



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CEILÂNDIA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MICHELLE FERREIRA CORDEIRO**

**SISREG: Uma ferramenta de desafios e avanços para a  
garantia do direito a saúde.**

**Brasília**

**2015**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CEILÂNDIA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MICHELLE FERREIRA CORDEIRO**

**SISREG: Uma ferramenta de desafios e avanços para a  
garantia do direito a saúde.**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Silva Badim Marques

**Brasília**

**2015**

**MICHELLE FERREIRA CORDEIRO**

**SISREG: UMA FERRAMENTA DE DESAFIOS E AVANÇOS PARA A  
GARANTIA DO DIREITO A SAÚDE**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB,  
Faculdade de Ceilândia – FCE, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em  
Saúde Coletiva.**

**Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra Silvia Badim Marques – Orientadora

Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

---

Profa. Dra Mariana Sodário Cruz

Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

---

Prof. Dr. José Iturri De La Mata

Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

**Brasília**

**2015**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradecer a Deus e Maria, por sempre guiarem meus caminhos e me dar forças, me acolhendo em seu manto sagrado nos momentos de que mais precisei de ajuda.

Aos meus pais, Walter e Neuza, pela educação, dedicação, apoio e incentivo em todos os momentos, por acreditarem em mim e que está é apenas uma fase que quero que vocês se orgulhem de mim; e as minhas irmãs, Débora e Vanessa, pelos estímulos e pela paciência nos momentos de estresse, quero ser um espelho de coisas boas para vocês. Aos demais familiares em especial minha Avó Genesi, José Lucindo (in Memória) e minhas primas Bianca, Kellen, Fernanda e Nylia, por sempre acreditarem em mim e ver um diferencial nessa luta, vocês não desistiram de mim enquanto eu mesmo não acreditava! Obrigada por tudo, amo muito vocês!

Ao meu namorado Arthur, com quem estou antes mesmo do egresso na Universidade e pretendo passar o resto de minha vida ao seu lado, por ter acreditado no meu potencial e nunca ter me deixado desistir, por seu amor, cuidado, paciência, ajuda, escuta, confiança e principalmente por acreditar que possamos crescer juntos. Gratidão pela sua vida, te amo!

Aos meus amigos, os presentes que a Saúde Coletiva me apresentou e que foram eternos companheiros e que ultrapassa os muros da Universidade, vocês são peças fundamentais e sei que a amizade é recíproca em especial: Géssika Cavalcante, Magda Machado, Laísa Almeida, Layze Oliveira, Ana Terra Roque, Natália Fernandes, Renan Duarte, Rodrigo Silvério, Elisabeth Alves, Márcia Cristina, Ana Carolina, Carla Rayane e os demais da 7º turma que contribuíram direta ou indiretamente. Obrigada por cada momento, revisão, bronca, alegria e risadas, vocês foram fundamentais nessa caminhada!

As queridas Madalena Gonçalves e Alaine da Silva Cavalcante, que me ajudaram bastante dentro da Secretária de Saúde na visita técnica e nas conversas que tiraram minhas dúvidas para um maior aprofundamento, vocês são peças fundamentais dessa fase, muito obrigada e que continuem inspirando profissionais da saúde em luta de um SUS mais justo e equânime!

Aos meus professores, os verdadeiros heróis, por quem tenho uma eterna admiração e gratidão, minha orientadora, Silvia Badim, por ser uma pessoa tão paciente e querida, obrigada por sua orientação e gratidão pelos ensinamentos dentro e fora das aulas. E os demais que fizeram uma grande importância na minha vida: Walter Ramalho, por me

aguentar, orientar, ensinar e me fazer rir até nos piores momentos desde o início da graduação, você se tornou um grande amigo; Larissa Grandi, obrigada pelos bate papos de fotografia e saúde, conseguíamos juntar as coisas que eu mais amo e o carinho era perceptível; Inez Montagner, uma pessoa encantadora e que desde o início acreditou em mim, obrigada pelas discussões sobre as mulheres e os abraços de carinho nos momento de encontro; Sérgio Shierholt, um cara de grande índole e admirável em tudo o que faz, aprendi bastante com você e que nunca será esquecido, obrigada por aceitar a participar da minha banca, esse encerramento não poderia ser melhor; José Iturri, eternamente grata por todo o conhecimento e risadas, um professor que me acompanhou bastante e sempre abriu um sorriso que me fazia acreditar mais ainda: “Olá Cordeiro” saudações que deixaram saudades; Clélia Parreira, Uma grande defensora da saúde coletiva e que sempre nos mostrou a importância da educação, obrigada por tudo; Mariana Sodário, uma professora encantadora que faz com que suas aulas pareçam músicas de tão belas e ricas de conteúdo, você com certeza despertou um interesse até em colegas que estavam distantes, obrigada por ser essa querida e por aceitar a participar da minha banca, não poderia faltar você; Ana Valéria Mendonça, a cazamiga mais querida, a chefe e professora que me fez adentrar também um mundo fora dos muros da universidade, obrigada pela oportunidade de aprender e crescer juntos com vocês, por eu poder mostrar a fotografia e as filmagens no olhar do outro, gratidão! Essa conquista tem um pedaço de cada um de vocês! Gratidão por lutarem pela Saúde Coletiva e não desistirem!

## EPÍGRAFE

*“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.*

Paulo Freire

## **DEDICATÓRIA**

Dedico a todos os sanitaristas e diversos trabalhadores da área da saúde por acreditarem que, juntos podemos construir um SUS mais digno, equânime e igualitário.

A todos os usuários que merecem atenção devida do Sistema de Saúde.

A minha família pelo amor incondicional.

A graduação de Saúde Coletiva pelo espaço rico de aprendizado e mobilização.

## RESUMO

**Introdução:** A saúde é reconhecida, constitucionalmente, como um direito fundamental e de forma universal, equânime, igualitário, integral e gratuito a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros. Trata-se de um direito social, com características que permitem ao cidadão exigir do Estado a garantia de seus direitos. **Objetivo:** Analisar as demandas dos usuários da Defensoria Pública do Distrito Federal no período de Janeiro de 2015 à Julho de 2015 e verificar se estes estão inseridos no SISREG e os motivos pelos quais recorreram à DPDF. Pois, sem alternativas capazes de fazer com que suas necessidades em saúde sejam resolvidas, mesmo após ter buscado os serviços na rede que passaram pela regulação, os usuários do SUS do Distrito Federal buscam a justiça como fonte garantidora da efetivação dos seus direitos fundamentais. **Metodologia.** Foi feito uma pesquisa bibliográfica, juntamente com uma visita técnica na central de regulação da SES-DF para conhecimento do sistema de regulação, SISREG. Baseada em análise documental descritiva e quantitativa, com método avaliativo através de uma amostra de processos que entraram no Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal no período de janeiro a julho de 2015. **Resultados.** O estudo analisou 196 ofícios de Janeiro à Julho de 2015, que foram respostas da SES-DF para a DPDF, o mês de Maio conta com o maior número de ofícios demandados. No mês de Janeiro a Março houve um crescimento das respostas à DPDF e em Maio ocorre o decréscimo. A distribuição maior encontra-se nos usuários que tem entre 41 à 60 anos de idade, com 39% dos ofícios analisados. As demandas mais solicitadas foram Consulta em Radioterapia com 24%, oftalmologia com 19% e em seguida a cardiologia com 14%. **Conclusão.** A concretização do direito à saúde é um processo que não tem fim, que passa pelo envolvimento de inúmeras instâncias de poder e entre todas elas a esfera judicial é apenas uma delas, talvez a menos importante para alguns, mas para outros ela tem se tornado a mais importante, pois, exige um comprometimento ético de todas as pessoas, realizando com êxito o seu papel.

**Palavras-chave:** Defensoria Pública; Judicialização da saúde; Direito Sanitário; SISREG; Sistema de Regulação.



## ABSTRACT

**Introduction:** Health is recognized constitutionally as a fundamental and universal, equitable, egalitarian, integral and free to all Brazilians and foreigners. It is a social right, with features that allow citizens to require the State to guarantee their rights. **Objective:** In order to analyze the demands of users of the Public Defender of the Federal District from January 2015 to July 2015 and determine whether they are entered into the SISREG and the reasons why resorted to DPDF. For without alternatives capable of making their health needs resolved, even after having sought the services on the network who have gone through regulation, users of the Federal District SUS seek justice as guarantor source of the realization of their fundamental rights. **Methodology:** A literature search was made, along with a technical visit in the central SES-DF regulation to know about the regulatory system, SISREG. Based on descriptive and quantitative analysis of documents, with evaluative method using a sample of cases that entered the Health Center of the Public Defender of the Federal District from January to July 2015. **Results:** The study examined 196 offices from January to July 2015, which were answers of SES-DF for DPDF, the month of May has the largest number of defendants crafts. In January to March there was an increase of answers to DPDF and May is the decrease. The largest distribution is with the users that have between 41 to 60 years of age, with 39% of the analyzed crafts. The most requested demands were Radiotherapy Consult with 24%, ophthalmology with 19% and then Cardiology with 14%. **Conclusion:** The achievement of the right to health is a process that has no end, which requires the involvement of several levels of power and among them all the judicial sphere is just one of them, perhaps the least for some, but for others it has become the most important, therefore, requires an ethical commitment of all the people, successfully performing their role.

**Keywords:** Public Defender; legalization of health; health law; SISREG; Regulation System.

## **LISTA DE SIGLAS**

CAMEDIS      Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde

CF              Constituição Federal

DPDF          Defensoria Pública do Distrito Federal

SES            Secretária de Estado de Saúde

SISREG       Sistema de Regulação

SUS            Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>17</b>
<b>3.OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
3.1 Geral .....	19
3.2 Específicos .....	19
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>5.REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
<b>6.RESULTADO E DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
6.1 SISREG no DF .....	33
6.2 O papel do sanitarista .....	43
<b>7.CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
<b>8.REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>47</b>
<b>9.ANEXOS .....</b>	<b>50</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Com a luta contra a ditadura e por melhores condições de saúde no Brasil, nasceu a Reforma Sanitária, que na década de 1970 lutava por mudanças necessárias na saúde, em busca de melhorias nas condições de vida e de saúde para a população. Naquela época só possuía direito à saúde e acesso à assistência pública à saúde no Brasil os cidadãos que eram abarcados, apenas, os que possuíam trabalho com carteira assinada, e contribuía assim para a Previdência Social.

A proteção à assistência a saúde no Brasil nasce, portanto, aliada às contribuições previdenciárias no Brasil, configurando uma cidadania regulada, acessada apenas por aqueles que possuíam trabalho formal e se enquadravam como contribuintes da previdência. O país encontrava-se então com os cuidados relacionados à saúde divididos entre Ministério da Saúde, que atendia às prestações de promoção e prevenção da saúde, e o Ministério da Previdência Social, que atendia a assistência a saúde dos trabalhadores formais. Em 1977, o Ministério da Previdência é dividido em dois institutos: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), este último destinado apenas a cuidar da assistência à saúde de seus beneficiários, que cresciam em volume e acirravam a separação entre os cuidados de saúde no Brasil.

Segundo Marques (2009), salienta-se que o papel do Estado, em relação à prestação em matéria de saúde, como um direito do trabalhador assalariado, resumia-se à prestação de assistência médica e restringia-se basicamente ao gerenciamento da compra e oferta dos serviços privados de saúde aos beneficiários públicos. Lógica esta presente desde a criação do chamado Instituto Nacional da Previdência Social — INPS, em 1966, que inseriu a prestação sanitária dentre as ofertas públicas decorrentes da contribuição previdenciária.

Ainda segundo a autora, o cuidado com a saúde inseria-se numa lógica de cidadania regulada, de concepção fragmentada, de prestação de serviços centralizada no nível federal e alicerçada na compra de serviços privados de saúde. Uma lógica que apartava a responsabilidade jurídica do Estado e não conferia aos cidadãos quaisquer recursos jurídicos que lhes permitisse reivindicar saúde. E com destaque para o longo período de ditadura militar que reinou no país, onde qualquer debate público acerca da questão era proibido e reprimido, bem como quaisquer reivindicações coletivas.

O Movimento da Reforma Sanitária veio brigar por mudanças nessa lógica separatista, buscando criar as bases de um sistema de saúde com justiça social e acesso a todos os cidadãos a cuidados integrais com sua saúde. Um grande diferencial desse movimento foi a revisão do olhar biomédico e tecnicista apresentado e surgiu um espaço para as ciências sociais incorporarem a escuta, a sociedade como deve ser vista e que o processo saúde-doença fosse diferenciado.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu no ano de 1986, consolidou as propostas do movimento da reforma sanitária, um movimento revolucionário, que acabou por inscrever a saúde na Constituição Federal de 1988 como um Direito de todos e um dever do Estado, que deve ser prestado sobre os princípios da universalidade e equidade, e sob as diretrizes da descentralização, com atuação de todas as esferas de governo, integralidade e participação popular.

A importância dessa construção inicial traz a saúde como uma política pública de estado e não vinculada a partidos políticos, a maior forma de direitos individuais e coletivos reconhecidos pela igualdade, cidadania e liberdade, um grande passo a qual a população poderia cobrar de suas governantes ações justas e igualitárias, pois garantir um direito na CF possui o maior cuidado nas prestações de saúde, dividindo as atribuições em âmbitos nacional, estadual e municipal.

Era totalmente necessária uma política que garantisse os direitos a saúde da população, pois não existia a proteção jurídica para todos, antes da CF, os que não eram protegidos por serem assalariados, eram atendidos em santas casas de misericórdia, que possuíam filas de grande espera, quase um “depósito” de pessoas em busca de atendimento.

A Reforma Sanitária perseguiu o conceito de saúde definido pela OMS, fazendo-o nortear a concepção de um novo sistema de saúde em sede constitucional. Conceituada na Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é vista como “[...] um estado de completo bem estar físico, mental e social não consistindo apenas na ausência de doença”. Exemplificando a partir desta declaração que os determinantes sociais devem ser levados em conta na definição de saúde, desconstruindo o olhar biomédico da saúde.

Para garantir o sistema previsto constitucionalmente, a saúde teve abertura da CF/88 em 5 artigos que são:

**Art.196:** Nesse artigo vê-se a ideia de disponibilizar qualquer tipo de atenção necessária que possa gerar riscos à saúde ou as condições de vida do usuário para garantir o direito à saúde a partir da União, Estados, Municípios e Distrito Federal que são obrigados a efetivar o direito. É um artigo muito importante que traz os princípios doutrinários do SUS: Equidade, Universalidade e Igualdade.

**Art. 197:** Legitima a importância da atuação do estado na garantia da saúde e responsável pela parte executiva, nesse artigo cabe também a participação de empresas privadas e públicas na participação no SUS.

**Art. 198:** É um artigo que organiza o funcionamento do SUS e defini que não existem distintos sistemas e apenas um, como é dado no seu nome como sistema único de saúde. Define também os gestores para ter ações descentralizadas, divididas em Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Em relação ao atendimento integral, contemplam-se em especial as atividades preventivas, pois se podem evitar vários casos que poderiam ser resolvidos na Atenção Básica, com um custo menor com recursos assistenciais, utilizados com casos de real gravidade e não por um tempo de espera e insuficiência nos atendimentos que levam o usuário diretamente aos serviços assistenciais. A participação social, definida constitucionalmente, que deve ser composta pela sociedade civil em seus conselhos de saúde.

**Art. 199:** Neste artigo podemos perceber que o sistema não é apenas público com participação das demais entidades, porém torna-se reflexivo a questão do legislador já pensar que o sistema não conseguiria atender toda a população brasileira, quando cita a participação das instituições privadas como complementar, pois os interesses privados giram em torno de lucro e os interesses públicos são voltados à população.

**Art. 200:** Não cabe apenas ao SUS garantir a consulta, medicamentos e insumos de saúde e o sistema é encarregado de fiscalizar e regular a produção de medicamentos, kits diagnósticos e insumos que contribuem na saúde, criaram também os órgãos específicos de vigilância que são responsáveis pela fiscalização, controle e ações necessárias.

Vê-se que o Estado está constitucionalmente obrigado a fornecer à população prestações materiais positivas que garantam a eficácia do direito à saúde. As políticas sociais e econômicas mencionadas no artigo 196 da Constituição Federal representam o conjunto de programas, ações e atividades implementadas pelo governo, que visam o bem-estar de determinados setores da sociedade e a concretização dos objetivos traçados no artigo 5º da Lei 8.080/90 para a efetivação do direito à saúde (políticas públicas) (MAGALHÃES, 2015).

Na CF/88 o art.6 elenca que saúde é reconhecida como um direito social e no art. 196 traz os princípios e diretrizes do SUS. Dessa maneira, preceitua que:

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

A iniciativa privada pode participar do SUS, com o caráter complementar, seguindo os preceitos definidos na Lei 8080/90, como fala no Art. 24:

Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

E no Art.25 - Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

A integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária Brasileira em 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 que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (GIOVANELLA et al., 2002).

Como consta no Art.198, II, da CF, que fala sobre as diretrizes: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Porém, quase 20 anos após a criação do SUS, foi criada a Lei nº 12.401 de 2011 que altera a Lei nº 8.080/90 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS:

**Art. 19-M.** A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

**I:** Dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P.

Na Lei 8.080/90, no Capítulo II que descreve sobre o processo de controle, avaliação e regulação da assistência, é exemplificado no item 40.1. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

Para uma melhor regulação na rede de saúde, foi criado o Sistema de Regulação - SISREG, é um software disponibilizado pelo DATASUS do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, que tem início na rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Dada o contexto apresentado, torna-se pertinente o estudo acerca de algumas questões: Quais são as principais demandas que chegam à defensoria pública? Quais as dificuldades encontradas mais frequentemente na rede de saúde? Como está funcionando o SISREG? Como está o acesso ao sistema? Qual o tempo de resposta da regulação para a defensoria?

As perguntas supracitadas estarão presentes no decorrer da pesquisa, sendo o objetivo principal deste trabalho respondê-las ou, ao menos, dar subsídios para uma discussão sobre o tema.



## 2. JUSTIFICATIVA

A inquietação se dá pelo fato que o direito à saúde é garantido por lei na CF/88 para todas as pessoas, sem distinção, porém, o mesmo acaba sendo negado muitas vezes. A negativa muitas vezes ocorre por falta de medicamentos, profissionais, consultas, leitos, procedimento e similares. Sem alternativas para garantir o acesso na rede de saúde, os usuários buscam a justiça para garantir e efetivar seus direitos, e, muitas vezes, a dificuldade do acesso começa na regulação da “fila” das demandas através do *software* SISREG, o qual leva em conta a classificação de risco individual e a quantidade de vagas disponíveis na localidade capaz de atender a necessidade do usuário. Essas condições referem-se ao Distrito Federal, pois os critérios da rede de atenção são diferenciados a partir de cada localidade.

Há uma limitação do estudo em relação aos usuários que não são atendidos no sistema, pois não há como saber durante o atendimento quantas pessoas estão aguardando ou o tempo de espera de cada procedimento em saúde. O estudo também é inovador, pois não há um acervo grande de bibliografia sobre o uso do SISREG e suas contribuições, sejam positivas e negativas. Sendo que é uma ferramenta muito importante de regulação do Sistema de Saúde, até o momento regulam apenas consultas e exames, mas o propósito é de regular todo e qualquer procedimento que seja demandado pelo usuário.

O tema em questão é de extrema importância e na área da saúde coletiva, pois o gestor deve pensar em como minimizar os problemas decorrentes do excesso de usuários não atendidos, principalmente em cirurgias e leitos, que são de extrema urgência. Além disso, viabilizar uma forma para que a porta de entrada no sistema seja feita através da atenção básica e não da justiça, minimizando a judicialização da saúde. Não obstante, deve-se procurar o fortalecimento da atenção básica, média e alta complexidade para que ocorra diminuição significativa dos processos judiciais decorrentes no Distrito Federal.

A partir disso, busco com este trabalho, identificar aos casos mais frequentes que surgem na defensoria e com um melhor planejamento e uma melhor avaliação dos processos de trabalho dentro da regulação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal,

casos menos complexos, como por exemplo: Evitar marcar uma consulta especializada em cardiologia, sem o exame principal que é o ecocardiograma, pois é uma especialidade que não existe um protocolo, fazendo com que a fila de espera inche. Um ajuste diário que evita grandes problemas, tanto para os profissionais ao remarcar e principalmente para o usuário que terá seu direito garantido com o atendimento integral.

Um ordenamento jurídico que preze pela dignidade da vida humana e pela universalidade e integralidade de ações de saúde, deve salvaguardar o direito dessas pessoas reivindicarem suas necessidades, e de serem atendidas pelo Estado (MARQUES, 2009).

### **3. OBJETIVO GERAL**

Analisar as demandas dos usuários da Defensoria Pública do Distrito Federal no período de Janeiro de 2015 à Julho de 2015 relacionadas ao SISREG buscando verificar quais os motivos que esses usuários recorreram à DPDF, bem como a relação dessas demandas com o sistema de regulação do DF.

#### **3.1 - Objetivos Específicos**

- Verificar como ocorre o processo da regulação, dentro do SUS-DF.
- Realizar um levantamento das demandas que chegaram à Defensoria, no período de Janeiro à Julho de 2015 e se estão inseridos no SISREG.
- Detectar quais as principais solicitações de saúde demandadas e os motivos pelos quais os usuários procuraram a DPDF
- Apontar os principais desafios dos sanitaristas frente a esse contexto para minimizar o número de demandas pela DPDF e otimizar o uso do SISREG.

## 4. METODOLOGIA

A pesquisa iniciou-se na pesquisa bibliográfica em livros, artigos, monografias, portarias, documentos produzidos pela SES-DF e Ministério da Saúde, juntamente com uma visita técnica na central de regulação da SES-DF para conhecimento do sistema de regulação, SISREG.

Posteriormente foi realizada uma pesquisa baseada em análise documental descritiva e quantitativa, com método descritivo através de uma amostra de processos que entraram no Núcleo de Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal no período de janeiro a julho de 2015.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado para guiar a busca de informações nos processos que chegam ao email da DPDF, como: resposta da SES à DPDF utilizando o filtro de email GERA (Gerência de Regulação ambulatorial), por ser o email utilizado pela regulação nas respostas; solicitações que não foram atendidas e nem marcadas, com a mensagem: “a solicitação encontra-se como pendente, aguardando agendamento, sendo a solicitação mais antiga (data do procedimento mais antigo que está na fila de espera), que possibilita um maior filtro dos encaminhamentos do setor no período de Janeiro à Julho de 2015, separados por marcações de consultas especializadas e exames. O motivo desta escolha deve-se aos procedimentos que são regulados pela central de regulação da SES-DF.

Em relação aos aspectos éticos do trabalho, a busca dos dados foi analisada no próprio email da DPDF, por esse fato, a coleta se deu apenas no ambiente de trabalho, por possuir senha sigilosa e a coleta era feita no período de funcionamento de segunda-feira à sexta-feira, os ofícios analisados e os dados utilizados, não são de segredo de justiça e com isso se tornam públicos. Não é um prontuário com dados clínicos e sim interpretações da justiça em relação à saúde. O serviço da Defensoria Pública autorizou o uso das informações e da busca no email da instituição e era supervisionado por um funcionário local. A demanda de emails que chega é muito grande, por isso foi utilizado o filtro exemplificado acima e o objetivo era verificar as demandas que não foram solucionadas inicialmente desde a marcação nos centros de saúde ou hospitais; dessa forma foi analisado item por item, pois a filtragem por respostas que ainda aguardam agendamento possibilitou a análise de números menores, alguns emails se repetiam, por

serem encaminhamentos e às vezes não era anexado o ofício, uma justificativa para tantos emails e nomes iguais.

Foi criada uma tabela para organização dos dados, de acordo com as seguintes variáveis: Mês; Sexo; Idade; Doença/agravo de saúde; Solicitação; Especificação da solicitação; Motivos pelos quais procurou a DPDF; Serviço de saúde (público ou privado) e Tempo de resposta da SES à DPDF.

Após essa etapa, foram analisados 196 ofícios os quais os resultados da pesquisa encontram-se nos gráficos a seguir e em discussões baseadas no direito a saúde.

No gráfico nº 4, foi necessário classificar por especialidade, pois a análise foi feita pela descrição dos pedidos e pela doença que o usuário tinha e/ou necessitava descobrir para continuidade/ início dos cuidados em saúde.

Não foi possível analisar os desfechos dos ofícios, se foram pactuados já na primeira chamada ou foram extrajudicialmente resolvidos ou não, pois os processos judiciais demoram certo tempo para o desfecho e o objetivo da pesquisa é pegar dados atuais de 2015.

Este trabalho decorre de uma pesquisa da parceria da Universidade de Brasília com a Defensoria Pública, durante a realização do segundo Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, este, obrigatório da grade curricular da graduação em saúde coletiva. Contou, contudo com a autorização da Instituição onde a coleta foi realizada, por se tratar de processos públicos e os ofícios administrativos e qualquer cidadão pode ter acesso.

O trabalho dispensa a submissão no comitê de ética e pesquisa (CEP) conforme estabelecido na Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que trata das diretrizes e normas referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, pois os dados que foram analisados são secundários e de livre acesso ao público, dispensando, conseqüentemente, o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e não contou com financiamento para o estudo.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 no Brasil, que consolida a saúde como um direito social a ser garantido de forma integral, equânime e universal pelo Estado, os cidadãos puderam reivindicar seus direitos de saúde.

O Estado deve formular uma política e prestar serviços de acordo com os marcos constitucionais e de acordo com a garantia de um direito social amplo, universal e integral. A luta para a conquista dos direitos foi incansável e para isso as políticas de saúde devem ser pensadas para abranger a população em um todo, através dos princípios doutrinários do SUS, no caso das políticas de saúde que quando formuladas, não seja vinculada como uma política de partidos e sim de estado.

É importante a classificação do direito à saúde enquanto direito fundamental social porque indica a intenção do Estado em promover o acesso a toda a população, diminuindo a desigualdade imposta por diversos fatores como, por exemplo, a má distribuição de renda. Essa preocupação com a promoção da igualdade material se alinha com o estabelecimento da democracia e do Estado de Direito (OLIVEIRA, 2008).

A busca da equidade no acesso aos serviços de saúde é um objetivo explícito de muitos sistemas de saúde, no entanto depara-se com muitas barreiras. A utilização do processo regulatório que envolva a racionalização da gestão pode se tornar um potente equalizador social do sistema de saúde, com vistas a amortizar a desigualdade relacional corrente no que diz respeito aos entes público e privado, além de atenuar a relação necessidade, demanda e oferta, tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções (VILARINS, 2012).

O exercício do direito à saúde, positivado em nosso ordenamento jurídico com a Constituição Federal de 1988, vem ganhando contornos nunca vistos, compelindo magistrados, promotores de justiça, procuradores públicos, advogados, entre outros operadores do direito, a lidarem com temas oriundos do Direito Sanitário e da política pública de saúde, nos três níveis de governo. E, também, compelindo gestores públicos de saúde a lidarem com a garantia efetiva deste direito social, em cada caso individual apresentado, através de uma determinação oriunda do Poder Judiciário que, muitas vezes, contrasta com a política estabelecida em matéria de assistência à saúde e com a própria lógica de funcionamento do sistema político (MARQUES, 2008).

O Direito apresenta-se como um dos canais, senão o principal, através do qual a sociedade procura alcançar o seu ideal de Justiça, ele serve para formalizar a importância que a sociedade dá a determinados valores, tenham eles origens culturais, históricas, religiosas, políticas, morais, ideológicas, econômicas, sanitárias, ou quaisquer outras possíveis fontes de valores sociais que podem vicejar no seio de uma sociedade viva (AITH, 2009).

Mesmo sendo garantido por lei, existe uma limitação na utilização de todos os serviços de forma equânime, transformando o acesso ao SUS bastante complicado, principalmente pelo fato que no momento da procura o usuário é inserido no sistema e informado que deve aguardar o atendimento, sendo que muitos outros usuários estão necessitando de atendimento com urgência, resultando em filas de grande proporção, seja por falta de material, de leitos, de profissionais para oferecer o devido atendimento e similares. Existem outras estratégias de acesso como, por exemplo, a Estratégia Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde, que também são estratégias importantes para a população, mas focamos no acesso pelo sistema de regulação. Mesmo afirmando no Art. 197:

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

O Poder Judiciário, que não pode deixar sem resposta os casos concretos que são submetidos à sua apreciação, vem enfrentando dilemas e decisões trágicas, frente a cada cidadão que clama por um serviço e/ou um bem de saúde, os quais, muitas vezes, apresentam-se urgentes para que uma vida seja salva e um sofrimento minimizado. E as políticas públicas, por sua vez, encontram-se dispersas em diversos atos normativos, sem uma sistematização clara e, muitas vezes, com trâmites que contrastam com as necessidades postas nos autos (MARQUES, 2008).

A Defensoria Pública atua na garantia de direitos à saúde de qualquer cidadão, dependente da condição financeira ou pagamento de impostos, e para atendimento na justiça comprove com declaração, fornecida durante o atendimento, a condição atual de hipossuficiência de renda. Estrangeiros que residem no Brasil ou visitam nosso país gozam também desse direito.

O Direito é composto por um conjunto de normas jurídicas de conduta e de organização e tem por conteúdo a regulamentação das relações fundamentais para a convivência e sobrevivência do grupo social. O Direito recorre, em última instância, à força física para obter o respeito das normas e tornar eficaz o ordenamento em seu conjunto, tornando-se assim, ao mesmo tempo, um instrumento auxiliar e limitador do poder (AITH, 2006).

A partir da promulgação, foi criada a Lei nº 8080/90 a qual dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências, em sumo, o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Os princípios do Direito Sanitário que são abordados na CF/88 são:

- Princípio da proteção da dignidade da pessoa humana;
- Princípio da igualdade e equidade;
- Princípio da segurança sanitária;
- Princípio da informação;
- Princípio do Consentimento ou da Autonomia

A implementação do SUS representou uma grande mudança para o país, pois passa a ter um Sistema Universal, considerado hoje um dos maiores sistemas de saúde do mundo, a sua democratização, a qual o povo pode ter acesso em todos os níveis e a visão do processo saúde- doença tem outro foco, não apenas enxergar as pessoas em um quadro de “não doença”, mas na sua promoção, proteção e prevenção, fazendo com que as políticas públicas sejam voltadas para isto.

O art. 204, inc, II e art. 205, inc. I, da Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF).

Nos quais:

**Art. 204** – A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurando mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem: (...)

**II** – o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

**Art. 205** - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede única e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito do Distrito Federal, organizado nos termos da lei federal, obedecidas as seguintes diretrizes:

**I**- atendimento integral ao indivíduo, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1993).



Com seu caráter diferencial no olhar do processo saúde-doença, discutido desde a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no ano de 1986, foi exemplificado na Carta de Ottawa:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, ela é uma garantia de luta, ditada em um enunciado de certas características do sistema de saúde, das suas instituições e de suas práticas que são para alguns considerados satisfatórios. “Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2005, p. 2).

Segundo Cardoso (2013) o princípio da equidade tem como um de seus obstáculos à dificuldade de se medir o grau de “desvantagem” dos indivíduos para assim realizar a distribuição dos benefícios. Um elemento importante nesse debate sobre paradigmas de justiça é, pois, o grau de diferenciação das necessidades. Quais necessidades devem ser objeto das políticas públicas? É essencial que haja clareza em relação às necessidades que se pretende satisfazer. É possível considerar que há algumas necessidades básicas para a existência humana: “bens sociais primários” são definidos por Rawls como tudo aquilo que as pessoas necessitam em sua condição de cidadãos livres e iguais durante toda uma vida (Rawls, 1997, p. XVI).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela

construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

A cultura da saúde num país de bem-estar social tornou-se uma cultura de reivindicação, não somente de melhores tratamentos médicos, mas também de nenhuma despesa para ninguém, o “direito à saúde” é um direito intimamente vinculado à solidariedade estatal, e, para além deste vínculo, um direito profundamente ligado à cidadania. Cada indivíduo, vivendo no território de um Estado, é cidadão deste Estado e tem direito à saúde. Esta concepção do “direito à saúde” é consequência da evolução do próprio conceito de “direito”, pois como o direito de votar ou ser eleito, o “direito à saúde” foi progressivamente estendido para toda a sociedade civil, produzindo todos os efeitos vinculados à cidadania. No início, os direitos subjetivos (direitos inerentes ao ser humano, considerado como indivíduo) nada mais eram que direitos unicamente abstratos (direito à vida, à livre expressão, ao exercício dos direitos de cidadão, etc.).

No decorrer de dois séculos, apareceram os direitos que chamamos da “segunda geração”; depois, aqueles da “terceira geração”, principalmente os Direitos Sociais. Estamos, no entanto, em face de uma contradição. Por um lado, as demandas dos cidadãos supõem uma “consciência cidadã” que requer a existência de um Estado cada vez mais presente para garantir a redistribuição das riquezas e dos bens sociais. Por outro lado, essas reivindicações supõem um Estado politicamente apto a distinguir “nacionalidade” e “cidadania”, ou ao menos capaz de agir no sentido de um “deslocamento” que pode ser efetuado em direção a uma escala mais alta, regional ou global, ou uma escala infraestatal, local (ARNAUD, 2009).

Necessidade pode ser definida como um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem. (HINO, 2009)

No que tange às necessidades em saúde, elas também são social e historicamente determinadas e se situam entre natureza e cultura, ou seja, não dizem respeito somente à conservação da vida, mas à realização de um projeto em que o indivíduo, ponte entre o particular e o genérico, progressivamente se humaniza. As necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam

modos de vida e identidades, expressos no que é necessário para se ter saúde e que envolve condições necessárias para o gozo da vida. A complexidade desses objetos da prática em Saúde Coletiva exige a instrumentalização do profissional de saúde para que respondam adequadamente ao seu caráter coletivo (HINO,2009).

No caso das políticas de saúde, é especialmente importante atentar para o fato de que, muitas vezes, a boa saúde de um indivíduo depende da boa saúde dos demais. As implicações da saúde de um indivíduo extrapolam esse indivíduo, gerando o que em economia se denomina *externalidades* (MEDEIROS, 1999).

A subdivisão mais relevante e já clássica do Direito separa de um lado o que seria o Direito Público e de outro o Direito Privado. O Direito Público rege as relações dos Estados entre si, as relações do Estado com sua própria estrutura e as relações entre o Estado e os particulares; o direito privado, por sua vez, regula as relações entre os indivíduos como tais, entre os particulares. Dentro dessas duas divisões clássicas do Direito, podemos verificar ainda uma outra divisão, uma “ramificação” desses dois campos, o público e o privado (AITH, 2009, p.68).

Quanto mais universal o sistema, menor o montante que se pode destinar a cada programa, influenciando na qualidade do serviço prestado, e que, ao prover a assistência universal e gratuita à saúde, gera-se incentivo para que as pessoas utilizem mais o sistema (LARIÚ, 2004).

Com o advento das redes de atenção, a tradicional assimetria do sistema de saúde – o médico detentor do saber de um lado, e o paciente ignorante de outro –, acaba por transformar-se. O paciente torna-se pouco a pouco um paciente-cidadão, ele reivindica o direito de saber e o direito de intervir diretamente em seu próprio tratamento (ARNAUD, 2009).

E a partir disso que as decisões judiciais crescem no país, é uma forma de conseguir o exercício do direito do usuário, como Delduque (2013) afirma isto, porque cresce exponencialmente em nosso país o número de decisões judiciais que obrigam, coercitivamente, o Estado a fornecer os mais diversos medicamentos e prestações de saúde solicitadas em juízo pelos mais diversos cidadãos, com base, cada qual, nas suas necessidades individuais, atestadas pelo parecer de seu médico assistente. Necessidades essas que, por diversas vezes, se chocam com as determinações da política pública de saúde, formalizada para atender as necessidades terapêuticas de toda a sociedade

brasileira, de acordo com dados e prioridades cabíveis para a escolha da melhor oferta terapêutica a todos que delas necessitarem.

É o Direito Sanitário que estabelece a regulação incidente sobre as ações e serviços de interesse à saúde no país, tendo como grandes objetivos a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde e a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde. Por ações e serviços de interesse à saúde entende-se não só as ações e serviços de saúde propriamente ditos (vigilância em saúde, hospitais, atendimentos médicos etc.) como também ações e serviços que possam acarretar riscos à saúde (produção, distribuição e comercialização de bens, produtos e serviços, pesquisas (bioética) etc.) (AITH, 2009, p.67).

A judicialização das políticas diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigibilidade do direito, denegado na prática das instituições responsáveis. A tutela judicial pode ser tanto de caráter individual para acesso a bens e serviços (interposta por juízes ou defensoria pública) quanto com tutela coletiva, pelo Ministério Público, dos direitos sociais não individualizáveis e da probidade administrativa (FLEURY, 2012).

Como descreve Pandolfo (2012) “A judicialização da saúde envolve aspectos políticos, sociais, éticos, jurídicos e sanitários, por isso sua compreensão envolve, necessariamente, um olhar multidisciplinar”.

Os interesses individuais e coletivos acabam gerando um conflito entre si e se torna necessário o andamento dos sistemas de forma unida, o da saúde, jurídico e político, pois é a única forma de responderem a todas as demandas existentes. O setor de judicialização presente na secretaria de saúde, não deve ser um local em que só receba notificações do judiciário, mas que ele também cobre um relatório a qual fale sobre os problemas mais recorrentes.

Um ponto importante é discutir a “judicialização” da política, como Delduque, 2013 afirma:

Trata-se da sobreposição das decisões judiciais às decisões políticas, elaboradas por esse sistema de acordo com a sua função específica na sociedade. A Judicialização, sobre esse ponto de vista, seria temerária por representar um desequilíbrio entre os sistemas sociais.

Para Marques (2015), para a garantia do direito à saúde é preciso que o operador do direito conheça não só o texto normativo, mas também contexto em que este direito se insere. É preciso que conheça as muitas implicações que seus atos podem ocasionar

no plano político, econômico e médico-sanitário e, para tanto, a ciência jurídica precisa avançar para além do estrito paradigma positivista de aplicação e produção do direito.

Trazendo a Política de Regulação que é tratado na Portaria Nº 1.559 de 1º de Agosto de 2008, que considera a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde. No Artigo 2º, a qual fala das dimensões de atuação que estão organizadas e se integram, sendo elas: Regulação dos Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

Conceitos trazem a Regulação da Atenção à Saúde que tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de Atenção à Saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da Atenção à Saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária (Brasil, 2006); Regulação assistencial: definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. Portanto, requer o estabelecimento de protocolos assistenciais, com base nas evidências, assim como do aporte de recursos humanos, materiais e financeiros para a adequação da oferta conforme as necessidades de saúde da população e Regulação do acesso: estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime.

Porém o trabalho é focado na Regulação da atenção à saúde, que é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, e seu objeto são a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2008).

A regulação do acesso à assistência, também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento

e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

O Estado deve garantir ao acesso de todos os cidadãos à assistência à saúde, como parte de seu direito à saúde. Dentre essas prestações, destacam-se as que se enquadram na Política Nacional de Regulação, que regulamenta todo e qualquer procedimento de internação e marcação de consulta, necessárias muitas vezes para garantir a integralidade de cuidados de saúde dos cidadãos. Para que a política tivesse aplicabilidade prática, foi necessário criar um *software on-line* para o gerenciamento e operação das centrais de regulação, porém, quando o usuário necessita de atendimento, o seu nome é colocado em uma lista onde aguarda para o mesmo, sendo que muitas vezes não ocorre o retorno ao paciente, seja pela falta das vagas e/ou processos que ficam pendentes, sem comunicação alguma com o usuário.

E especificando no artigo 4º que declara as ações que devem ser efetuadas, encontra-se presente a utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso, a qual por meio do Ministério da Saúde em 2001, no Departamento de Informação do SUS, surgiu o SISREG, uma ferramenta online disponível para toda a rede que atende as demandas da Regulação, porém não considerada de uso obrigatório e sim sugestivo.

Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria (DATASUS).

O SISREG incorpora conceitos importantes de identificação unívoca dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde e dos Profissionais de Saúde que neles trabalham, e busca incorporar, também, regras que deem suporte à lógica do Sistema de Referência e Contra referência (MOURA 2004).

No Artigo 8º desta mesma portaria é explícito as atribuições da regulação do acesso em dois pontos: I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; II - garantir os princípios da equidade e da integralidade. Porém observa-se que a garantia

do acesso é limitada pela falta de vagas, fazendo com que os usuários recorram a defensoria pública em busca de seus direitos, para enfim, garantir os princípios.

A busca da equidade no acesso aos serviços de saúde é um objetivo explícito de muitos sistemas de saúde, no entanto, depara-se com muitas barreiras. A utilização do processo regulatório como instrumento de gestão pode se tornar um potente equalizador social do sistema de saúde para amortizar a desigualdade relacional entre os entes público e privado, além de atenuar a relação necessidade, demanda e oferta, tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções (VILARIS, 2012).

É necessário criar espaços que protejam à saúde e que abriguem todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho e que principalmente a comunicação intersetorial trabalhe de forma efetiva com os demais, rumo à garantia do direito à saúde do cidadão.

O cidadão para conseguir acesso aos procedimentos regulamentados pelo SISREG pode acessar o Poder Judiciário para efetivar seu direito, começando então um processo de judicialização, que se trata de uma ação judicial para obter um direito já conquistado. E, para acessar o Judiciário, os cidadãos utilizam, muitas vezes, a via da Defensoria Pública.

A Defensoria Pública do Distrito Federal é uma instituição permanente cuja função, como expressão e instrumento do regime democrático, é oferecer, de forma integral e gratuita, aos cidadãos necessitados a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos. Atualmente, a instituição conta com 209 Procuradores de Assistência Judiciária em atuação em 26 diferentes Núcleos de Assistência Jurídica (DEFENSORIA PÚBLICA).

A Defensoria Pública e a Secretaria de Saúde criaram no ano de 2013 a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde - CAMEDIS, ela é responsável pela mediação relativa às demandas que surgem de serviços e produtos de saúde que são oferecidos pelo SUS no DF.

Como estipulado no Art.2 da Portaria Conjunta nº1 de 26 de Fevereiro de 2013, A CAMEDIS tem como missão institucional buscar solução às demandas por serviços e produtos em saúde, com o intuito de evitar ações judiciais ou propor soluções para aquelas em trâmite.

No Art. 4 da mesma portaria, fala das competências relacionadas à CAMEDIS que são:

I- Promover mediação em demandas por serviços ou produtos de saúde a serem fornecidos pelo SUS no Distrito Federal;

II- Buscar conciliação e propor soluções para demandas judiciais em trâmite;

III- Tomar conhecimento das demandas judiciais e administrativas levadas à ciência da CAMEDIS por qualquer de seus membros integrantes indicados no artigo 3º;

IV- Propor à órgãos e entidades da Administração Pública do Distrito Federal responsáveis pela elaboração e execução de políticas públicas associadas à saúde pública do DF, medidas para melhorias e cooperação.

A CAMEDIS é composta por 1 representante e 1 suplente de cada órgão: DP e SES e cabe a SES fornecer apoio administrativo e meios materiais para funcionamento da câmara.

Trimestralmente, a CAMEDIS elabora um relatório com o resumo de suas atividades e o remeterá ao Secretario de Estado de Saúde e ao Defensor Geral, bem como ao Conselho de Saúde do Distrito Federal e ao colegiado de Gestão da SES/DF.



## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

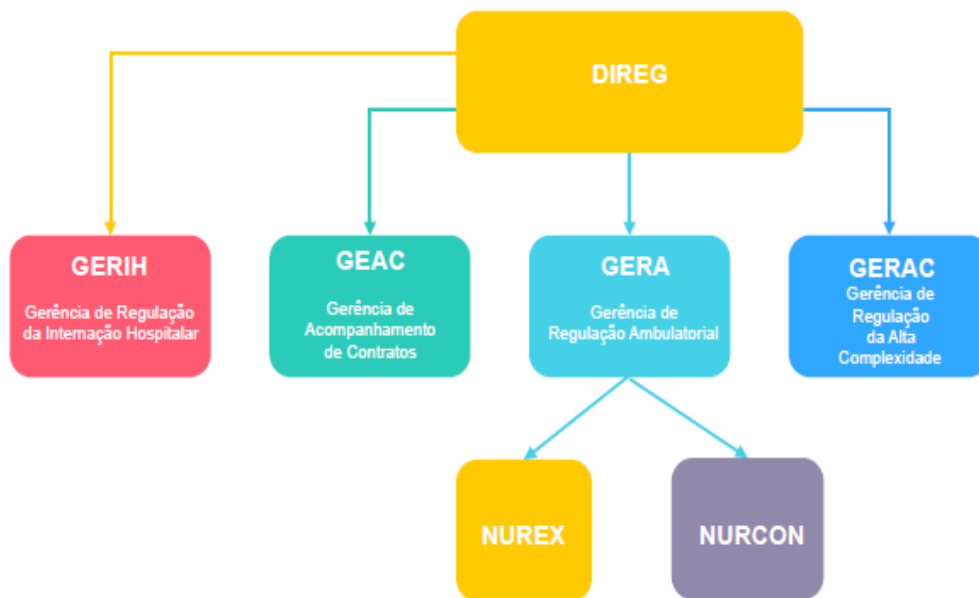
### **6.1 SISREG NO DF**

Foi realizada uma visita técnica na SES-DF na Gerência de Regulação Ambulatorial (GERA) no mês de Outubro/2015, situada no endereço SCIA QD 15 CONJ 3 LT 12- Brasília-DF, contei com a participação de duas enfermeiras, pois o contato foi mais rápido por conhecer uma pessoa que trabalha na regulação. Elas me explicaram todo o funcionamento e o trabalho executado na rede, mostraram-me o fluxo utilizado da regulação e cada conta de usuário usado no SISREG, como cada senha se comporta e as abas existentes para cada perfil.

A visita foi muito importante para esclarecer melhor o funcionamento do sistema, não existindo biografia para tal explicação, utilizei também conhecimento prático durante os estágios supervisionados do curso de saúde coletiva, sendo que o primeiro estágio ocorreu no Centro de Saúde nº 9 de Ceilândia, a qual manuseava o sistema como solicitante e no segundo estágio minha prática foi na DPDF, observava as ações que chegavam à procura do direito a saúde, que já passaram pelas unidades solicitantes. A conversa foi esclarecedora para ambas as partes e o aprendizado na prática contribuiu para um olhar mais crítico dos encaminhamentos demandados.

No Distrito Federal, existe um fluxo de trabalho dentro da Regulação em Saúde, como exemplificado abaixo, a pesquisa acontece sobre o trabalho da Gerência de Regulação Ambulatorial (GERA).

# ORGANOGRAMA DA DIRETORIA DE REGULAÇÃO - DIREG



**Fonte:** Capacitação em Regulação Ambulatorial da SES-DF

Ao inserir o paciente no SISREG, o grau de prioridade é dado por cores, sendo três prioridades: Vermelha, de maior risco; Amarela, risco intermediário e verde, baixo risco ou eletivo. Assim que uma vaga é desocupada, é informado para regulação e esta é a única que pode inserir um novo usuário, sendo àquele cuja necessidade está na lista de espera, prioridade vermelha, o mesmo já é alocado imediatamente obtendo seu acesso ao serviço.

Sobre o SISREG, a busca é dificultada por ser um sistema de informação, que regula procedimentos ambulatoriais, existindo pouca biografia para tal, visto essa necessidade, ocorreu uma visita técnica para conhecimento do processo de trabalho, dentro da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES- DF) que foi agendada no mês de Outubro/2015, foi explicado todo o processo de regulamentação, pois na rede são reguladas 13 especialidades e existe no total 35.

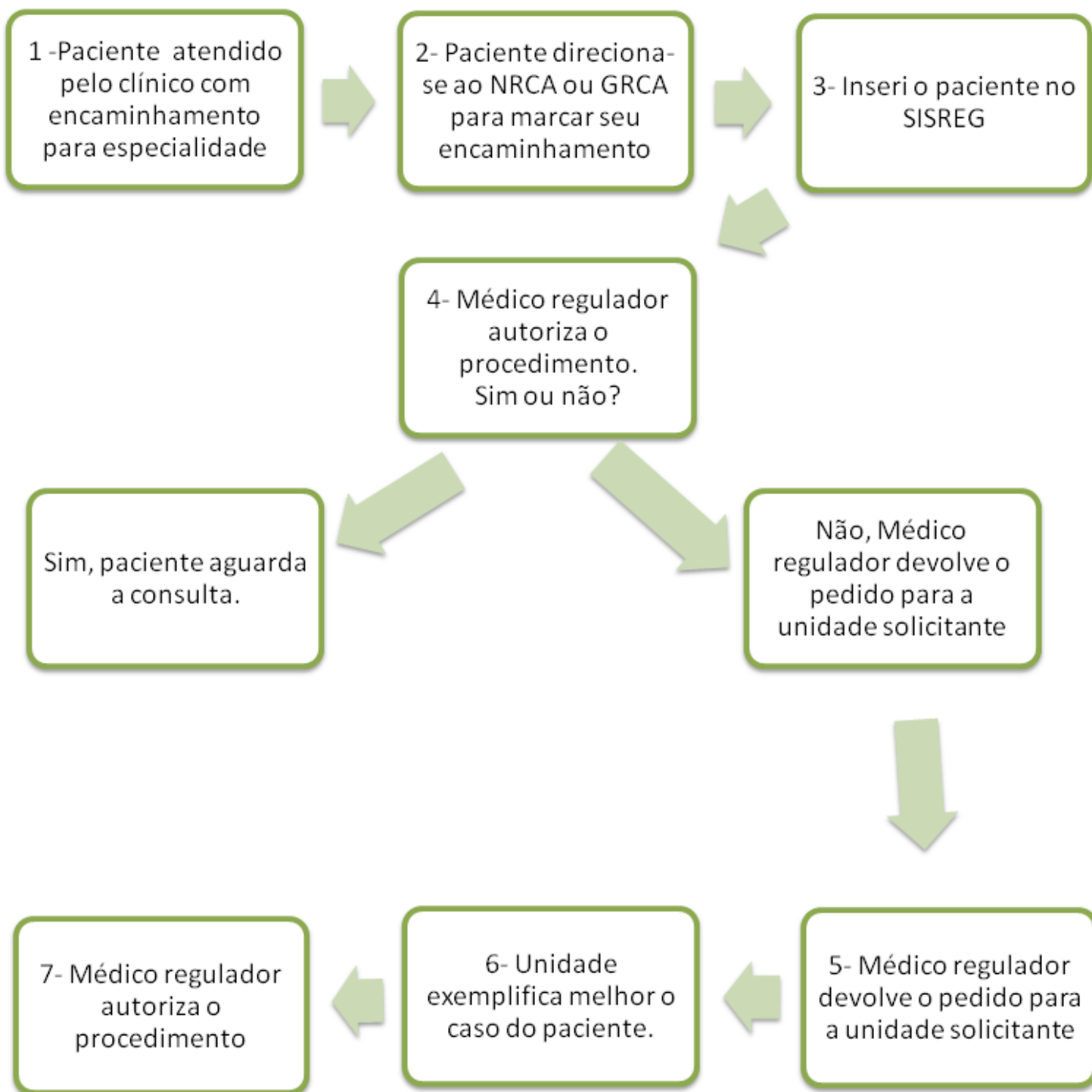
A regulação deu início no ano de 2006 no Distrito Federal e acontece pelo SISREG, pode ser acessado de qualquer computador que possua internet e que o os gestores criem senhas de acesso para os funcionários do Núcleo de Regulação e

Controle de Atendimento (NRCA) no caso de Centro de Saúde e na Gerência de Regulação do Controle e Avaliação (GRCA) em Hospitais.

Todos os encaminhamentos ocorrem através do clínico, o paciente é atendido e o clínico faz um encaminhamento para uma especialidade, se for uma especialidade que é regulada, ele preenche uma ficha específica e o paciente direciona-se até a regulação do estabelecimento - NRCA ou GRCA.

Com esse encaminhamento o paciente, se possuir os dados no Cadastro Nacional de Saúde (CNS), basta inserir o número do cartão no SISREG, caso não tenha, é necessário adquirir o Cartão do SUS que é realizado no sistema CADSUS Web, gratuito e realizado em qualquer Centro de Saúde. No DF é utilizado também o Track Care, porém há uma falha no SISREG, pois os sistemas não conversam entre si, fazendo com que o cadastro do paciente ocorra em 2 sistemas diferentes.

Logo após esse procedimento e marcado a consulta clínica, o paciente é atendido no ambulatório e o médico clínico coloca seus dados no SISREG, o médico regulador para autorizar a consulta necessária faz uma análise de cada caso. Exemplificando melhor o caminho que percorre o processo de regulação no fluxograma abaixo:



**Fonte:** Elaboração própria.

A regulação teve início com três especialidades médicas, que são Cardiologia, Oftalmologia e Dermatologia e hoje são as maiores e com bastante demanda, principalmente a Cardiologia, esta quando foi implantada, não foi criado um protocolo

clínico, pois é necessário saber a classificação de risco e a contra referência que deve-se ter e as últimas especialidades que entraram no SISREG, foi obrigatório criar esse protocolo pelo coordenador da especialidade, contendo o CID-10 e a classificação de risco necessária, o que não é regulado pelo SISREG, os casos são resolvidos na Atenção Básica ou marcado diretamente na unidade prestadora.

Com a ficha, o médico regulador marca o procedimento, e em alguns casos quando é recebido o encaminhamento, não condiz com a ficha da outra unidade, o médico regulador devolve o pedido, tirando suas dúvidas, permanecendo pendente o atendimento. Nos documentos que constam nos anexos do trabalho 3 e 4, é possível verificar as classificações de risco que são utilizadas nos casos da cardiologia nas consultas de doenças venosas e linfáticas e doenças arteriais para nortear os profissionais.

Algumas especialidades têm protocolo e outras não, como a cardiologia. O DF regula 15 hospitais, não é regulado: Hospital das Forças Armadas, Hospital de Apoio e Hospital São Vicente de Paula. Existem em média 60 Centros de Saúde e a regulação trabalha com a regionalização, pois na hora da marcação do pedido, ela tenta agendar próxima a residência do paciente, esse critério só não é utilizado, quando a especialidade desejada, encontra-se em apenas um local, no caso do Distrito Federal, esses hospitais se encontram no centro de Brasília. No caso dos exames não existe protocolo, logo o médico deve colocar a gravidade da solicitação de maneira bem exemplificada.

Existem cinco perfis no SISREG:

- Solicitante: é o perfil que gera a demanda, não possui funções extras, consegue solicitar e acompanhar a solicitação no sistema.
- Executante: perfil que fecha o atendimento, puxa a agenda e confirma o atendimento
- Solicitante-executante: perfil que atende os dois perfis citados acima;
- Regulador: único perfil que é possível verificar a fila, utilizado pelo médico regulador.
- Administrador fiscal: perfil utilizado para inserir as vagas disponíveis e o vídeo fonista, perfil de visualização de solicitação, que é o perfil utilizado pela DPDF.

O Perfil de Solicitante- executando é muito importante pois é o perfil que tem contato direto com o usuário e precisam trabalhar de acordo com as funções que foram

pactuadas na implantação do SISREG, pois é a partir delas que a comunicação inicia com o usuário, são elas:

- Primar pela humanização de suas ações;
- Ser bom ouvinte;
- Lembrar que mesmo nos momentos mais extremos, o Paciente (Usuário SUS) é quem tem a razão;
- Ser cortês;
- Zelar pelo bom funcionamento de seu equipamento e local de trabalho;
- Estar sempre atento às alterações no sistema;
- Estar atento ao procedimento ou exame a ser marcado, para evitar transtornos ao usuário;
- Em caso de dúvidas, recorrer ao gerente do sistema ou superior hierárquico mais próximo;
- Ser ético e tratar das informações de trabalho apenas dentro do trabalho
- Realizar as marcações de procedimentos apenas dentro das normas impostas pelo Sistema Único de Saúde.

Cada perfil tem uma funcionalidade e para isso, o sistema conta também com dois tipos de fila no SISREG: Fila do regulador, a qual é a fila que o médico regulador verifica uma por uma as solicitações demandadas e faz a marcação do procedimento ou pode devolver para a unidade de atendimento pedindo melhores informações, e a fila de espera, também chamada de marcação automática, essa é uma fila que o próprio sistema, todos os dias de 00h às 05:00h, vasculha o quantitativo de vagas disponíveis e abertura da agenda, o sistema faz a marcação direta, retornando a Unidade Solicitante o parecer em caso de aprovação.

Essa fila tem pontos que podemos observar: o sistema consegue fazer uma marcação muito grande, que nenhum profissional conseguiria em tão pouco tempo, é utilizado como parâmetro a classificação de risco e o local de residência do usuário. Porém, não existe uma análise maior das marcações como ocorre na fila do regulador, pois, erroneamente, o sistema pode marcar um exame ou consulta. No anexo 1 e 2 é possível identificar as especialidades que são reguladas nas 2 filas existentes.

Em um período de 7 dias, as unidades conseguem visualizar a vaga no sistema, caso alguém desista da vaga, podendo acontecer de algum usuário já ter realizado o exame na rede privada, é cancelado o pedido e abre novamente à fila, com isso pode

acontecer uma chance de uma pessoa que chegar primeiro na procura da solicitação e conseguir direto a vaga, não passando pela fila.

Os médicos reguladores dividem por especialidades as demandas que chegam, o critério utilizado pode ser os mais antigos na fila ou por classificação de risco, geralmente a classificação de risco é mais utilizada, pela gravidade da situação, alternam para tentar marcar todos os pedidos que chegam, pois se utilizado apenas o critério da prioridade, sempre haverá classificação vermelha e os demais não serão atendidos. Os médicos reguladores podem mudar a classificação de risco caso esteja errônea, para isto, é necessário uma justificativa da troca.

Os pedidos que são negados, são aqueles que não condizem com o que se pede ou está faltando algum dado importante para passar, como por exemplo, o CID-10.

A área da saúde apresenta um grande déficit, seja no planejamento, economia e profissionais de saúde e na regulação é um dos setores chave para o bom andamento e planejamento do sistema e encontra limitações na prática. Regular não é apenas no ato regular, mas todas as ações que partem de seus processos, ações que foram planejadas de forma clara e na prática, situações que não são interligadas. O Direito apresenta-se como um dos canais, senão o principal, através do qual a sociedade procura alcançar o seu ideal de Justiça, ele serve para formalizar a importância que a sociedade dá a determinados valores, tenham eles origens culturais, históricas, religiosas, políticas, morais, ideológicas, econômicas, sanitárias, ou quaisquer outras possíveis fontes de valores sociais que podem vicejar no seio de uma sociedade viva (AITH, 2009, p.67).

O Direito Sanitário é parte da ciência do Direito, uma ciência que tantas dificuldades conceituais carrega dentro de si. Ao relacionar-se com as questões sociais que dizem respeito à saúde essa complexidade do Direito aumenta de forma significativa (AITH, 2006).

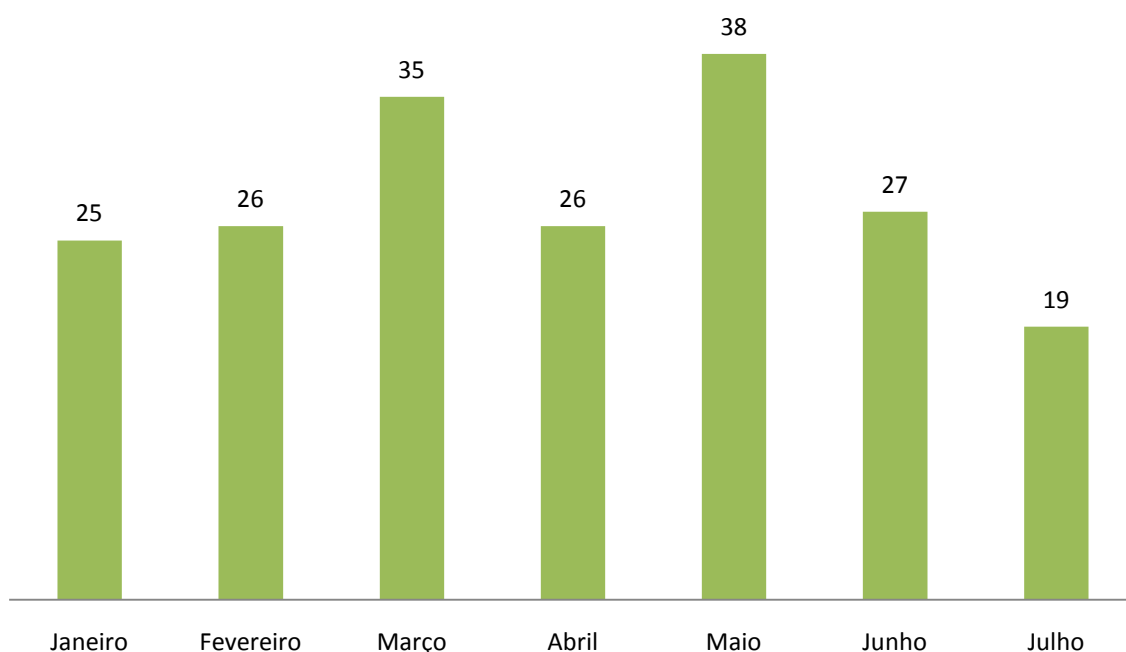
O estudo analisou 196 ofícios de Janeiro à Julho de 2015, que foram respostas da SES-DF para a DPDF. Como consta no gráfico 1, dos seis meses analisados, o mês de Maio conta o maior número, não foi possível identificar o motivo, no mês de Julho foi o menor em respostas, uma possível explicação para este fato, pode ter sido ocasionada pelas férias dos servidores e a demanda acumulada, pois neste mês o tempo de resposta demorou mais de 10 dias. De Janeiro a Março houve um crescimento das respostas à DPDF e em Maio ocorre o decréscimo.

Em relação aos meios utilizados do serviço de saúde (público ou privado) que demandaram os usuários à DPDF, apenas 1 foi por meio privado e 195 pela rede pública

de saúde, os defensores relataram durante a vivência que boa parte dos usuários que chegam à DPDF, são indicações dos próprios servidores que encontram-se alocados na rede de saúde. Possivelmente, esse número de usuários é maior por ser uma parcela da população que não possui condições financeiras que possam arcar com todo o custo do cuidado à saúde, nos ofícios analisados, essa era uma questão bastante encontrada em quase sua totalidade.

Na análise da faixa etária, como mostra no gráfico 2, a distribuição maior encontra-se nos usuários que tem entre 41 à 60 anos de idade, com 39% dos ofícios analisados, 4% não consta, pois não foi relatado na descrição do processo. Dos usuários que possuem 60 anos ou mais, os familiares dão entrada ao processo, por alguns não conseguirem ler ou se locomoverem até a DPDF. Nos ofícios encontrados verificou-se que muitos são relatados por representantes familiares, boa parte por seus filhos. Sobre a categoria sexo dos usuários que procuram a DPDF, foi equilibrado, 50% para feminino e 50% para masculino.

**Gráfico 1- Número total de ofícios analisados na DPDF no período de Janeiro à Julho de 2015.**

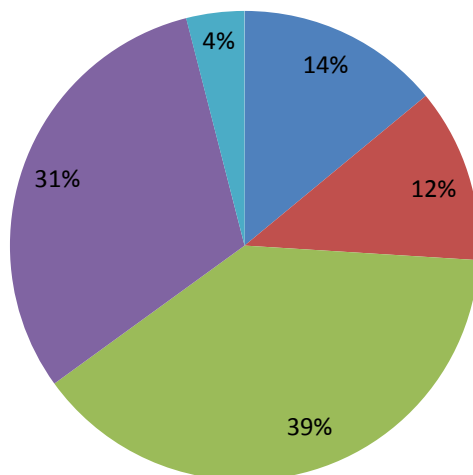


**Fonte:** DPDF/ Elaboração Própria



**Gráfico 2- Faixa etária dos usuários que procuram a DPDF, no período de Janeiro à Julho de 2015.**

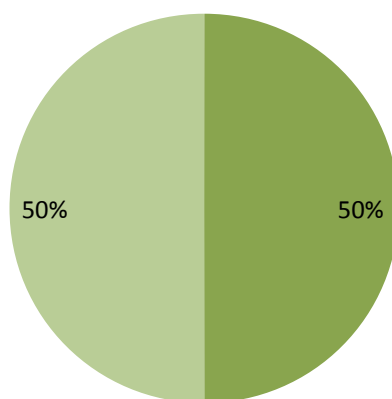
■ 1-20 anos ■ 21-40 anos ■ 41-60 anos ■ 61 ou mais ■ Não consta



Fonte: DPDF/ Elaboração Própria

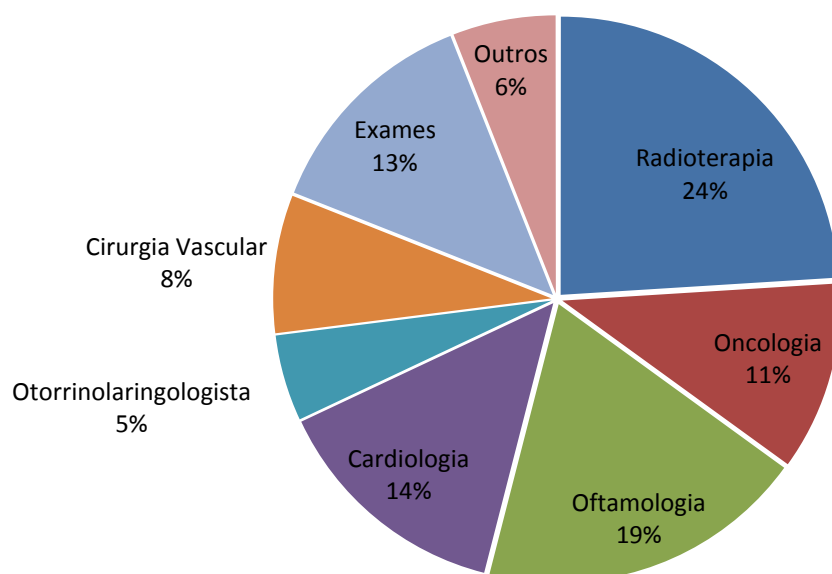
**Gráfico 3- Usuários que procuram a DPDF no Período de Janeiro à Julho de 2015, por sexo.**

■ Masculino ■ Feminino



Fonte: DPDF/ Elaboração Própria

**Gráfico 4- Especialização da solicitação dos usuários na DPDF, por especialidade, no período de Janeiro à Julho de 2015.**



**Fonte:** DPDF/ Elaboração Própria

Como demonstrado no gráfico 4, foi analisado as solicitações especificadas por especialidade, como o SISREG regula apenas consultas e exames, foi separado por especialidades para obter um resultado melhor, 24% dos usuários procuram por consulta em radioterapia, em boa parte dos ofícios de consulta de radioterapia, o paciente necessita da consulta para a continuidade do tratamento, os demais solicitam para confirmar a necessidade da radioterapia, seguido de oftalmologia com 19%, nesta especialidade foram encontradas consultas para cirurgia, controle de glaucoma e descolamento de retina foram as mais demandadas, e a terceira especialidade mais encontrada foi a cardiologia com 14%, dos exames o mais encontrado foi o Holter e das consultas a que aparece em maior prevalência, são dos usuários que possuem arritmia, seguida de risco cirúrgico e primeira consulta a partir de fortes dores do peito. Com 6% são outras solicitações que tiveram uma demanda muito pequena, como a dermatologia, neurologia, cirurgia pediátrica e endocrinologia.

A cardiologia é uma especialidade interessante, pela falta de protocolo clínico, percebemos que na SES-DF, muito se falava desta especialidade que decorre de maiores solicitações, que em boa parte dos casos, poderiam ser resolvidas na atenção básica, sem necessidade de encaminhamento para especialista, porém na análise dos dados, a

oftalmologia passa a frente, um dado importante de análise, pois no ano de 2013, a carreta do oftalmologia zerou a fila de espera, realizando consultas e exames, segunda a SES-DF, o interessante é que em 2015, as solicitações aumentaram e os usuários recorrem a DPDF para garantia do seu direito a saúde.

## **6.2 O papel do Sanitarista**

O grande desafio que os sanitaristas encontram é, principalmente, a questão do SUS legal e do SUS real, nossas políticas são bem pensadas e estão de acordo no papel, porém uma série de coisas negativas que envolvem a saúde, acaba cobrindo as ações que deram certo durante todo o trabalho realizado no SUS que realmente deveria existir e a população desacredita, pelos fatos que a mídia nos relembra todos os dias. A mídia é um meio importante de disseminação de conteúdo, mas há falhas em poder mostrar também os lados positivos, pois o que chama atenção e dá “audiência” para a notícia é o quesito que mais chama a atenção da população.

Relembrar a importância da saúde como um direito social para a população, um dos direitos mais importantes para a existência do ser humano, pois a saúde não distingue classe social, raça/cor, opção sexual, todo e qualquer ser humano deve ter assistência, sendo um interesse da população geral. As políticas que estão regendo o SUS devem ser políticas de estado e não políticas de partidos, pois muitos feitos que podem ter uma continuidade maior, acabam sendo desvinculadas por brigas de oposição partidária.

É de suma importância a presença de um preceptor dentro da DPDF que tem conhecimento maior na área da saúde, pois as decisões e pactuação das situações que chegam pelos usuários, antes mesmo de serem encaminhados para o judiciário, podem ocorrer uma conversa entre os atores envolvidos, SES e DPDF, e chegar a um acordo entre ambos.

Como gestores dos centros de assistência a população, percebe-se que as decisões jurídicas, como são normais no Estado de Direito, acabam por influir no âmbito da tomada de decisões coletivas da SES-DF, fazendo com que o direito individual esteja acima do direito coletivo.

A importância da avaliação dos serviços prestados à população é de extrema importância para continuidade no planejamento, dos recursos das unidades, para

verificar também se está sendo bem gasto, se a população está sendo atendida diante as necessidades que surgem.

Sugiro estudos maiores em relação ao planejamento a partir dos déficits de consultas e exames encontrados na área da saúde que são regulados pelo SISREG, um estudo prévio de quais as reais demandas que são mais encontradas e que necessitam de uma intervenção imediata, como encontrado nos resultados acima em relação à radioterapia, será que a demanda de médicos que realizam a consulta em radioterapia está adequada? Poderíamos formular uma estratégia a qual os mastologistas ajudassem na resolutividade dos casos da radioterapia, um mutirão de consultas para minimizar a fila de espera e com isso, os recursos que chegam a DPDF também serão menores. Aos casos que chegam à DPDF que não conseguiram ser solucionados na rede, passem pela CAMEDIS, uma forma mais harmônica de resolver os conflitos e minimiza os impactos negativos da judicialização em saúde, pois o Judiciário se sobrecarrega de ações e processos todos os dias que não passam por processo de conciliação, evitando boa parte dos casos que existem.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização do direito à saúde é um processo que não tem fim, que passa pelo envolvimento de inúmeras instâncias de poder e entre todas elas a esfera judicial é apenas uma delas, talvez a menos importante para alguns, mas para outros ela tem se tornado a mais importante, pois, exige um comprometimento ético de todas as pessoas, realizando com êxito o seu papel.

Consideramos também que existem falhas na execução das políticas públicas já existentes, fazendo com que o desdobramento do usuário do SUS seja maior para garantir seus direitos, pois a integralidade do atendimento já consta problemas desde o início do seu acolhimento no serviço de saúde, fazendo com que a espera seja maior que o desejado, acarretando também uma piora em seu quadro de saúde, demandando mais serviços de saúde que poderiam ser evitados, se solucionados na época certa e na atenção básica, com isso temos o problema também da escassez de recursos financeiros que a saúde vem sofrendo, acarretando a falta de serviços que garantem a integralidade do usuário e as dificuldades que os profissionais sofrem para conseguirem atender os pacientes que ali chegam.

A partir da análise dos dados da pesquisa, chegou-se a conclusão de que com uma melhor avaliação por parte da SES-DF das demandas que chegam a DPDF do que está sendo ofertado, é possível minimizar a judicialização em saúde, pois se a SES-DF se apropriar dos dados que são levantados pela DPDF, é possível um melhor planejamento das ações, a linha de cuidado consegue ser mais avaliada e também pelo fato do acesso do usuário, quanto mais acesso, menos judicialização ocorre, pois a garantia do acesso foi bem sucedida.

O SISREG é um instrumento potencializador de equilíbrio e planejamento entre oferta e demanda, para oferecer eficiência e integralidade ao sistema de saúde em busca de resultados positivos. Há muito que ser trabalhado e o Estado verificar melhor como podem solucionar os problemas mais frequentes que surgem para os usuários do DF, com um melhor planejamento e avaliação do serviço prestado, trabalho que pode ter uma parceria com a ouvidoria já na unidade prestadora de serviço.

As questões referentes a quem deve ser atendido primeiramente devem ser bastante analisadas, pois uma pessoa que entra na justiça, não necessariamente, deve ter seu direito a saúde garantido desde o início, pois na fila da SES-DF há pessoas que

aguardam mais tempo e sua prioridade é igual, as questões éticas e justas são rebatidas a cada caso que surge para judicialização, os olhares que cada instituição dá para o caso é diferente, sendo que na DPDF, o direito individual fala mais alto e na saúde os usuários que aguardam mais tempo por um atendimento e tem sua classificação de risco definida com maior risco é prioridade. Pactuações são necessárias e quando o processo vira judicial, a SES-DF é obrigada a garantir o direito daquele usuário.

Tendo em vista que o SUS do DF não tem condições de suprir boa parte da demanda de saúde da população, sem a necessidade da interferência do judiciário, surge à necessidade da existência de um espaço de escuta do usuário do sistema, que consiga substituir o papel da Defensoria Pública na resolução da demanda reprimida de saúde da população do DF. Ou seja, um ente inserido no sistema de saúde que se configure como um mediador de conflito entre o usuário e o SUS, para que assim, seja possível que a demanda reprimida de saúde que chega até a Defensoria e que consegue ser resolvida extrajudicialmente, possa ser resolvida dentro do sistema, sem a interferência do judiciário, para que somente os casos em que o sistema de fato não consiga resolver, sejam mediados pelo poder judiciário.

A rede pública teve um destaque maior por ter trabalhado com a regulação ambulatorial, pois no sistema privado existe uma fragilidade também, por o SUS não conseguir atender toda a demanda necessária e o custo dos procedimentos. Provavelmente as demais pessoas, que não estão na regulação ambulatorial, estão em outros lugares judicializando, cobrando de seus planos de saúde o serviço que pagam mensalmente, pagando por consultas e exames particulares para conseguirem seu direito mais rapidamente.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNAUD, André Jean; CAPELLER, Wanda. **Cidadania e Direito a saúde**. O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde, p. 31-48, v.4, 2009.

AITH, F. M. A. **Consolidação do Direito Sanitário no Brasil**. O direito achado na rua, introdução crítica ao direito a saúde v.4 p. 65-75. 2009

AITH, Fernando Mussa. **Teoria Geral do Direito Sanitário**. Tese de Pós Graduação em saúde publica, obtenção de título de Doutorado em Saúde Publica. São Paulo, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei Orgânica do Distrito Federal**. Brasília, DF, jun, 1993.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.559**. Brasília, DF, 01 de Agosto de 2008.

BRASIL. **Defensoria Pública do Distrito Federal**. Disponível em: <[http://www.defensoria.df.gov.br/?page\\_id=2376](http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2376)>. Acesso em junho/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume6.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume6.pdf) Acesso em: 08/10/2015

CARDOSO, Antônio José Costa. **Políticas de Saúde: universalizar ou focalizar é a questão?** Direito Sanitário em Perspectiva, Pag. 53-70, Políticas de Saúde: universalizar ou focalizar é a questão? Ed. Fiocruz v.2, 2013

CIARLINI, L. A. **Direito a saúde: Paradigmas procedimentais e conceituais da Constituição.** Brasília: Saraiva, 2013.

DATASUS, **Departamento de Informática do SUS**, <http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>. Acesso em: 30/09/2015

DELDUQUE, M, ET AL.. **Judicialização das políticas de Saúde no Brasil.** Direito Sanitário em Perspectiva, Pag. 185-221, Políticas de Saúde: universalizar ou focalizar é a questão? Ed. Fiocruz v.2, 2013.

DELDUQUE, M. C.; CAYÓN, Joaquín de las Cuevas. **A Mediação como alternativa à judicialização da saúde.** 2013. In: Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. Disponível em:< <http://blogs.bvsalud.org/ds/2013/07/08/a-mediacao-como-alternativa-a-judicializacao-da-saude/>>. Acesso em junho de 2013.

FLEURY, Sônia, **A judicialização pode salvar o SUS**, Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012.

GROSSI, N. S. **A atuação da defensoria pública na efetivação do direito à saúde:** uma análise a partir da hipótese concreta, ORBIS REVISTA CIENTÍFICA, VOL. 2, NO 1 (2011).

HINO, P; CIOSAK,S.I; FONSECA, R.M.G.S; EGRY,E,Y. **Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação.** Rev. esc. enferm. USP vol.43 no.spe2 São Paulo Dec. 2009

MARQUES,S. B. **Judicialização do Direito a saúde.** Revista de Direito Sanitário v. 9, n. 2 p. 65-72, 2008



MARQUES, S.B. **O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o projeto de lei n. 219/2007: Interpretação e aplicabilidade pelo poder judiciário.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 10, n. 2 p. 64-86 Jul./Out. 2009

MATTOS, Ruy Ferreira. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MOURA, L. A. et al. **A Construção do Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.** In: Proceedings of the IX Brazilian Conference on Health Informatics, Ribeirão Preto, SP, Brazil. 2004.

OLIVEIRA, M. D.. **Saúde possível e judicialização excepcional:** a efetivação do direito fundamental à saúde e a necessária racionalização. Instituição Toledo de ensino de pós-graduação. Bauru – SP, 2008.

PANDOLFO, Mércia; DELDUQUE, Maria Célia; AMARAL, Rita Goreti. **Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil.** Rev. salud pública. 2012, vol.14, n.2, p.340- 349.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

## Anexo

### 1- Grupos na fila de espera (100% das vagas como 1ºvez)

<b>Cardiologia</b>	Pediatria; Adulto; Arritmia; Coronaria; Fibrilação Atrial; Insuficiência Cardíaca; Risco Cirúrgico; Valvulopatia.
<b>Otorrinolaringologista</b>	Otorrinolaringologia - Geral; Cirurgia Endoscopica Nasal; ORL - Estética; Otologia Cirurgica; Otoneurologia; Paralisia Facil/ Surdez Súbita; Rinologia Cirurgica; Surdez.
<b>Oftalmologista</b>	0 a 15 anos; Acima de 60 anos; Catarata; Córnea; DRMI; Estrabismo; Geral; Glaucoma; Hanseníase; Plástica Ocular; Pterigio/ Calazio; Retina do RN; Retina Geral; Uveíte.
<b>Endocrinologia</b>	Geral
<b>Cirurgia Vascular</b>	Cirurgia Vascular- Venosas
<b>Cirurgia Plástica</b>	Cirurgia Plástica- Geral; Triagem; Câncer de pele; Fissura labio palatal; Hemangioma Infantil; Lesão medular; Lipodistrofia por antiretrovirais; Pós Cirurgia bariátrica; Reconstrução mamária pós mastectomia; Reconstrução de membros.
<b>Alergologia</b>	Geral; Infantil; Angiodema Hereditário; Imunodeficiência adulto.
<b>Exames</b>	Densitometria; Holter; Teste de esforço; Mapa.
<b>Especialidades Pediátricas</b>	Neurocirurgia; Neurologia; Cirurgia Pediátrica; Endocrinologia; Gastroenterologia; Homeopatia; Imunologia; Nefrologia; Onco-Hematologia; Pneumologia; Reumatologia.
<b>Proc. Oftalmologia</b>	Campimetria Computadorizada; Retinografia colorida; Retinografia fluorescente; Vitrectomia; Teste de provocação do glaucoma; Biometria; US Ocular; Ceratoscopia Computadorizada; Microscopia especular de cornea; Paquimetria Fotocoagulação a lases- por

	aplicação; Gonioscopia; Mapeamento de retina ou fundoscopia; OCT.
--	---

Fonte: SES/DF

## 2 - Grupos na Fila do Regulador ( 100% das vagas como reserva)

<b>Exames</b>	Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética; Mamografia; Cateterismo; Angioplastia; Estudo eletrofisiológico; Tilt teste; Ecocardiografia.
<b>Consultas</b>	Mastologia; Oncologia clínica; Cirurgia vascular - arterial; Consulta em cirurgia cardíaca; Insuficiência cardíaca; Radioterapia.

Fonte: SES/DF

3-



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Coordenação de Cirurgia Vascular/GRMH/DIASE/SAS



**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O  
AGENDAMENTO DE CONSULTAS**

**NO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA VASCULAR –  
SES/DF**

**DOENÇAS ARTERIAIS**

<b>VERMELHO</b>	PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR INTENSA EM MEMBROS INFERIORES MESMO EM REPOUSO E PULSOS ARTERIAIS NÃO PALPÁVEIS NO PÉ. <b>CID I70.2/ I73.1/I77.6</b>
	PACIENTE COM HISTÓRIA DE AVC PRÉVIO COM SUSPEITA DE DOENÇA CAROTÍDEA. <b>CID I63.2</b>
	PACIENTE TUMORAÇÃO ABDOMINAL PULSÁTIL E EXPANSÍVEL (SUSPEITA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL). <b>CID I71.4</b>
	PACIENTE COM DIAGNÓSTICO FIRMADO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL AO ULTRASSOM OU À TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA. <b>CID I71.4</b>
	PACIENTE COM TUMORAÇÃO PULSÁTIL SINTOMÁTICA EM EXTREMIDADE OU REGIÃO CERVICAL. <b>CID I72</b>
<b>AMARELO</b>	PACIENTE COM QUEIXAS DE CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE (DOR AO CAMINHAR) EM MEMBROS INFERIORES E PULSOS ARTERIAIS DIMINUÍDOS OU AUSENTES À PALPAÇÃO. <b>CID I70.2/I77.6/I73.3</b>
	PACIENTE COM QUEIXAS DE CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE EM MEMBROS SUPERIORES E PULSOS ARTERIAIS DIMINUÍDOS OU AUSENTES À PALPAÇÃO. <b>CID I70.2</b>
	PACIENTES COM SUSPEITA DE HIPERTENSÃO RENOVASCULAR. <b>CID I15.0</b>
	PACIENTE COM SUSPEITA DE DOENÇA ARTERIAL INFLAMATÓRIA. <b>CID I73.1 / I77.6</b>
	PACIENTE PORTADOR DE MALFORMAÇÃO

	ARTERIOVENOSA EM EXTREMIDADES. <b>CID Q27.3</b>
	PACIENTES DIABÉTICOS COM SUSPEITA DE DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA SEM LESÕES NECRÓTICAS. <b>CID E13.5</b>
<b>VERDE</b>	PACIENTE COM TUMORAÇÃO PULSÁTIL ASSINTOMÁTICA EM EXTREMIDADES OU REGIÃO CERVICAL. <b>CID I72</b>
<b>AZUL</b>	PACIENTES COM AUSÊNCIA DE PULSOS NO(S) PÉ(S) OU PUNHO(S), ASSINTOMÁTICOS. <b>CID I99</b>

Fonte: SES/DF

4-



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Coordenação de Cirurgia Vascular/GRMH/DIASE/SAS



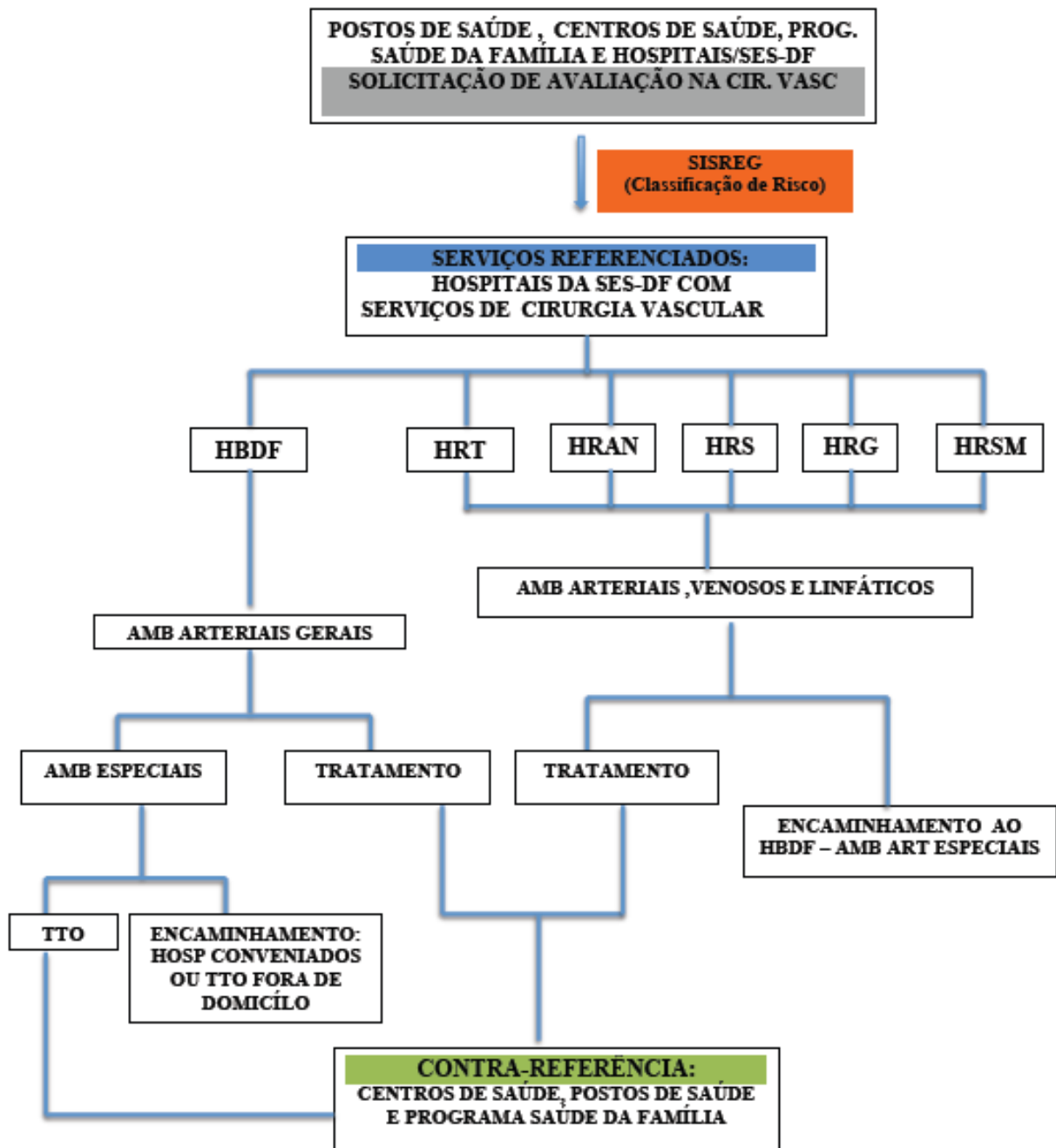
**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O AGENDAMENTO  
DE CONSULTAS NO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA  
VASCULAR – SES/DF**

**DOENÇAS VENOSAS E LINFÁTICAS**

<b>VERMELHO</b>	PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES COM ÚLCERA DE ESTASE ATIVA (CLASSIFICAÇÃO CEAP - C6). <b>CID I83.0</b>
	PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES COM ÚLCERA DE ESTASE CICATRIZADA (CLASSIFICAÇÃO CEAP-C5). <b>CID I87.2</b>
	PACIENTES PÓS-ATENDIMENTO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DEVIDO QUADRO DE VARICORRAGIA OU TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL. <b>CID I80.0</b>
<b>AMARELO</b>	PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES COM ALTERAÇÕES TRÓFICAS : DERMATITE OCRE, ECZEMA, LIPODERMATOESCLEROSE (CLASSIFICAÇÃO CEAP - C4). <b>CID I87.2</b>
	PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES COM EDEMA (CLASSIFICAÇÃO CEAP - C3 ). <b>CID I87.8</b>
<b>VERDE</b>	PACIENTES PORTADORES DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES SEM SINAIS DE EDEMA E DE ALTERAÇÕES TRÓFICAS (CLASSIFICAÇÃO CEAP – C2 ). <b>CID I83.9</b>
	PACIENTE COM SUSPEITA DE EDEMA LINFÁTICO DE MEMBROS INFERIORES OU SUPERIORES. <b>CID I89.0</b>
<b>AZUL</b>	PACIENTES PORTADORES DE TELANGIECTASIAS E VARIZES RETICULARES ‘MICROVARIZES ‘ (CLASSIFICAÇÃO CEAP – C1). <b>CID I83.9</b>



FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO PACIENTE  
VASCULAR NA SES-DF





## **FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO PACIENTE VASCULAR NA SES-DF**

### **1) Atenção Primária - A porta de entrada do sistema: PSF, Postos e Centros de saúde da SES/DF**

- O paciente portador de doença vascular, terá seu atendimento referenciado para os Serviços de Cirurgia Vascular, através do Sistema de Regulação quando necessitar de avaliação especializada, de acordo com o fluxo estabelecido.
- Os Postos de saúde, Centros de Saúde e PSF Receberão em contra-referência os pacientes atendidos nos Hospitais com serviços de Cirurgia Vascular e que não mais necessitem de tratamento especializado, dando continuidade ao tratamento instituído.

### **2) Atenção Secundária e Terciária (média e alta complexidade):**

- Serviços Referenciados para o atendimento dos pacientes portadores de doenças vasculares na SES-DF: HBDF, HRAN, HRT, HRS, HRG, HRSM.

### **3) Consulta nos Ambulatórios de Cirurgia Vascular/SES-DF:**

3.1 - A Consulta de 1<sup>ª</sup> vez (em número de 7 consultas por período de ambulatório) deverá ser agendada pela Central de Regulação de acordo com:

3.1.1- A Classificação de Risco ( Vermelho, Amarelo, Verde e Azul);

3.1.2- A Escala de ambulatórios encaminhada por cada Hospital;

3.1.3- Para o Hospital de Base todas as vagas serão destinadas para pacientes arteriais;

3.1.4- Para os Hospitais Regionais: HRAN, HRT e HRG, serão destinadas 05 vagas para pacientes portadores de doenças venosas e linfáticas e 02 vagas para pacientes arteriais/ por ambulatório;

3.1.5- Para os Hospitais Regionais: HRS e HRSM todas as vagas serão destinadas para pacientes portadores de doenças venosas e linfáticas;

3.2 - A consulta de Retorno (em número de 8 consultas por período de ambulatório) será agendada em cada hospital (atendimento da demanda local).

3.3 - Os pacientes encaminhados dos Serviços de Cirurgia Vascular das Regionais para o HBDF serão agendados nos ambulatórios especiais da Cirurgia Vascular (sendo reservado 03 vagas por período de ambulatório), marcação esta que será realizada no próprio Hospital de Base.

### **4) Encaminhamento para Tratamento fora de Domicílio ou Hospitais conveniados à SES-DF:**

Serão encaminhados os pacientes cujo o tratamento não possa ser realizado nos hospitais da SES-DF (por falta de condições técnicas ou para atender a demanda reprimida), mediante memorando do Médico Assistente dos ambulatórios especiais da cirurgia vascular do HBDF para o coordenador da Cirurgia Vascular/GRMH, o qual encaminhará para os Hospitais Conveniados.

### **5) Os seguintes ambulatórios a marcação será realizada em cada hospital:**

- ✚ Ambulatórios de acompanhamento pós-operatórios de Cirurgia Vascular;
- ✚ Ambulatórios de anticoagulação de pacientes com trombose venosa profunda;
- ✚ Ambulatórios de pé diabético – ambulatórios de curativos ( Endocrinologia/Cirurgia Vascular);
- ✚ Ambulatórios Especiais do HBDF (destinados aos paciente referendados dos ambulatórios gerais de Cirurgia Vascular).

**SAMUEL BARBOSA MATHIAS**  
**Coord. Cir. Vascular/GRMH/DIASE/SAS**