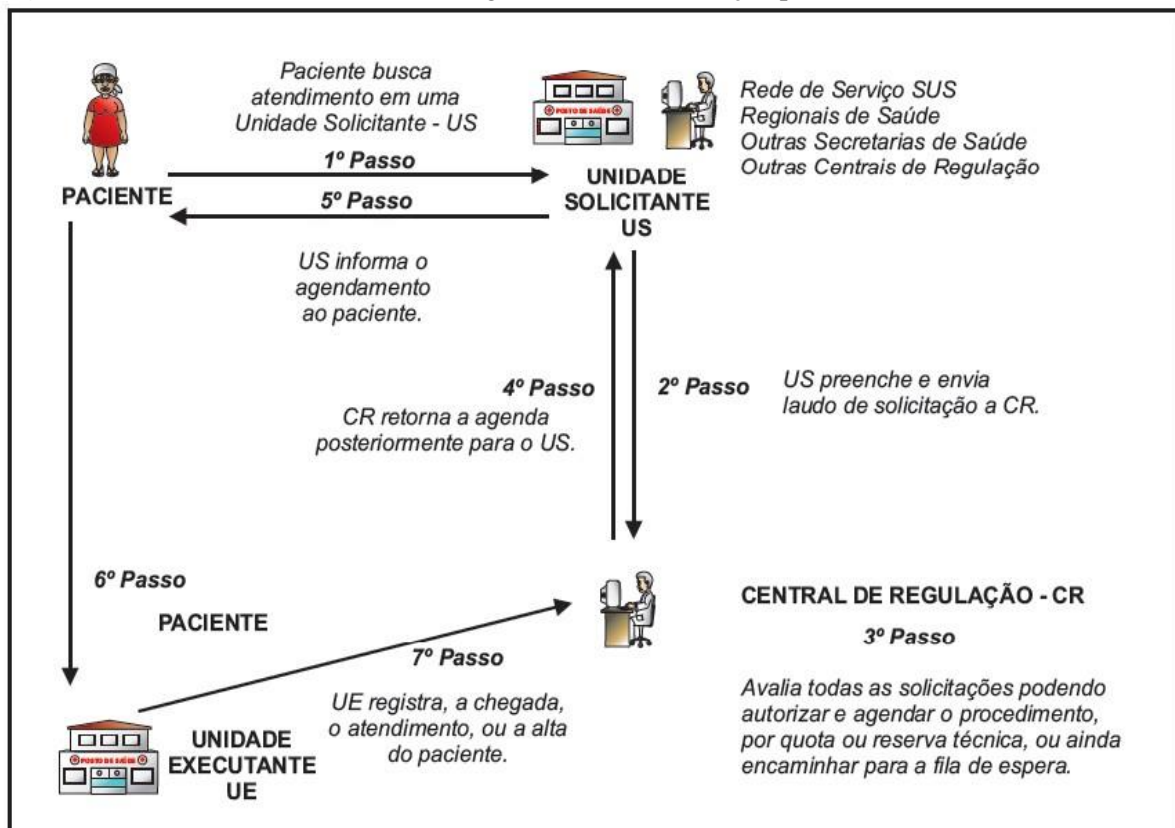
Todo o processo de implantação e implementação dos complexos reguladores foi normatizado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 e pela Portaria nº 2.907, de 23 de novembro de 2009, objetivando garantir o acesso qualificado as ações e serviços do SUS. Por fim, o Ministério da Saúde exemplifica os fluxos de solicitação, agendamento e execução de procedimentos regulados pelo SUS, conforme figuras 1 e 2.

**Figura 1.** Fluxo de atendimento eletivo regulado, sem autorização prévia



Fonte: adaptado de Brasil (2006)

**Figura 2.** Fluxo de atendimento eletivo regulado, com autorização prévia



Fonte: adaptado de Brasil (2006)



## 2.4 A REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

O Capítulo referente ao Direito e Saúde, art. 198 da CF de 88, estabelece que as ações e serviços de saúde integra uma rede regionalizada e hierarquizada dentro do Sistema Único de Saúde. Desta forma, a própria Constituição definiu o modelo de atenção e a forma de organização do SUS. Ainda dispõe que a organização deste sistema deverá estar fundamentada em três diretrizes: a descentralização do sistema, a integralidade da assistência e a participação popular (BRASIL, 1988, art. 198, I, II e III).

Segundo Solla e Chioro (2012),

A lógica de organização do Sistema único de Saúde pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso aos conjuntos das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (SOLLA; CHIORO, 2012, p.1).

A hierarquização tem como objetivo organizar os serviços de saúde de acordo com os tipos de densidade tecnológica<sup>3</sup> necessária em cada nível de assistência que possa atender as necessidades da população dentro de um território definido. Estes serviços de saúde devem estar devidamente qualificados para resolver os problemas de saúde da população em conformidade com os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade).

O sistema de saúde brasileiro se organiza em uma estrutura hierarquizada e piramidal definida por níveis de complexidade crescente (Figura 3). Vale frisar que nenhum destes sistemas mantém relação de subordinação para com o outro, mas são responsáveis pela garantia integral da assistência à saúde de acordo com as necessidades.

Este modelo de organização piramidal tem sido criticado por diversos autores (MENDES, 2011; CECÍLIO, 1997) por entenderem que a hierarquização da assistência leva a uma fragmentação da atenção à saúde ao se estabelecer uma conotação de graus de importância entre os níveis de complexidade. Mendes (2011) propõe a substituição do sistema piramidal e hierárquico por um modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) formada por vários pontos de atenção interligados de forma horizontal e a atenção primária ocupa o centro desta rede (Figura 4).

---

<sup>3</sup> Densidade tecnológica- os serviços que compõem o sistema devem ser ofertados com qualidade, segurança e dentro de padrões de sustentabilidade econômico-financeira (MENDES, 2007).

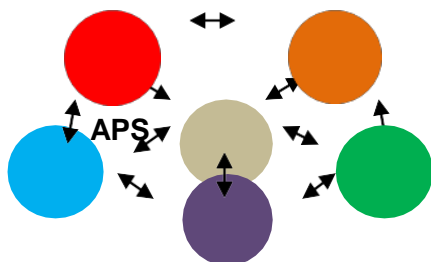
**Figura 3.** Níveis de complexidade



Fonte: Mendes (2011)

Neste mesmo sentido, Cecílio (1997) propõe um modelo de atenção no formato de círculo, que permitisse que os usuários se movimentassem dentro do sistema com múltiplas portas de entrada que viabilizassem um atendimento mais humanizado e comprometido com as necessidades da população.

**Figura 4.** Redes de Atenção à Saúde



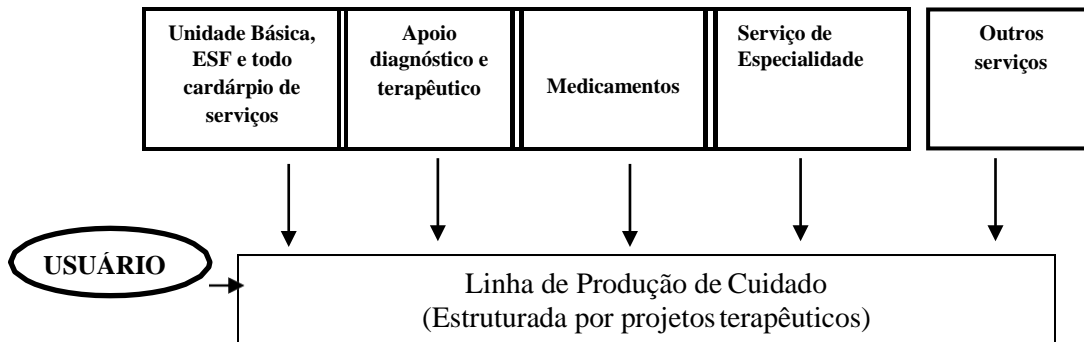
Fonte: Mendes (2011)

Cecílio (1997) mesmo propondo um modelo baseado em círculo, expressa que,

O que a pirâmide quereria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, 1997, p. 470).

Franco e Magalhães Jr. (2003) propõem o modelo de linhas do cuidado, partindo do pressuposto que a integralidade se inicia pela organização dos processos de trabalho da atenção básica a partir da implantação de projetos terapêuticos norteados por fluxos capazes de garantir o acesso aos outros níveis de assistência.

**Figura 5.** Linha de cuidado



Fonte: Franco e Magalhães (2003)

Sem pretender aprofundar os conceitos de atenção primária ou básica nesse estudo, entendemos ser importante apresentar as definições adotadas pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de b (BRASIL, 2012).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde [...].

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social [...] (BRASIL, 2012b, p.21).

Desse modo, a atenção primária é definida como o primeiro nível de atenção à saúde nos SUS, que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, com o uso de tecnologia de baixa densidade, ou seja, deve realizar procedimentos menos complexos (BRASIL, 2011c). A média complexidade ambulatorial é definida pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), como,

Composta por ações e serviços que visam atender os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a

utilização de recursos tecnológicos, para o apoio, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011c, p.12).

Cabe ainda elencar a relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) definidos pelo Ministério da Saúde:

- 1) Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio;
- 2) Cirurgias ambulatoriais especializadas;
- 3) Procedimentos traumático-ortopédicos;
- 4) Ações especializadas em odontologia;
- 5) Patologia clínica;
- 6) Anatomopatologia e citopatologia;
- 7) Radiodiagnóstico;
- 8) Exames ultra-sonográficos;
- 9) Diagnose;
- 10) Fisioterapia;
- 11) Terapias especializadas;
- 12) Próteses e órteses;
- 13) Anestesia.

O último nível de assistência, a alta complexidade é definida pelo Ministério da Saúde como:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar a população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2009a, p. 32-33).

O elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade ambulatorial e hospitalar encontra-se nos anexos da Portaria nº 968 de 11 de dezembro de 2002, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS. Para que se efetive a integralidade do cuidado é necessário que estes níveis de atenção estejam articulados em redes, integrados entre si, tendo a atenção básica como a principal porta do sistema de saúde, ordenando o cuidado para os demais níveis de atenção por meio dos processos de fluxos e contra fluxos e dos sistemas de referência e contra referência. Esta integração entre os diversos níveis de atenção permite uma

maior racionalização dos recursos e maior qualidade da assistência prestada à população (MENDES, 2011).

Compreende-se que os serviços de atenção primária devem ser ofertados de forma dispersa facilitando a acessibilidade aos serviços. Todavia, os serviços de atenção especializada devem ser mais concentrados porque se beneficiam de economias de escala<sup>4</sup> e a distância parece não afetar significativamente o acesso. Assim sendo, a lógica da organização dos serviços de atenção primária é ir até onde as pessoas vivem de forma descentralizada, porém na atenção especializada a lógica é invertida, as pessoas vão até aos serviços em busca do atendimento sem que haja prejuízo do acesso mediante fluxos regulatórios estabelecidos que permita o encaminhamento de um nível assistencial para outro (SOLLA; CHIORO, 2012)

Enquanto a hierarquização trata objetivamente da organização dos serviços em níveis assistenciais, os quais foram abordados anteriormente, a regionalização refere-se à distribuição dos serviços nos territórios em conformidade com os recursos disponíveis. A regionalização é a diretriz que conduz o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006c).

Embora a regionalização estivesse fundamentada na CF de 88, não houve um detalhamento na divisão das responsabilidades e competências entre os gestores no que tange aos serviços de atenção especializada. A partir de 1990, com a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90), houve um melhor detalhamento sobre as responsabilidades e competências dos entes federados, bem como sobre a organização e o funcionamento do sistema.

A partir da promulgação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde esta diretriz galgou avanços no sistema. A NOAS 01/2002, no Capítulo I, dispõe que o processo de regionalização é estratégia para a hierarquização dos serviços de saúde com o objetivo de alcançar maior equidade. Dispõe ainda que

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade [...], de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2002a, p.1).

---

<sup>4</sup> A economia de escala permite um aumento na quantidade total produzida sem um aumento proporcional no custo de produção. Como resultado, o custo médio de cada serviço/produto tende a ser menos com o aumento da produção dos serviços.

A NOAS 01/2002 propôs a elaboração do Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada Integrada como instrumentos que viabilizassem a organização efetiva de uma rede hierarquizada e regionalizada.

Foi a partir do Pacto Pela Saúde, instituído pela Portaria Interministerial nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que a diretriz da regionalização se efetivou de maneira mais fundamentada. O Pacto pela Saúde é formado por três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. O Pacto de Gestão define a responsabilidade de cada ente federado, tendo em vista o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS. Estabelece ainda as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada Integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006c). A PPI é um instrumento de planejamento físico orçamentário realizado entre os gestores para garantir o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade não disponíveis nos territórios. As metas da PPI são acordadas entre os municípios e sua execução é coordenada pela esfera estadual.

Em 28 e junho de 2011, foi promulgado o Decreto nº 7.508, o qual regulamentou a Lei 8.080/90, bem como acrescentou alguns elementos inovadores no SUS, a exemplo, o mapa da saúde, a articulação interfederativa, o contrato organizativo da ação pública, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) foi definido como um acordo de colaboração entre os entes federativos, com o intuito de promover a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde viabilizando a garantia da integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011d).

Em que pese todo este aparato jurídico sobre o processo de regionalização do SUS, salientamos que sua efetivação depende prioritariamente da pactuação de responsabilidades e obrigações que cada ente federado deverá assumir no processo de organização das redes de atenção à saúde que visem garantir a melhoria do acesso e a integralidade do cuidado, pactuação que deve estar pautada pela disponibilidade de recursos em cada região de saúde, pelo consenso entre as instâncias federativas (Municípios, Estados e a União) e pelo desenho da rede de saúde de abrangência regional.

Tendo em vista a necessidade de adequar às características do sistema federativo e as diretrizes do SUS, foram instituídas as comissões intergestoras como espaços intergovernamentais, políticos e técnicos com o intuito de assegurar o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde. As decisões ocorrem por consenso,

garantindo e estimulando o debate e a negociação entre as partes. No âmbito Federal, foi criada a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), no âmbito Estadual foi instituída a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), ambas criadas por Portaria ministerial e ratificadas pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011.

No âmbito regional, o referido decreto renomeou os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e criou as Comissões Intergestores Regionais (CIR). A CIR é um órgão de instância colegiada, não paritária de natureza permanente, organizada como um espaço de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais. Dentre as funções da CIR, destaca-se o acompanhamento e monitoramento dos compromissos pactuados na PPI (metas e indicadores), bem como instituir um processo dinâmico de planejamento regional.

Constata-se que os processos de hierarquização e regionalização são essenciais para a organização da atenção especializada no SUS a partir da definição de papéis e responsabilidades de cada município ou conjunto de municípios no que tange à organização dos serviços de saúde.

## 2.5 A REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA<sup>5</sup>

O Município de Vitória da Conquista é um município de médio porte que está localizado no Sudoeste da Bahia. Dista 510 km da capital do estado, é o terceiro maior município da Bahia. Situa-se na Região Sudoeste, em entroncamento rodoviário, centro de um cruzamento no sentido Norte-Sul do país, sendo um ponto de passagem para as principais cidades do estado da Bahia e do Nordeste do país. Tem uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2015 de 343.230 habitantes. Apesar de sua alta taxa de urbanização (80%), possui uma extensa zona rural dividida em 11 distritos e 284 povoados rurais distribuídos numa extensão territorial de 3704 km<sup>2</sup>.

---

<sup>5</sup> As informações são do relatório de gestão 2014 e do Plano Municipal de Saúde- 2014-1017.

**Figura 6. Mapa município de Vitória da Conquista**

Fonte: IBGE (2013)

O Município de Vitória da Conquista vem, ao longo desses 17 anos de Governo Participativo, construindo um sistema de saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (equidade, universalidade, integralidade e a participação popular). No início da gestão municipal em 1997, existiam apenas seis unidades básicas de saúde, com um quadro de apenas 195 funcionários lotados na Secretaria Municipal de Saúde, com baixa oferta de ações e serviços de saúde. Entre estes funcionários existiam apenas oito médicos e seis enfermeiros na rede SUS municipal.

A gestão municipal vem buscando consolidar a atenção básica como principal porta de entrada para a Rede SUS em conformidade com a PNAB, assumindo as responsabilidades pela ordenação e coordenação das ações de saúde e pela atenção integral e contínua, ofertando o cuidado por meio das equipes multiprofissionais de saúde em articulação com os demais níveis do sistema de saúde.

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família é de 51%, sendo que existe uma cobertura de 100% na Zona Rural. Atualmente a rede de atenção básica é composta por: 37 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 11 Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 44 Equipes de Saúde da Família (ESF); 30 Equipes de Saúde Bucal (ESB); 04 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); 01 Unidade móvel odontológica; 01 equipe do



Programa de Atendimento Municipal Domiciliar para Idosos com Limitações (PAMDIL) e 02 Academias da Saúde.

Além da organização da Atenção Básica, o município conta com atendimento especializado de média e alta complexidade no intuito de garantir a retaguarda e a integralidade da assistência à saúde da população. Para garantir a integralidade da assistência o município dispõe de uma rede de serviços própria e uma rede de serviços privados contratados pelo SUS.

O município de Vitória da Conquista é o principal centro regional na prestação de serviços de saúde. Segundo dados do IBGE (2009) existem 303 estabelecimentos de saúde, dos quais 201 são estabelecimentos públicos e 37 estabelecimentos privados com atendimentos pelo SUS. A rede de saúde conta com 13 unidades de saúde com internação, sendo três unidades públicas e oito privadas com internamentos pelo SUS.

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de uma rede de serviços próprios e uma rede de serviços ambulatoriais e hospitalares privados contratados pelo SUS, conforme disposto da Constituição Federal. A rede própria dispõe de um Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE); um Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (CEMERF); três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): 01 CAPS IA (infantil e adolescente, um CAPS II (adulto) e um CAPS AD (álcool e outras drogas); um Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

A rede municipal de urgência e emergência do município conta com uma Central de Regulação do Atendimento Pré-hospitalar Móvel do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e de seis unidades de Pronto Atendimento que funcionam 24h, o Hospital Unimec (pronto socorro clínico, obstétrico, ortopédico e cirúrgico de baixa complexidade), Instituto Brandão de Reabilitação (IBR) Hospital (assistência de emergência em acidentes vasculares cerebrais com uso de trombolítico), Hospital Geral de Vitória da Conquista, Centro de Atendimento Médico Infantil (CAMI) -pronto socorro infantil, Hospital São Vicente de Paula (pronto socorro geral e referência para cirurgias cardíacas) e o Hospital Municipal Esaú Matos (hospital materno infantil e referência para gestação de alto risco).

O município de Vitória da Conquista possui um hospital próprio de referência Materno Infantil e de Assistência de Pré-Natal e gestação de Alto Risco, possui unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal que garante a integralidade do cuidado à gestação de alto risco. Conta ainda com um laboratório da rede própria para realizar os exames de hematologia, bioquímica, microbiologia, parasitologia, uranálise e baciloscopia.

A maior oferta de leitos do SUS advém da rede conveniada com o SUS, são 793 leitos distribuídos entre os hospitais públicos, privados e filantrópicos (BRASIL, 2015). No ano de 2013 a regulação de leitos passou para a gestão estadual onde foi implantada uma Central Regional de Leitos que regula toda a Macrorregião Sudoeste (total de 73 municípios).

Para regular o acesso às vagas de exames, consultas e procedimentos especializados, a rede do SUS municipal conta com a Central Municipal de Regulação de Procedimentos e Exames Especializados (CRPEE) implantada em 1999, tem por objetivo implementar diversas ações que incidam sobre os prestadores de serviço de saúde públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente e efetiva das ações, proporcionando adequado acesso dos usuários às consultas e procedimentos especializados, aos Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados, garantindo a melhoria da integralidade da assistência, da qualidade e da resolutividade, contando com um sistema próprio de regulação que busca ordenar a rede credenciada do SUS. Os serviços de média complexidade são disponibilizados para a população local e para a população dos 73 municípios da Macrorregião Sudoeste que pactuaram os procedimentos via PPI. Os serviços de alta complexidade são disponibilizados para toda a região de saúde da área de abrangência. Estes procedimentos são ofertados e regulados pela CRPEE em consonância com os princípios da regionalização.

A CRPEE encaminha para todas as Unidades Básicas de Saúde a oferta mensal dos procedimentos de média complexidade e as respectivas Unidades de saúde priorizam os exames e enviam para serem marcados na central via malote. Quando o procedimento é agendado, a guia de marcação volta para a unidade para ser entregue ao usuário. Os exames de alta complexidade são agendados diretamente na sede da CRPEE, todas as solicitações são avaliadas por médicos reguladores que agendam os exames de acordo com a necessidade e urgência baseado nos protocolos de acesso do complexo regulatório. Também são reservadas cotas para os casos mais prioritários. A figura 7 apresenta o fluxo de regulação ambulatorial.

O município, por meio de um convênio com o Governo Federal, está iniciando a implantação do complexo regulatório no intuito de descentralizar a regulação dos procedimentos especializados para todas as unidades de saúde, iniciando pela zona urbana e as unidades de zona rural com acesso ao sinal de internet. Vitória da Conquista dispõe ainda de uma Ouvidoria do SUS, do Sistema de Auditoria e do Serviço de Controle, Avaliação e Regulação do SUS.

Os Municípios da Região de Saúde pactuados com Vitória da Conquista tem acesso ao sistema de regulação da CRPEE, módulo marcador, com senha específica e realizam as

regulações e marcações dos serviços de média complexidade via internet de acordo com a pactuação física e financeira.

**Figura 7.** Fluxo do sistema de regulação ambulatorial



Fonte: adaptado de Brasil (2006).

## 2.6 A JUDICIALIZAÇÃO E O DIREITO À SAÚDE

Nos últimos anos tem crescido no Brasil o fenômeno da judicialização no âmbito da saúde como via para a garantia do direito à saúde. Este fenômeno tem sido de grande interesse de estudo para acadêmicos, gestores públicos e profissionais do direito por se tratar de uma temática nova de origem ainda incerta, com poucos estudos teóricos e comparativos no Brasil, bem como pela amplitude da judicialização e diversidade dos níveis de expressão nas cortes.

Conforme Diniz, Machado e Penalva (2014, p.591), a judicialização da saúde deve ser compreendida “como uma questão ampla e diversa de reclame de bens e direitos nas cortes: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde”.

A autora ainda salienta que existe uma diversidade de argumentação na análise das responsabilidades da judicialização do direito à saúde, num momento pode caracterizar como efetivação do direito e no outro, como uma interferência indevida nas políticas públicas no

que tange a inobservância de critérios objetivos e uniformes e de não possuir informações seguras quanto a viabilidade e adequação técnica e orçamentária do bem judicializado. Para Barroso (2012), judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política e social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias tradicionais (Legislativo e o Executivo).

No Brasil, diferentemente dos outros países com sistema universal de saúde, o bem garantido é o direito à saúde e não o direito aos serviços de saúde. Desta forma, a judicialização da saúde invoca o direito à vida e a dignidade da pessoa humana, ambos protegidos constitucionalmente.

No Brasil, a Carta Magna de 1988 instituiu os direitos sociais ao status de direitos fundamentais. O direito à saúde foi expressamente disposto no art. 6º da CF como um direito social e o art. 196 definiu que é dever do Estado garantir este direito mediante a adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. O texto constitucional também definiu a política pública a ser implementada para garantia do direito à saúde: o SUS, onde as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema dotado de princípios e diretrizes a serem cumpridos pelo Poder público: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988, art. 198).

Segundo Weichert (2010, p.102-103), “a leitura isolada dessa norma constitucional conduz a interpretações (equivocadas) de que o SUS deve a qualquer tempo, para qualquer cidadão, em qualquer contexto, fornecer todo e qualquer insumo em saúde”. É neste equívoco de interpretação das normas constitucionais e legais que regulamentam o SUS que a maioria dos processos judiciais têm se fundamentado, principalmente invocando o princípio da integralidade e da expressão incansável de que saúde é direito de todos e dever do Estado para se tutelar qualquer demanda em saúde sem se importar com as políticas públicas implantadas em cada esfera de governo.

Neste sentido corrobora Santos (2014),

[...] palco de demandas fundadas na expressão genérica de que saúde é direito de todos e dever do Estado, como se esse direito pudesse *tudo compreender e todos atender*, como um grande varejo de serviços e insumos sem organização jurídico-administrativa, sanitária e financeira, onde todos pedem considerando apenas a receita médica e o decantado *saúde é direito de todos e dever do Estado*, como se nada mais existisse além desse horizonte (SANTOS, 2014, p.127-128).

O tema da judicialização tem sido amplamente debatido no Brasil e inicialmente existem duas correntes de pensamentos referentes a este fenômeno, uma que sustenta que a interferência do judiciário como uma forma de ampliação da cidadania e outra que vê o ativismo político do judiciário como um fator limitante para o desenvolvimento da cidadania. Existem estudos que defendem ambos os argumentos e desta forma é necessário que os estudos busquem identificar quais os pontos nevrálgicos da judicialização do direito à saúde.

O mandamento constitucional (art.196) prevê que o SUS deve ser estruturado para permitir o acesso igualitário e equitativo a todos os cidadãos. Essa estruturação do SUS se dá por meio de condições organizativas de acesso, que visa ordenar o sistema para a garantia do direito de forma universal e igualitária a toda população. A priori, este acesso universal se dá pelas portas de entrada no sistema, conforme definido pelo art. 9º do Decreto 7508/2011.

Em relação a universalidade do direito à saúde é importante inferir o pensamento de Santos (2014):

O SUS destina-se a todos, mas a todos que optarem pelo sistema público com seus regramentos administrativos, técnicos e sanitários. A universalidade não é uma porta aberta, mas sim uma porta ordenada e por si só não pode transformar o SUS num balcão de mercadorias e procedimentos concedidos a qualquer tempo, de qualquer modo à pessoa que não entrou no SUS pelas suas regras (SANTOS, 2014, p. 149).

### **2.6.1 A judicialização das políticas públicas de saúde**

A garantia do direito à saúde assim como de todo e qualquer direito social definido pela Constituição deve ser efetivado pelas políticas públicas formuladas e implantadas pelos governos (Executivo e Legislativo). As políticas públicas visam alcançar o coletivo garantindo a efetivação dos direitos sociais a todos os cidadãos mediante a execução dos planos, programas e projetos elaborados pelo Poder Público com base nos preceitos constitucionais e demais normas legais.

A Constituição Federal definiu na segunda parte do art. 196 que o direito à saúde deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que evitem o risco de doenças e de agravos e que visem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Desta forma, é notório que o direito à saúde para ser efetivado necessita que a Administração Pública formule e implante políticas públicas abrangentes que vão além do acesso aos serviços de saúde e do fornecimento de medicamentos e insumos (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

A lei 8.080/90 em seu art. 3º reafirma a amplitude do conceito de saúde disposto no mandamento constitucional interligado aos determinantes e condicionantes, tais como moradia, alimentação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, entre outros e no seu art. 2º, § 2º enaltece que o dever do Estado em prover as condições para a efetivação do direito à saúde não exclui a responsabilidade das pessoas, família, empresas e da sociedade.

É dever do Poder Público formular e implementar políticas públicas e no caso específico da saúde deve ser garantido a participação da comunidade na elaboração das políticas de saúde por meio das instâncias de participação social conforme determinação Constitucional. Esta participação se efetiva por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências de Saúde. Todavia, é preciso alertar que a execução das políticas públicas de saúde deve ter coerência com a disponibilidade orçamentária e financeira dos recursos da saúde.

Conforme a Lei 141/2012, que regulamenta os recursos aplicados em saúde pelos três entes federados, o processo de planejamento e orçamento da saúde será ascendente e deverá partir das necessidades da população, acrescenta ainda, que é de responsabilidade dos Conselhos de Saúde estabelecer as prioridades em saúde. Sendo assim, é plausível reconhecer que o direito à saúde não é absoluto, e sim limitado pela disponibilidade dos recursos financeiros.

Segundo o entendimento de Santos (2014),

É pela política pública que o governo faz suas escolhas quanto às prioridades em saúde, visto não haver possibilidade de se garantir a todos tudo o que existe, ao sabor das escolhas médicas (servidores públicos, diga-se), que passam ao largo da política pública (SANTOS, 2014, p. 152).

Neste aspecto existe um choque de entendimento entre o Poder Público e Poder Judiciário quanto à abrangência/limitação das políticas públicas de saúde na efetivação do direito à saúde. O Judiciário, em geral, tem entendimento que o direito à saúde é absoluto e desta forma, vem reiteradamente obrigando o Poder Público a garantir tratamentos de saúde não contemplados nas políticas públicas implantadas.

Sendo assim, a judicialização da saúde vem interferindo na implementação das políticas públicas no SUS e onerando os serviços de saúde, à medida que as determinações judiciais versam sobre serviços, tratamentos e medicamentos com valores exorbitantes impactando o orçamento e o planejamento em saúde. Neste sentido, corrobora o entendimento de Barroso (2008, p. 4), “tais excessos e inconsistências não são apenas problemáticos em si.

Eles põem em risco a própria continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos”.

De igual modo escreve Machado (2008),

Na medida que os juízes concedem liminares para aquisição imediata de bens e ou serviços de saúde, que devem ser adquiridos pelo Poder Executivo (sob o risco de prisão para o gestor), em geral sem licitação, eles intervêm diretamente na alocação orçamentária, determinada pelo Poder Legislativo, e na condução da política pública de saúde, estabelecida pelo Poder Executivo (MACHADO, 2008, p. 88).

Não há como negar a importância do Judiciário em relação à proteção do direito à saúde, ao aprimoramento do SUS e do exercício da cidadania. Todavia, a atuação do judiciário deveria acontecer quando da ação ou omissão do Poder Público resultar em ameaça a efetivação o direito à saúde, buscando indagar os motivos da não prestação do serviço e, as decisões judiciais deveriam respeitar os atos administrativos e orçamentários que regulamentam o SUS. Há que se considerar ainda, que a maioria das decisões judiciais atende a dimensão individual em contraposição com as políticas de saúde que visam atender a toda uma coletividade. Desta forma, alguns estudos vêm demonstrando que a via judicial está se tornando uma porta de acesso mais rápida aos bens e serviços do SUS em desacordo com as políticas públicas de saúde.

Há que se considerar que existem problemas na implementação das políticas de saúde atrelada a limitação financeira ocasionando insatisfações da população quanto ao acesso aos serviços de saúde. Desta forma, o judiciário é acionado para dirimir as insatisfações da população. Todavia, é preciso que tanto o Poder Público avance na elaboração, na implantação das políticas públicas e na organização administrativa para garantir a prestação efetiva dos serviços de saúde à população, bem como o Poder Judiciário precisa balizar as suas decisões pautadas nas normativas do SUS e no conhecimento das políticas públicas.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva baseada em dados secundários, com pesquisa bibliográfica e documental, e abordagem quantitativa. Visto que se pretende conhecer a organização das ações e Serviços da Atenção Especializada (SAE) da região de saúde do Município de Vitória da Conquista, bem como as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos usuários na busca pelos serviços de saúde no âmbito da atenção especializada relacionando com o princípio da integralidade da assistência, bem como o levantamento das demandas dos SAE por via judicial no ano de 2013 e 2014.

Segundo Gil (2008), as pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de determinada população, fenômeno ou de um grupo. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coletas de dados, a exemplo do questionário e a observação sistemática. Neste tipo de pesquisa, o pesquisador não interfere nas fontes, apenas observa, registra, analisa e ordena os dados.

Conforme Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de material já publicado disponível em livros, revistas, monografias, teses, entre outros, no intuito de oferecer ao pesquisador todo material já escrito sobre o tema em estudo.

Ainda de acordo com Gil (2008), a pesquisa documental pode ser confundida com a pesquisa bibliográfica, destacando que a diferença entre ambas reside na natureza das fontes da pesquisa. A pesquisa documental se utiliza das fontes sem tratamento analítico ou que podem ser reelaboradas em conformidade com os objetivos da pesquisa e a pesquisa bibliográfica recorre as fontes já publicadas sobre o assunto em estudo. A pesquisa documental pode promover a organização de fontes ou dados dispersos, dando nova significação para as informações.

A abordagem quantitativa, consiste em formular hipóteses e classificar a relação entre as variáveis para se obter resultados fidedignos, evitando distorções no processo de análise e interpretação dos mesmos. Exige o uso de recursos e técnicas estatísticas, tais como: percentagem, média, mediana, desvio-padrão etc. (GIL, 2008).



### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo desta pesquisa foi constituído pelos serviços da Rede de Atenção Especializada do SUS no município de Vitória da Conquista, especificamente a CRPEE e o setor jurídico da Secretaria Municipal de Saúde para levantamento das liminares judiciais recebidas em 2013 e 2014 que demandam sobre os Serviços de Atenção Especializada.

Segundo o PDR Estadual, o município de Vitória da Conquista é sede de pólo, agrupando 73 municípios na Macrorregião e 19 municípios na região de saúde (microrregião). Este estudo se debruçou sobre a assistência à saúde dos municípios que compõe a região de Saúde. A região de Saúde de Vitória da Conquista tem uma população estimada de 669.685 habitantes segundo estimativas do IBGE (2015). Com 343.230 habitantes, Vitória da Conquista é considerado também como polo econômico, educacional e referência para cuidados de média e alta densidade tecnológica para a Macrorregião Sudoeste. A região de saúde é composta por municípios com baixa taxa de urbanização (exceto Vitória da Conquista), que na última década diminuíram ou estagnaram o crescimento populacional, (excetuando-se Vitória da Conquista e Planalto), representando um importante desafio a implementação das políticas de saúde, principalmente no que tange a fixação e atração de profissionais, a disposição dos estabelecimentos de saúde e a oferta dos serviços (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015).

Na Região de Saúde todos os municípios assinaram o Pacto Pela Vida e apenas cinco assumiram o Comando Único (Maetinga, Presidente Jânio Quadros, Belo Campo, Barra do Choça e Vitória da Conquista) os demais mantiveram os serviços de saúde sob gestão estadual. A figura 8 apresenta o mapa e a relação dos municípios pertencentes a região de saúde de Vitória da Conquista.

**Figura 8.** Municípios pertencentes a região de saúde de Vitória da Conquista

Fonte: Bahia (2015)<sup>6</sup>

Em Vitória da Conquista concentram-se serviços de alta densidade tecnológica nas especialidades de oncologia, nefrologia, neurologia, cardiologia e 25 leitos de UTI adultos, 20 leitos de UTI neonatal e 5 leitos de UTI pediátrico. Também estão localizados no município dois hospitais da rede estadual, um da rede municipal e um filantrópico, totalizando 425 leitos clínicos e cirúrgicos SUS.

A partir da consolidação das informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), em novembro de 2015, a região de saúde contava com 805 estabelecimentos de saúde, distribuídos em estabelecimentos de atenção básica, de média e alta complexidade, sob gestão própria, estadual e privados contratados ao SUS e não contratados (Tabela 1). Vale ressaltar, que a maior concentração dos estabelecimentos de saúde localiza-se no Município de Vitória da Conquista.

A região de saúde possui 20 unidades hospitalares, distribuídos entre públicos, privados e filantrópicos. Onze unidades estão cadastradas como hospitais gerais, sendo que 10 são hospitais públicos de pequeno porte (HPP), os quais estão localizados nos municípios de Anagé, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Cândido Sales, Condeúba, Cordeiro, Encruzilhada, Planalto e Tremedal, que disponibilizam 412 leitos para o SUS, incluindo os leitos do hospital filantrópico de Poções (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015).

<sup>6</sup> Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/?id=1>>.

**Tabela 1.** Distribuição dos estabelecimentos de saúde da região de saúde de Vitória da Conquista (BA). Vitória da Conquista/BA, 2016.

TIPO	Número
Posto de Saúde	27
Centro de Saúde/ Unidade Básica	164
Policlínica	14
Hospital Geral	20
Pronto Socorro Geral	1
Consultório Isolado	341
Clínica/Centro de especialidade	104
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT ISOLADO)	35
Unidade Móvel Terrestre	8
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na área da urgência	13
Farmácia	6
Unidade de Vigilância em Saúde	3
Hospital/Dia- isolado	6
Central de Regulação de Serviços de Saúde	3
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	1
Secretaria de Saúde	19
Centro de Atenção Psicossocial	13
Polo Academia da Saúde	2
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	2
Hospital Especializado	6
Cooperativa	1
Central de Regulação do Acesso	6
Centro de Apoio a Saúde da Família	6
Central de Notificação, Captação e distribuição de órgãos estadual	1
Pronto Atendimento	2
<b>Total</b>	<b>805</b>

Fonte: Brasil (2015)

### 3.3 INSTRUMENTO

Para realizar a coleta dos dados foram utilizados os quadros contidos na Coletânea de normas e critérios e parâmetros disponibilizados no endereço eletrônico do art. 4º §2º da Portaria GM/MS nº. 1.631 de 01 de outubro de 2015, seção V, que trata da Atenção Especializada. Foram calculadas as informações dos parâmetros assistenciais para as necessidades das principais especialidades médicas para a população da região de saúde de Vitória da Conquista, bem como o quantitativo de exames e procedimentos relacionados a cada especialidade médica. Nestes mesmos quadros foi adicionado as informações da pactuação de cada município e consolidado para a região, e o número absoluto das regulações

e marcações de consultas, exames e procedimentos dos anos de 2013 e 2014 da região de saúde.

Para a coleta dos dados sobre os processos judiciais da saúde foi criado um formulário estruturado considerando-se as seguintes variáveis: quantitativo de processos, o bem de saúde requerido, se o SAE tem cobertura pelo SUS, o autor da ação, o réu da ação, o juízo e o sexo dos requerentes.

### 3.4 PROCEDIMENTOS, COLETAS DE DADOS, INDICADORES

Neste estudo, foram utilizados como material de estudo, documentação normativa referente à organização e oferta de serviços da Secretaria Municipal de Saúde, dados obtidos pelo sistema de informação da CRPEE no Município de Vitória da Conquista, bem como nas bases de dados do Governo Federal e Estadual (CNES, DIPRO-SISPPI), legislação e documentação normativa referente à oferta de serviços de saúde na perspectiva da integralidade e articulação dos níveis de atenção no nível do Ministério da Saúde e demais instâncias jurídicas federais. Além disso, foram estudadas e descritas as liminares judiciais que versam sobre solicitações de marcação de consultas, exames e procedimentos especializados no ano de 2013 e 2014.

Com relação ao estudo referente aos serviços especializados, dois grupos de indicadores serão considerados: (i) indicador (es) de oferta, (ii) indicador (es) de cobertura.

O CNES forneceu os dados do número de profissionais médicos cadastrados nos municípios da região para que se compare com o quantitativo necessário para a região de saúde e o quantitativo de estabelecimentos de saúde existentes na região de saúde.

Os indicadores de oferta de consultas médicas, procedimentos e exames especializados foram calculados pelo quantitativo das marcações realizadas pela CRPEE nos anos de 2013 e 2014. A finalidade do indicador é medir a disponibilidade de SAE, segundo a capacidade instalada no município executor. A PPI dos 18 municípios foi consolidada em um único formulário e forneceu a programação dos SAE para a região de Saúde. A oferta de serviços de saúde é influenciada pelas condições socioeconômicas regionais e por políticas públicas de atenção à saúde.

O indicador de oferta tem por objetivos: (1) analisar variações geográficas e temporais da oferta e da distribuição de consultas médicas, procedimentos e exames especializados, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos

específicos, e (2) subsidiar processos de planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde.

Foi considerado para os indicadores de cobertura os parâmetros assistenciais da Portaria Ministerial nº 1.631 de 1 de outubro de 2015 onde foi calculado para cada especialidade médica a necessidade para cada município e para a região de saúde. Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, são referenciais quantitativos sem caráter /impositivo ou obrigatório que objetiva garantir a equidade de acesso, a integralidade e a adequação dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2015c, art. 4º).

Na composição do referencial teórico deste estudo foram realizados levantamentos nas plataformas *Scientific Electronic Library Online* (ScieLO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, a partir dos seguintes descritores: ” integralidade”, ” integralidade da assistência”, “níveis de atenção à Saúde”, “atenção especializada”, ” judicialização”, “judicialização e saúde” e “Direito à Saúde”. Serão analisados livros e demais materiais publicados sobreo tema estudado.

O presente estudo foi realizado em três etapas, inicialmente foram levantadas e consolidadas as marcações de exames, consultas e procedimentos ofertados na Região de Saúde. A segunda etapa se deu mediante a análise da situação da rede de prestação de serviços de nível secundário em Vitória da Conquista, a luz da Portaria nº 1.631/2015 do Ministério da Saúde e da PPI e a terceira etapa se desenvolveu com base no estudo dos objetos de liminares judiciais, com vistas a apurar insuficiências e dificuldades no acesso que levaram o usuário a lançar mão da via jurídica para garantia do direito constitucional.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram inicialmente inseridos em uma planilha do Programa Excel e em seguida transportados para o Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, no qual foi realizada análise estatística descritiva simples, sendo os dados apresentados em quadros, tabelas e gráfico.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo cumpriu com os princípios éticos previstos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que regulamenta a

pesquisa envolvendo seres humanos e exige respeito à dignidade humana, na ponderação dos riscos e benefícios da pesquisa sobre os sujeitos, na relevância social da pesquisa, na garantia da confiabilidade e privacidade, no respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos e no retorno social dos benefícios da pesquisa.

O projeto de pesquisa deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca (ENSP), sendo aprovado pelo Parecer nº 1.285.675 no dia 19 de outubro de 2015.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para alcançar o objetivo deste estudo, foram elaboradas 14 tabelas com as informações e dados obtidos pelo sistema de regulação com as marcações de exames, consultas e procedimentos da região de saúde de Vitória da Conquista, pelo site da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DIPRO), pelos cálculos efetuados conforme Portaria GM/MS nº 1.631, de 01 de outubro de 2015 e pelo CNES, analisando os parâmetros para necessidade das principais especialidades médicas, bem como o rol de exames e procedimentos relacionados a cada especialidade e comparando com a PPI da região de Saúde e o quantitativo de consultas, exames e procedimentos marcados em 2013 e 2014 pela CRPEE do Município de Vitória da Conquista. Foram elaborados ainda 01 gráfico e 03 tabelas com os dados fornecidos pela Procuradoria Jurídica da Saúde que versam sobre a judicialização da saúde.

Os dados contidos na tabela 2, retratam que a pactuação feita para a região de saúde em relação as especialidades gastroenterologia e proctologia, estão abaixo do proposto pelos parâmetros assistenciais, correspondendo a 20,50% e 7,34% respectivamente. Mesmo sendo a marcação de 2013 e 2014 acima do valor pactuado a oferta está inferior ao preconizado pela Portaria Ministerial. Em 2013 e 2014 a marcação para gastroenterologia foi de 43,00% e 31,20% e a marcação da especialidade proctologia foi de 22,70% e 26,60%.

**Tabela 2.** Distribuição da pactuação e oferta quanto as especialidades de gastroenterologia e proctologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPI	Oferta 2013	Oferta 2014
<i>GASTROENTEROLOGIA/ PROCTOLOGIA</i>				
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Gastroenterologia/Nutrologista	16,7			
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Coloproctologista/Proctologista	13,4			
Consulta Médica Gastroenterologia	9375	1928	4036	2934
Consulta Médica Proctologia	10714	787	2442	2850
Endoscopia Digestiva Alta	11384	1590	2590	2020
Ecoendoscopia	335			
Colangio Pancreatografia Retrograda	335			
Endoscopia Terapêutica – polipectomia, ligadura, esclerose	2343			
Colonoscopia	2343	183	698	1010
Retossigmoidoscopia	2000	169	214	153

Fonte: Dados da pesquisa

Os exames e procedimentos (endoscopia digestiva, colonoscopia e Retossigmoidoscopia) estão pactuados abaixo do necessário para cobrir a região de saúde. Os procedimentos de Ecoendoscopia, Colangiopancreatografia retrógrada e Endoscopia terapêutica não tem pactuação na região de saúde e não é ofertado pelo Município de Vitória da Conquista.

Segundo Diretrizes do Ministério da Saúde, a PPI traduz as responsabilidades de cada município em definir e quantificar as ações de saúde necessárias para garantir o acesso da população aos serviços de saúde, buscando adequar essas necessidades com a capacidade instalada do município pólo (BRASIL, 2006c).

Conforme a tabela3, constatou-se que na especialidade de nefrologia a pactuação feita corresponde a 36,00% do proposto pelos parâmetros assistenciais e a marcação correspondeu a 20,17% em 2013 e 20,60% em 2014 do respectivo parâmetro. A ultrassonografia de vias urinárias é pactuada com as demais ultrassonografias e a marcação em 2013 foi de 35,20% e em 2014 correspondeu a 33,90%. Não existe pactuação para as cintilografias por se tratar de procedimento de alta complexidade, todavia, houve marcação do procedimento de cintilografia renal no município de Vitória da Conquista mesmo não sendo o responsável pela execução do referido procedimento. O Município dispõe do serviço por contratação e financiamento próprio.

**Tabela3.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de nefrologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<i>NEFROLOGIA</i>				
Quantidade de médicos 40 horas semanais – Nefrologista	17,4			
Consulta Médica Nefrologia	10714	3854	2108	2214
US Rins e Vias urinárias	5357	*6918	1888	1820
Cintilografia Renal	134		73	27
Cintilografia Renal Dinâmica com Captopril	100			

\* USG demais sistemas

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a tabela4, a pactuação da especialidade neurologia representa apenas 6,77% do preconizado pelos parâmetros assistenciais. A marcação em 2013 e 2014 foi bem superior ao pactuado para a região de saúde, contudo, bem abaixo do proposto pelo parâmetro, 11,60% e 9,45% respectivamente. Para o procedimento de eletroneuro miografia não existe pactuação, pois é um procedimento relacionado à saúde do trabalhador e não



compõem as metas da PPI, este procedimento por estar concentrado nos municípios polos será programado com lógica descendente sendo ofertado pelo Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) para os 73 municípios da macrorregião, a marcação é realizada pelo próprio serviço. Para a Ultrassom (US) Transfontanela é pactuado no grupo ultrassonografias dos demais sistemas, foi marcado 40,60% em 2013 e 29,90% em 2014 considerando o estipulado na Portaria Ministerial.

**Tabela 4.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de neurologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016.

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<i>NEUROLOGIA</i>				
Quantidade de médicos 40 horas semanais Neurologista/Neurocirurgião/Neurofisiologista	23,4		B	
Consulta Médica Neurologia /Neurocirurgia/Neurofisiologia	43530	2948	5046	4117
Eletroneuromiografia	1540			
US Transfontanela	388,4	*6918	158	116
Tomografia de crânio	14733	*	2288	1639
Ressonância Magnética de crânio	1071		661	760
Angioressonância cerebral	201		51	41

\*USG demais sistemas\*\*Pactuação por Abrangência

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à tomografia de crânio a pactuação é feita por abrangência, por se tratar de um procedimento de alta complexidade, onde o ente estadual que distribui o quantitativo conforme o teto financeiro alocado para o município executor e os demais municípios referenciados, as marcações de 2013 (15,52 %) e 2014 (11,12 %) foram bem inferior ao necessário para cobrir a região de saúde. Os procedimentos de ressonância magnética de crânio e angioressonância cerebral também são procedimentos de alta complexidade e não foram programados para a execução no Município de Vitória da Conquista, entretanto, o município com recursos próprios realiza as ressonâncias tendo uma média de marcação de 66,29 % para ressonância magnética (RNM) de crânio e de 22,90 % para angioressonância.

A análise constata que a maioria dos procedimentos elencados nos parâmetros do MS são classificados, como de Média Complexidade, os quais tem a finalidade estratégica de subsidiar o diagnóstico das doenças aumentando a resolutividade da Atenção Básica (AB) e contribuindo para a garantia da integralidade da assistência e da universalidade do cuidado. Desta forma, à medida que as metas não refletem as necessidades da população cria-se uma sobrecarga na Atenção Especializada e uma baixa resolutividade da AB.

No intuito de dirimir as disparidades entre a oferta e a demanda, o Ministério da Saúde, por meio da Política de Regulação da Atenção à Saúde (Portaria MS n.º 1.559 de 01/08/2008b), instituiu os Complexos Reguladores do Acesso à Assistência que com ações integradas e articuladas com toda a rede de saúde, busca promover a adequação da oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxime das necessidades reais da população.

Com relação à criação do complexo regulatório da assistência, o Município de Vitória da Conquista dispõe da CRPEE que cumpre todas as orientações da Política Nacional de Regulação tendo como desafio o de adequar a oferta disponível na rede SUS com a PPI.

A especialidade oftalmologia foi a que apresentou maior dificuldade de análise devido apactuação seguir por grupos de procedimentos ou exames, sendo agrupados em diagnóstico oftalmológico básico, intermediário e alto, conforme demonstra a tabela 5 e os parâmetros assistenciais dispõe por tipo de procedimento. No quesito consulta, a pactuação correspondeu a 13,27% do parâmetro assistencial e a marcação de 2013 foi de 19,61% e a de 2014 foi de 14,27% em relação a Portaria Ministerial.

**Tabela5.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de oftalmologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<i>OFTALMOLOGIA</i>				
Quantidade de médicos 40 horas semanais-oftalmologia	26,78			
Consulta Médica Oftalmologia	92416	12269	18124	13197
Paquimetria ultrassônica	2745	*6918	1123	931
Ultrassonografia do globo ocular / orbita monocular	1406			
Biometria ultrassônica (monocular)	3080	**4493	1469	1456
Campimetria comp. Ou manual com gráfico	3750	**4493	653	640
Ceratometria	803	***18890		
Curva Diária de Pressão Ocular CDPO	3549	****1943	1592	1950
Gonioscopia	2544	***18890	1404	408
Mapeamento de retina com gráfico	14733	**4493	2832	2918
Microscopia especular de córnea	33,48	**4493	1313	1368
Potencial de acuidade visual	267,8	***18890		218
Retinografia Colorida Binocular	7500	**4493	34	498
Retinografia Fluorescente binocular	3750	**4493	30	19
Teste de visão de cores	6,69	***18890		
Teste ortóptico	3549	****1943		
Topografia computadorizada de córnea	1171	**4493	148	126
Fundoscopia	9710	***18890		
Tonometria	26639	***18890	5341	1274
Biomicroscopia de fundo de olho	9710	****1943		

\*US demais sistemas. \*\*Diagnóstico Oftalmológico Alto. \*\*\*Diagnóstico Oftalmológico Básico. \*\*\*\*Diagnóstico Oftalmológico Interm.

Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se no presente estudo que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência vigente para a região de saúde não corresponde ao quantitativo proposto pelos parâmetros assistenciais para a população que abrange a região de saúde de Vitória da Conquista. A Portaria nº 1.631 de 01 de outubro de 2015, revogou expressamente a Portaria nº 1.101/GM/MS de 12 de junho de 2002 e aprovou critérios para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Esta nova portaria é resultado dos estudos apresentados na consulta pública SAS 06/2014 de 12/03/2014, a qual visa propor uma nova lógica de definição dos parâmetros para as necessidades de saúde com estimativas de oferta para as ações e serviços que minimize os riscos e os agravos da população, além de proporcionar uma assistência de qualidade, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado (BRASIL, 2015c).

Dáí surge a primeira impressão, que a metodologia utilizada na PPI da Assistência para calcular o quantitativo de consulta, exames e procedimentos, não corresponde mais com as necessidades assistenciais proposta pela Portaria Ministerial (nº. 1.631 de 01/10/2015) para a região de saúde, comprometendo assim a terceira perspectiva da integralidade, descrita por Paim (2006, p.15) “como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade dos sistemas de serviços de saúde”.

Verificou-se, na tabela 6, que na especialidade ortopedia a pactuação para consulta médica corresponde a 17,60% da necessidade proposta para a região de saúde. No biênio de 2013 e 2014 percebe-se que a menor marcação ocorreu para as tomografias computadorizadas (TC) coluna cervical, tendo uma média de marcação de 9,19% e a maior marcação se deu para as TC de membros superiores (MMSS) numa média anual de 16,40%. A pactuação das tomografias é feita por abrangência por se tratar de um procedimento de alta complexidade.

**Tabela 6.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de ortopedia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685hab	PPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<i>ORTOPEDIA</i>				
Quantidade de médicos 40 horas semanais – ortopedista e traumatologista	67			
Consulta medica ortopedia	100.450	17729	3353	3729
TC coluna cervical	669	Abrangência	63	60
TC coluna lombo sacra	1004,5	Abrangência	161	105
TC coluna torácica	167,4	Abrangência	20	17
TC articulação MMSS	100,4	Abrangência	26	7
TC articulação MMII	334,8	Abrangência	41	49
TC pelve e bacia	2678	Abrangência	811	798

Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se que a programação para especialidade otorrinolaringologia está abaixo dos parâmetros referenciados para o contingente populacional da região de saúde, conforme dados da tabela 7, a pactuação para consulta médica corresponde a 58,0% do estabelecido na Portaria Ministerial e a marcação no ano de 2013 foi de 12,38% e no ano de 2014 foi de 13,05%. As audiometrias são pactuadas sem especificação do tipo (audiometria de reforço visual, imitanciometria, audiometria tonal), apenas a audiometria tonal foi ofertada nos anos de 2013 e 2014, correspondendo a uma média de 12,7% de marcação. Dos demais procedimentos, apenas a videolaringoscopia foi ofertado correspondendo a uma marcação inferior a 5% do preconizado pelo parâmetro assistencial em estudo.

**Tabela 7.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de otorrinolaringologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>				
Quantidade de médicos 40 horas semanais				
Otorrinolaringologia	20			
Consulta Médica Otorrino	24108	13982	2986	3148
Audiometria de reforço visual + imitanciometria	33,5	*1280		
Audiometria tonal – limiar/imitanciometria/logoaudiometria	5692	*1280	257	654
Avaliação auditiva comportamental infantil + Impetanciometria	7366	*1280		
Avaliação do Processamento auditivo	736,6			
Fibronasolaringoscopia	669,6	**686		
Videolaringoscopia	3080	**741	97	107
Potencial evocado auditivo do tronco encefálico	334,8			
Teste vestibular	401,8			

\*pactuação Audiometrias

\*\* pactuação aparelho respiratório

Fonte: Dados da pesquisa

No caso estudado, pode-se constatar, que a PPI não tem sido suficiente para garantir acesso dos usuários aos serviços de saúde, implicando diretamente na efetivação da integralidade da assistência a saúde. Entretanto, o Ministério da Saúde, destaca que o processo de PPI visa orientar os gestores sobre a importância da estruturação dos sistemas de saúde e da organização dos serviços, além de fornecer subsídios para a regulação do acesso (BRASIL, 2006c). Esta diretriz da PPI coaduna com os estudos de Mattos (2001) sobre os sentidos da integralidade como o modo de organizar os serviços e as práticas dos serviços de saúde em

conformidade com as necessidades da população. Contudo, estudos de Molesini et al. (2010), identificou nas entrevistas realizadas em dois municípios baianos que a própria estrutura metodológica da PPI dificulta a autonomia dos municípios da utilização dos recursos para programar as ações necessárias para a população, e também desfavorece o avanço de uma regionalização mais solidária, impossibilitando a negociação e favorecendo a competição entre os municípios.

A análise da tabela 8, demonstra que embora as marcações da consulta de pneumologia dos anos de 2013 e 2014 terem sido maior do que o pactuado para a região de saúde, a pactuação corresponde a 14,17% do parâmetro assistencial. A marcação para o procedimento de broncoscopia nos anos de 2013 e 2014 foi inferior a 7%. A média de marcação de Tomografia de crânio foi de 34% da necessidade para a região de saúde. Os demais procedimentos não foram pactuados com o município de Vitória da Conquista embora o município tenha efetuado um número pequeno de marcações.

**Tabela 8.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de pneumologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<i>PNEUMOLOGIA</i>				
Quantidade de Médicos 40 horas semanais – Pneumologista/ Broncoesofalogista	20			
Consulta médica Pneumologia	16742	2373	3161	3271
Broncoscopia	803	*720		
Espirometria	8705	2285	235	553
TC de Tórax convencional	2678	Abrangência	856	921
Ressonância magnética (RM)	33,48		14	8
Cintilografia Pulmonar de Perfusão	100,4		1	1
Cintilografia Pulmonar de Ventilação	100,4			

\*aparelho respiratório

Fonte: Dados da pesquisa

Constatou-se no presente estudo, que a Programação Pactuada Integrada não garante uma relação conjugada entre a oferta, demanda, recursos e as condições necessárias para garantir o acesso da população aos serviços de saúde especializados, gerando uma discrepância entre a demanda e a oferta da região de saúde, em consequência há uma desarticulação e fragmentação dos serviços, pois os usuários começam a se deslocarem por conta própria para os municípios pólos em busca de resolver os seus problemas de saúde, sem

regulação, e ocasionando a superlotação dos serviços de atenção especializada ambulatorial e dos hospitais de urgência/emergência.

Pires et al. (2010), concluíram, em seu estudo sobre a oferta e demanda por média complexidade do DF e entorno, que

a inadequação equitativa da oferta repercute sobremaneira na organização dos serviços para atender os problemas de saúde da região, dificultando o acesso. Diante das iniquidades, é de se esperar que a população migre para as cidades mais próximas para tentar resolver seus problemas de saúde (PIRES et al., 2010, p. 1017).

Na tabela 9, a pesquisa revelou que a marcação da consulta médica em urologia nos anos de 2013 e 2014 correspondeu a 200% em relação a PPI, todavia, considerando os parâmetros proposto para a região de saúde a cobertura foi de 33, 97 % em 2013 e de 29, 32% em 2014. Com exceção dos exames de ultrassonografias, os demais não foram pactuados para Vitória da Conquista, embora tenha sido ofertado pelo município.

**Tabela 9.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de urologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<i>UROLOGIA</i>				
Quantidade de Médicos 40 horas semanais-Urologista	20			
Consulta Médica Urologia	23438	3272	7964	6874
Cistoscopia	669		150	137
Estudo Urodinâmico	1004,5		12	35
Uretrocistografia miccional	334,5		60	54
Urografia Excretora	334,5		123	102
US Prostatatransretal	669	*5577	1118	97
US de próstata abdominal	1004,5	*5577	588	1002
Biopsia de próstata guiada por ultrassom	2009		223	215

\* US demais sistemas

Fonte: Dados da pesquisa

Fica evidente neste estudo que a dificuldade em se adequar a PPI com a regulação das consultas, exames e procedimentos, contribui para o processo de fila de espera e a demora para as marcações de consultas médicas especializadas, pois o programado está bem abaixo das necessidades da população. E que mesmo com marcações superiores ao pactuado não refletem ao preconizado pelos parâmetros assistenciais.

Solla e Chioro (2012), inferiram em seu estudo sobre a atenção especializada, que a oferta dos serviços de média complexidade são os mais estrangulados e que a forma de organização e financiamento tem seguido a lógica da oferta de procedimentos existentes e não o estudo das necessidades e do perfil epidemiológico da população, ou seja, a demanda está condicionada a oferta.

Para a especialidade de reumatologia, conforme demonstra a tabela 10, a pactuação da consulta médica corresponde a 38,15% da necessidade da região de saúde e a marcação no ano de 2013 correspondeu a 0,46% pois não havia profissional na rede SUS, as únicas consultas foram ofertadas pelo Centro Universitário de Atenção à Saúde (CEUAS), ambulatório pertencente a Universidade Estadual do Sudoeste Baiano (UESB). A marcação de 2014 foi de 6,54% pois houve a contratação de um médico Reumatologista pelo município de Vitória da Conquista.

**Tabela 10.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de reumatologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<i>REUMATOLOGIA</i>				
Quantidade de Médicos 40 horas semanais – Reumatologista	6,69			
Consulta Médica Reumatologia	6696	2555	31	438

Fonte: Dados da pesquisa

Outro fator importante que eleva a dificuldade de acesso para as ações e serviços de atenção especializada é a dificuldade do profissional médico especialista para atender a rede SUS devido a baixa remuneração das consultas na tabela SUS associado com a escassez dos especialistas nas regiões interioranas. No Brasil, existe uma concentração de profissionais nos grandes centros e em algumas regiões específicas, em 2002, a distribuição dos postos de trabalho para profissionais de saúde por mil habitantes era de 2,67 para médicos, entretanto, com uma variação de 1,31 para a região Norte e 3,38 para a região Sudeste (AMS/IBGE, 2002).

Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2012), apontou que 72% dos médicos brasileiros estão concentrados nas regiões sul e sudeste. O Estado da Bahia possui uma razão de 1,21 médicos para 1000 habitantes, enquanto o Distrito Federal possui uma razão de 4,02 médicos para 1000 habitantes, o que confirma as discrepâncias regionais.

O Município de Vitória da Conquista, conta com o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE) que oferta consultas médicas especializadas e alguns exames e procedimentos para atender a toda região de saúde. Os médicos atendem um quantitativo conforme a carga horária contratada, desta forma, os valores praticados não correspondem aos valores da PPI que tem como referência os valores da tabela SUS. Essa forma de remuneração onera o município executor, pois os recursos alocados via PPI são insuficientes para garantir as metas físicas pactuadas. O CEMA E atende aos usuários previamente regulados e agendados pela CRPEE.

A tabela 11 trata da especialidade angiologia /cirurgia vascular e demonstra que apenas 31% da necessidade de consultas médicas foi pactuado para a região de saúde em relação ao estabelecido pela Portaria Ministerial. Não houve pactuação para os demais exames e procedimentos, mas houve uma média de marcação para o exame duplex scan de 16,19%. As marcações das consultas médicas representaram 38,94 % em 2013 e 27,88% em 2014, ambas marcações abaixo do preconizado para as necessidades da região de saúde.

**Tabela 11.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de angiologia/cirurgia vascular em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

<b>Médicos, consultas e exames especializados</b>	<b>Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab</b>	<b>PPI</b>	<b>Marcação 2013</b>	<b>Marcação 2014</b>
<i>ANGIOLOGIA/CIRURGIA VASCULAR</i>				
Quantidade de médicos 40 horas semanais – Angiologista/Cirurgia Vascular	10			
Consulta Médica Angiologia/Cirurgia Vascular	11384	3550	4433	3174
Duplex scan	6027		994	858
Arteriografias de membros	40			
Venografias	13,39			
Aortografia abdominal	23,43			
Aortografia Torácica	10			

Fonte: Dados da pesquisa

Constatou-se a durante a pesquisa que a Programação das ações para a região de saúde, na maioria das especialidades se encontram menor do que o proposto pelos parâmetros assistenciais do Ministério da Saúde, todavia, as diretrizes para elaboração da PPI trabalharam com os parâmetros de concentração de procedimentos e cobertura populacional para as ações de atenção básica e de média complexidade. Os parâmetros de cobertura são definidos como aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um período de tempo definido. Os parâmetros de concentração são aqueles que estimam a



quantidade de ações e/ou procedimentos necessários para determinada população, geralmente são expressos em quantidades per capita (BRASIL, 2006c, p.25).

Molesini et al. (2010), em seu estudo sobre a PPI como instrumento de compartilhamento da gestão do SUS em dois municípios baianos, concluiu que o planejamento não reflete a realidade das necessidades de saúde e a organização da assistência em cada município e região, representando mais um instrumento burocrático com metas que não consideram a capacidade de resposta do município.

Segundo o art. 3º da Portaria n.º 1.631 de 01/10/2015, os critérios e parâmetros são referenciais quantitativas usados para estimar as necessidades de ações e serviço de saúde, sendo estes, referências para orientar os gestores do SUS nas três esferas de governo na estruturação das ações e dos serviços de saúde, podendo sofrer adaptações locais e regionais conforme as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

Com relação à consulta de cardiologia, a tabela 12 retrata a baixa cobertura do quantitativo pactuado para a região de saúde, 14,69% do preconizado pelo MS. O mesmo ocorre com os exames e procedimentos desta especialidade que mesmo havendo marcações superiores, como observado na média de marcação para Holter:117%; eco transesofágica: 669% e de 100% para o teste ergométrico, o pactuado não reflete a necessidade para a região de saúde. Os procedimentos de alta complexidade, com exceção do cateterismo cardíaco, não foram pactuados em Vitória da Conquista. Em 2013 foi agendado 266 cateterismos cardíaco e 270 no ano de 2014 por abrangência.

**Tabela 12.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de cardiologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<i>CARDIOLOGIA</i>				
Quantidade de médicos 40 horas semanais – Cardiologista	43,5			
Consulta Medica Cardiologia	40181	5906	8174	8702
Holter	2009	512	608	594
Ecocardiografia Transtoracica	10714	500	3368	3321
Teste ergométrico	4018	1503	1532	1469
Ecocardiografia Transesofágica	133,9			
Ecocardiografia de estresse	133,9			
Cintilografiamiocárdica em situações de estresse	1339		245	224
Cintilografia miocárdica em situação de repouso	1339		243	223
Ventriculografia radioisotópica	6,69			
Cateterismo cardíaco	2678			
Cateterismo cardíaco em pediatria	6,69			

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo o Ministério da Saúde, um dos objetivos da PPI é o de buscar a equidade do acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, contribuindo para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas dos serviços de saúde (BRASIL, 2006c). A condução da PPI na região de saúde não garantiu financiamento adequado para atender às necessidades mais essenciais dos serviços ofertados pelo município pólo. No Estado da Bahia, a revisão da PPI se deu em 2003 e de lá pra cá foram feitas revisões pontuais sem grandes impactos para a assistência à saúde, entretanto, após a promulgação do Decreto 7.508 de 28/06/2011 que instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), como um acordo de colaboração entre os entes federativos com finalidades similares a PPI com indicadores de metas de saúde, alocação de recursos financeiros entre outros, houve uma estagnação no processo de atualização da PPI para celebração do COAP, processo este, que até o presente momento não se avançou no estado da Bahia e agrava a dificuldade de se garantir a integralidade da assistência.

A falta de monitoramento e avaliação da PPI de forma sistemática, contraria o disposto no Manual das Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (2006c), que estabelece que após o processo de PPI é de suma importância criar mecanismos permanentes de acompanhamento e avaliação da execução física e financeira das ações e dos fluxos estabelecidos. Indica ainda que os complexos regulatórios se apresentam como ferramenta importante para o monitoramento do pacto estabelecido.

A análise da tabela 13, sobre a especialidade dermatologia/hansenologia, evidenciou que a marcação das consultas nos anos de 2013 e 2014 foi superior ao pactuado para a região de saúde, mas encontra-se inferior ao estabelecido para a região de Vitória da Conquista. Vale destacar que as consultas médicas de dermatologia para os pacientes portadores de hanseníase não são reguladas pela CRPEE, os pacientes são atendidos no Centro de Referência Município em Dermatologia Sanitária que possui dermatologista e atende os pacientes referenciados pelas Unidades de Saúde ou por demanda espontânea e o quantitativo das consultas não são computados nas marcações da CRPEE.

Observa-se ainda que a média de marcação das consultas dermatológicas em 2013 e 2014 correspondeu a 139% do pactuado e a 16,6% do previsto no parâmetro assistencial. A pactuação para as biópsias estão no mesmo grupo, não havendo distinção entre a marcação para biópsia de punção de tumor e biópsia de pele e partes moles, em 2013 a marcação correspondeu a 44% e 46,61% em 214 de punções e biópsias do parâmetro estabelecido pelo MS.

**Tabela 13.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de dermatologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<b>DERMATOLOGIA</b>				
Quantidade de médicos 40 horas semanais – Dermatologista/ Hansenologista	15.40			
Consulta médica dermatológica	25448	3025	4330	4117
Biópsia de punção de tumor de pele	502	*264	222	234
Biópsia de pele e partes moles	502	*264	222	234

\*Biópsias/punções

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme a tabela 14, a pactuação para consulta médica endocrinologia correspondeu a 24,28% do parâmetro assistencial, a marcação de 2013 correspondeu a 19,12% e 22,95 % em 2014. A tomografia de sela túrcica foi o único procedimento pactuado para a região, sendo a pactuação por abrangência.

**Tabela 14.** Distribuição da pactuação e oferta quanto a especialidade de endocrinologia em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 669.685 hab	PPI	Marcação 2013	Marcação 2014
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>				
Quantidade de médico as 40 horas semanais – Endocrinologista e Metabologista	10			
Consulta Médica Endocrinologia	16642	4042	3183	3821
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos	120,5			
Tomografia de sela túrcica	46,87	Abrangência	7	1
Cintilografia e captação da glândula tireoide	66,9		7	10
Cintilografia das paratireoides	13,39		8	11
Densitometria	1808			
Ressonância magnética de sela túrcica	46,87		14	9

Fonte: Dados da pesquisa

Esse resultado reflete que a atual cobertura da PPI para a região, bem como, a garantia do acesso aos serviços de saúde está comprometendo a integralidade do cuidado devido a incapacidade do sistema atual em responder as necessidades da população. Conforme discutido no referencial teórico, que para se efetivar a integralidade do cuidado, é necessário que os níveis de atenção estejam articulados em redes, sendo a atenção básica a principal porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde e a atenção especializada como retaguarda

para as demandas provenientes deste nível de atenção. Todavia, o estrangulamento da atenção especializada causa prejuízos em todo o sistema de saúde, pois força uma ampliação da demanda para a alta complexidade, ocasionando prejuízo aos usuários e onerando o sistema (SOLLA; CHIORO, 2012, p.13).

Observou-se na tabela 15, que o quantitativo de médicos cadastrados no CNES da região de saúde para algumas especialidades atende aos parâmetros calculados pelo Ministério da Saúde, chegando o quantitativo para algumas especialidades ser superior ao preconizado, todavia é importante salientar que os profissionais cadastrados no CNES correspondem aos profissionais que atuam na rede SUS e nas instituições privadas e filantrópicas conveniadas ou não com SUS. Desta forma, mesmo o quantitativo sendo adequado para algumas especialidades não existe uma relação direta com a prestação de serviços no setor público. Atualmente o município conta com 32 especialidades e um total de 59 médicos especialistas alocados no CEMAE.

**Tabela 15.** Distribuição do quantitativo de médico cadastrados no CNES em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

<b>Referências para cálculo de parâmetros de necessidade de médicos especialistas</b>		
<b>Especialidade</b>	<b>Razão médico/669.685</b>	<b>Nº de médicos cadastrados no CNES</b>
Médico da Família	334,8	179
Clinico Geral	167,4	359
Ginecologista/Obstetra	167,4	91
Pediatra	167,4	90
Acupunturista	6,69	1
Alergista	6,69	1
Angiologista	10	12
Cardiologista	43,5	46
Cirurgião Geral	107	67
Cirurgião Pediatra	13,4	4
Cirurgião Plástico	13,4	9
Coloproctologista	13,4	6
Dermatologista	15,4	24
Endocrinologista	10	16
Gastroenterologista	16,7	31
Geriatra	6,69	5
Hematologista	6,69	4
Homeopatia	6,69	3
Infectologista	6,69	6
Mastologista	6,69	10
Nefrologista	17,4	12
Neurologista	23,4	25
Oftamologista	26,78	48

**Tabela 15.** Distribuição do quantitativo de médico cadastrados no CNES em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

(continuação)

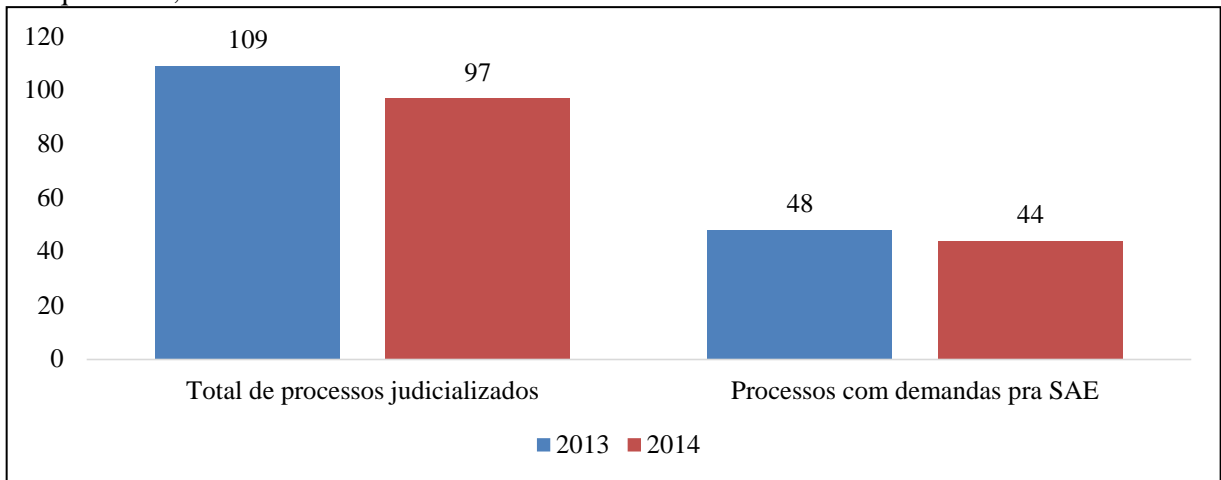
Referências para cálculo de parâmetros de necessidade de médicos especialistas		
Especialidade	Razão médico/669.685	Nº de médicos cadastrados no CNES
Ortopedista	66,9	47
Otorrinolaringologista	20	22
Pneumologista	20	9
Psiquiatra	38,8	26
Reumatologista	6,69	5
Urologista	20	26
Médico do trabalho	6,69	8
Anestesista	66,9	43
Cirurgião do Aparelho Digestivo	13,4	4
Cirurgião de cabeça e pescoço	6,69	2
Cirurgião torácico	6,69	4
Cirurgião cardiovascular	6,69	10
Geneticista	1,67	0
Homoterapeuta	3,34	3
Médico Nuclear	3,34	4
Oncologista	20	13
Médico Intensivista	20	47

Fonte: Dados da pesquisa

Resultados dos estudos da avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebidas pelos gestores de saúde, realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, 2009) aponta que do total de médicos do país alocados no setor saúde, mais da metade (54,33 %) estão concentrados na região sudeste. As regiões Norte e Centro – Oeste concentram 11,66 % do total de médicos do país. A especialidade com maior número de profissionais é a clínica médica com 36,42 profissionais para cada 100 mil habitantes e a Cirurgia Vascular foi a especialidade com menor quantidade de profissionais, menos de 2 por 100 mil habitantes. Na Portaria nº 1.631 de 01/10/2015 a especialidade cirurgia vascular está associada a especialidade angiologia, sendo a proporção proposta de 1,5 para 100 mil habitantes. Os dados da pesquisa demonstram que o quantitativo de médicos angiologistas na região de saúde está em conformidade com o proposto pelo parâmetro do MS.

Segundo o gráfico 1, entre os 206 processos judiciais registrados na Procuradoria da Saúde no biênio 2014 e 2015, 92 demandaram SAE, correspondendo a 44 % em 2014 e 45,30 % em 2015.

**Gráfico 1.** Distribuição do quantitativo dos processos judiciais em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016



Fonte: Dados da pesquisa

Conforme tabela 16, a maioria das liminares tem os próprios beneficiários como autores das ações, numa média de mais de 90%, seguido do Ministério Público que representou uma média de 5%. Constatou-se ainda que o Município foi réu em quase todas as ações, em 2013 representou 96% e em 100% das ações de 2014. O Estado figurou como réu em 82% das ações de 2013 e 79,6% de 2014. O estudo demonstra que a Vara da Fazenda Pública foi a mais acionada para judicialização das demandas por SAE, 77 % das ações em 2013 e 2014. A Vara da Infância representou 21% das ações judicializadas no ano de 2014 e 18% nas ações de 2014.

**Tabela 16.** Perfil dos processos judiciais solicitando procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o município de Vitória da Conquista em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

	2013		2014	
	n	%	N	%
<b>Autor</b>				
Beneficiários	47	98,0	39	92,0
Ministério Público Estadual	1	2,0	5	8,0
Ministério Público Federal	-	-	-	-
Defensoria Pública	-	-	-	-
<b>Total</b>	48	100,0	44	100,0
<b>Réu da petição</b>				
Estado	2	4,0	-	-
Estado e Município	36	76,0	33	75,0
Município	8	16,9	8	18,0
Município/Estado e União	1	2,0	1	2,3
Município e Hospital	1	2,0	1	2,3
Município/estado e secretária de Saúde	-	-	1	2,3
<b>Total</b>	48	100,0	44	-

**Tabela 16.** Perfil dos processos judiciais solicitando procedimentos ambulatoriais e hospitalares ajuizados contra o município de Vitória da Conquista em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016 (continuação)

	2013		2014	
	n	%	N	%
<b>Juízo</b>				
Vara Federal	1	2,0	1	2,5
Vara da Fazenda Pública	37	77,0	34	77,0
Vara da Infância e Juventude	10	21,0	8	18,0
Juízo Plantonista	-	-	1	2,5
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao sexo dos beneficiários, conforme demonstra a tabela 17, houve uma variação entre os anos estudados, em 2014 houve um equilíbrio entre os sexos, sendo o masculino o de maior frequência (50%). Em 2015, o sexo masculino também foi o de maior predomínio nas ações judiciais (59%).

**Tabela 17.** Distribuição dos processos, segundo o sexo dos requerentes em 2013 e 2014. Vitória da Conquista/BA, 2016

	2013		2014	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	23	48,0	18	41,0
Masculino	24	50,0	26	59,0
Não se aplica	1	2,0	-	-
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Esses resultados corroboram com os aspectos da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem (PNAISH), onde constata-se que os homens só procuram os serviços de saúde por via da atenção especializada e em muitos casos com o agravamento da doença (BRASIL, 2008a), daí a judicialização ocorrer em maior proporção no sexo masculino já que estes retardam o cuidado com a saúde e ao procurá-lo, o faz em caráter de urgência, para tanto, furtando-se os trâmites normais de acesso segundo os critérios do SUS.

Os procedimentos da SAE mais demandados judicialmente foram categorizados na tabela 18, em 2013, o bem de saúde mais requerido foram as sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), representando 29,0%, seguido dos pedidos de transferência (27,0%). Vale ressaltar, que o procedimento de OHB não é coberto pela tabela unificada do SUS, sendo incorporado pela Agência Nacional de Saúde a partir de janeiro de 2012. Os pedidos de transferências na grande maioria culminam com o pedido de realização de um procedimento,

exame ou cirurgia em outro estabelecimento de saúde, sendo a maioria para a Capital do Estado. Em relação aos processos judicializados em 2014, o procedimento cirurgia apresentou um aumento expressivo, em relação ao ano de 2013, saiu de 8,50% para 36,0%, seguido dos pedidos de transferência (16,0%) e de OHB (16,0%). Vale ressaltar, que devido o crescimento das liminares judiciais concedendo a OHB no Estado da Bahia mesmo não havendo cobertura pelo SUS, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia contratou um serviço em Vitória da Conquista no ano de 2014, para ofertar o procedimento seguindo fluxo coordenado pela Central Regional de Regulação de Leitos, o que refletiu diretamente na redução dos pedidos via judicial.

**Tabela 18.** Procedimentos da SAE mais demandados judicialmente em 2013

Distribuição dos processos judiciais, segundo o SAE requerido	2013		2014	
	n	%	n	%
Bem requerido				
Cirurgia	4		16	
Exame	4		2	
Internação	1		2	
Tratamento médico/procedimento médico	2		2	
Oxigenoterapia Hiperbárica	14		7	
Tratamento Fora do Domicílio (TFD)	4		4	
Transferência	13		7	
UTI	4		4	
Leitos	1		0	
Fisioterapia	1		0	
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>		<b>44</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

Vale ressaltar, que este estudo não buscou identificar as razões que levaram os usuários a buscar a assistência à saúde por via judicial, caberia um estudo específico. Mas segundo estudo realizado por Gomes et al. (2014), que buscou investigar as ações judiciais para acesso a procedimentos ambulatoriais e hospitalares do Estado de Minas Gerais, os resultados apontam para a existência de gargalos nas linhas de cuidado e de dificuldades na garantia da integralidade da atenção à saúde pelo SUS e indicam ainda que as demandas não são atendidas integralmente dentro de um tempo adequado.

Ainda corroborando neste sentido, os estudos de Spedo, Silva Pinto e Tanaka (2010), concluiu que a prevalência do modelo hegemônico centrado no médico, induz fortemente para o aumento das demandas para os serviços de maior densidade tecnológica.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, foi estudado os dados da PPI nos 19 municípios que compõe a região de saúde de Vitória da Conquista, com o intuito de comparar a programação com os parâmetros assistenciais propostos pela Portaria nº 1.631 de 01 de outubro de 2015. A escolha do universo de análise foi motivada pela característica da região de saúde, onde todos os 18 municípios referenciam para o município polo consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade. Desta forma, todos os municípios estudados pactuaram serviços de Atenção Especializada com o município de Vitória da Conquista.

Os achados deste estudo demonstraram que a PPI vigente não mais atende as necessidades de saúde da população da região sudoeste considerando os parâmetros propostos pela Portaria acima citada, a qual estabelece uma nova lógica para os parâmetros assistenciais. A pactuação não reflete a realidade das necessidades de saúde e da organização da rede SUS constituindo-se atualmente como um instrumento formal e burocrático que compromete o acesso da população aos serviços de saúde.

Os dados analisados nos anos de 2013 e 2014 referentes à oferta de consultas, exames e procedimentos evidenciaram que mesmo com marcações superiores ao pactuado, o quantitativo está abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde acarretando dificuldade de acesso para os serviços da Atenção Especializada dos territórios pactuados com o município polo ocasionando as longas filas de espera por alguns procedimentos. As especialidades médicas com menor oferta foram reumatologia, ortopedia e otorrino. Sabe-se que essa redução na oferta está relacionada tanto com a dificuldade de especialistas quanto dos custos dos serviços de atenção especializada que muitas vezes extrapolam os valores da tabela SUS e oneram o município polo.

A inter-relação entre os dados coletados neste estudo e os levantamentos bibliográficos sobre o tema, revelou que a garantia ao princípio da integralidade por meio do acesso aos serviços da Atenção Especializada na região de saúde do município de Vitória da Conquista, pode ser considerada como incipiente considerando os parâmetros assistenciais preconizados pelo Ministério da Saúde em 2015. A falta de revisão sistemática das metas da PPI (físicas e financeiras) no estado da Bahia e a inexistência do COAP caracterizam-se como um grande obstáculo para se avançar na efetivação do princípio da integralidade.

Entendemos que a garantia do acesso aos diversos níveis de atenção à saúde é um desafio para os gestores municipais principalmente no que tange a atenção especializada, pois muitos municípios não dispõem destes serviços e precisam referenciar para o município polo

conforme as metas estabelecidas na PPI. O estudo aponta para a necessidade de se fortalecer os espaços formais de negociação e pactuação para se construir uma rede regionalizada que realmente reflita as necessidades dos usuários e a atenção à saúde seja garantida de forma integral.

Importante registrar o avanço da gestão municipal na organização da Rede SUS de Vitória da Conquista em destaque para a atenção especializada onde houve um aumento de consultas médicas em diversas especialidades que não são ofertadas pelos municípios da região, bem como a incorporação de grupos de procedimentos de diagnose e terapêutica especializada. A rede pública municipal dispõe de diversos serviços especializados regionais que não fazem parte da PPI, a exemplo, do Serviço de Saúde do Trabalhador- CEREST, Serviço de Referência em DST/AIDS-CAAV, Serviço de reabilitação física e auditiva- CEMERF, entre outros, além de contar com procedimentos de alta complexidade (tomografias, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, ressonâncias) e serviços de alta complexidade cardiovascular, neurológicos e transplante de córnea no intuito de ampliar o acesso para toda a região de saúde. É notório os avanços na implantação do sistema de saúde pública em Vitória da Conquista, contudo percebe-se que existe uma fragilidade nas metas da PPI, bem como na oferta disponibilizada, as quais não condizem com a cobertura necessária para a população referenciada para Vitória da Conquista comprometendo assim, a garantia do acesso de forma integral e resolutivo.

Com base nos resultados encontrados nesse estudo, algumas recomendações são sugeridas para a gestão local e regional no intuito de contribuir para a melhoria da integralidade da assistência na região de saúde a partir do acesso aos serviços de média e alta complexidade pactuados com o município polo. A saber:

- 1- Realizar reuniões com as instâncias de pactuação do SUS (CIR, CIB e CIT) no intuito de discutir e negociar novos parâmetros assistenciais para a região de saúde em conformidade com as necessidades da população local e referenciada.
- 2- Promover reuniões para com a DIPRO para adequar as metas físicas da PPI aos valores praticados pelo município polo.
- 3- Realizar estudos sobre a visão dos gestores municipais e dos usuários da região de saúde sobre as dificuldades enfrentadas para a efetivação da integralidade do cuidado na atenção especializada.
- 4- Adequar a programação com a oferta disponível na região de saúde.
- 5- Integrar o processo de programação com as redes regionalizadas e hierarquizadas dos serviços em consonância com a Política de Regulação do acesso.

- 6- Implantar mecanismos de fortalecimento dos pactos firmados entre os gestores municipais.
- 7- Implantar na CIR uma comissão permanente para monitorar e avaliar as metas da PPI da Assistência.

Conclui-se que a construção e implementação do princípio da integralidade tem se revelado como um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde ao longo desses 25 anos, posto que a integralidade é um conceito amplo, resultado da interação de múltiplos aspectos que estão diretamente relacionados ao modo de prestação do cuidado em saúde nos diversos níveis do sistema. Considera-se este princípio um desafio na medida em que as práticas assistenciais mostram-se muitas vezes individuais, fragmentadas, privilegiando o caráter curativo e centradas na figura do médico, mantendo uma espécie de “ideologia” que subsiste mesmo após a promulgação da CF e das Leis Orgânicas da Saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. A.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, v.18, n.2, p. 11-23, 2009.

BAHIA (Estado). **Municípios pertencentes a região de saúde de Vitória da Conquista**. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/?id=1>>. Acesso em: 2015.

BAHIA (Estado). SESAB. Planejamento Regional Integrado. **Observatório baiano de regionalização**. PPI MAC. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/?id=3>>. Acesso em: 2015.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 63, p. 320-344, 2008.

\_\_\_\_\_. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Revista [Syn] Thesis**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p.23-32, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde e dá Outras Providências. Diário Oficial da União, 1990a.

\_\_\_\_\_. **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, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica- SUS 01/93. Diário Oficial da União, 1993

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Normas Operacionais Básicas (NOB)**. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes**

**operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no DOU de 02 de agosto de 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Legislação estruturante do SUS.** Brasília: CONASS, 2011a.v. 13.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Regulação em saúde.** Brasília: CONASS, 2011b.v. 10.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Assistência de média e alta complexidade no SUS.** Brasília: CONASS, 2011c. v. 4.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Brasília: Casa Civil, 2011c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)> Acesso em: 15 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011e.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica (PNAB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde e das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jan. 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Consulta Pública nº 6**, de 12 de março de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Consulta Relatório de Leitos**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. CNES. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=29&VMun=293330](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=29&VMun=293330)>. Acesso em: 10 fev. 2015a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. CNES- DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_imprimir\\_Unidade.asp?Chamada=3](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_imprimir_Unidade.asp?Chamada=3)>. Acesso em: 26 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. GM/MS. **Portaria nº 1.631**, de 01 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, 2015 c.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, p. 469-478, jul./set. 1997.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.p. 117-130.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Crise na assistência**: falta de financiamento impacta no número de leitos e prejudica trabalho médico. 13/set/2012. Disponível em:<<http://portal://.Cfm.org.br>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 591-598, 2014.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press; 2003.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E.et al (Orgs.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.p.124-133.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 8.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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.6, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GOMES, F. F. C. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão judicialização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 31-43, jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Informações estatísticas 2009. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=293330&idtema=5&search=bahia|vitoria-da-conquista|servicos-de-saude-2009>>. Acesso em: fev. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. **Informações estatísticas 2015**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php> 2013>. Acesso em: 09 jun. 2015.

AMS/IBGE. **Pesquisa assistência médico- sanitária -2002**. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: janeiro de 2016.

MACHADO, F. R. S. Contribuições ao debate da Judicialização da Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73-91, jul./out. 2008.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-61.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011.

MOLESINI, J. A et. al. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 623-638, jul./set. 2010.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D. V. (Org.). **Novos rumos da saúde bucal**: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; ANS; UNESCO, 2005. p.28-42.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/ SUS: relação com atenção básica. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1009-1019, 2010.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2.ed. Novo Hamburgo: Freevale, 2013.

SANTOS, L. Direito à saúde e qualidade de vida. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas, SP: Saberes, 2010. p.15-62.

\_\_\_\_\_. Judicialização da saúde e a incompreensão do SUS. In: SANTOS, L.; TERRAZAS, F. (Org.). **Judicialização da saúde no Brasil**. Campinas, SP: Saberes, 2014. p. 125-160.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial e especializada. In: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 7.

SPEDO, S. M.; SILVA PINTO, N. R.; TANAKA, O. U. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 953-72. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20, Sup. 2s, p. s190-s198, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <<http://nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

VITÓRIA DA CONQUISTA (Município). Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão de 2014**. Vitória da Conquista: PMVC, 2014a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Vitória da Conquista: PMVC, 2014.

WEICHERT, M. A.O direito à saúde e o princípio da integralidade. In: SANTOS, L (Org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas, SP: Saberes, 2010. p. 101-143.