

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GIZELE PEREIRA MOTA

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A LEITOS DE UTI NO DISTRITO FEDERAL:
DIMENSÕES CLÍNICA, ÉTICA E LEGAL.

BRASÍLIA - DF
2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GIZELE PEREIRA MOTA

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A LEITOS DE UTI NO DISTRITO FEDERAL:
DIMENSÕES CLÍNICA, ÉTICA E LEGAL.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias em saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Neves da Silva Bampi

BRASÍLIA - DF
2017

Pj PEREIRA MOTA, GIZELE
JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A LEITOS DE UTI NO DISTRITO
FEDERAL: DIMENSÕES CLÍNICA, ÉTICA E LEGAL / GIZELE PEREIRA
MOTA; orientador LUCIANA NEVES DA SILVA BAMPI. -- Brasília,
2017.
128 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2017.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Direito à saúde. 3.
Leito hospitalar. 4. Unidade de terapia intensiva. 5.
Decisão judicial . I. NEVES DA SILVA BAMPI, LUCIANA,
orient. II. Título.

GIZELE PEREIRA MOTA

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO A LEITOS DE UTI NO DISTRITO FEDERAL:
DIMENSÕES CLÍNICA, ÉTICA E LEGAL.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em ____ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Luciana Neves da Silva Bampi
Universidade de Brasília
Presidente

Professora Doutora Tania Cristina Morais Santa Bárbara Rehem
Universidade de Brasília
Membro Interno

Professora Doutora Silvia Badim Marques
Universidade de Brasília
Membro Externo

Professora Doutora Leila Bernanda Donato Gottens
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Membro Suplente

Dedico este trabalho à minha mãe, Raimunda (in memoriam) a qual fez o impossível para me proporcionar o melhor desta vida: amor, honestidade e muito estudo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por direcionar minhas decisões e cuidar de mim.

À minha mãe, por acreditar sempre no meu potencial, mesmo quando eu teimava em achar que não conseguiria.

Ao meu filho, Murilo, que mesmo tão pequeno, tentava me apoiar na conclusão deste trabalho... com seu lindo sorriso de quem queria que eu desligasse o computador e fosse brincar com ele.

À minha tia Lia que sempre me ajudou a cuidar do meu pequeno quando eu precisava escrever.

À minha sobrinha Barbara, que também me ajudou nos cuidados ao meu pequeno.

Aos meus amigos advogados, Klegislene Galeno, Marcelo Albuquerque e Raquel Teixeira que me socorreram na linguagem jurídica e na compreensão desse universo que decidi desbravar quando iniciei meus estudos sobre a judicialização.

À Prof. Dra Luciana Bampi, minha orientadora, que me apoiou e me conduziu com excelência no desenvolvimento deste trabalho.

Às Prof. Dra. Maria Célia Delduque e a Prof. Dra. Silvia Badim que contribuíram imensamente para o meu conhecimento na área da judicialização da saúde durante a disciplina de Direito Sanitário.

Às minhas melhores amigas, Keyce, Camila Rangel, Klegislene, Michele e Renata Romualdo que sempre me apoiaram e acreditaram no meu potencial.

À Andreia, minha companheira de mestrado, que me acalmou, me estimulou, me proporcionou grandes aprendizados tanto na vida acadêmica quanto na vida gastronômica, e principalmente no estímulo à vida saudável.

Aos meus pacientes que sempre me estimularam a buscar sempre o melhor conhecimento.

*“A justiça não consiste apenas na obediência aos princípios morais,
mas também na maximização das boas conseqüências das ações”.*

Diego Gracia

RESUMO

MOTA, GP. **Judicialização do acesso a leitos de UTI no Distrito Federal: dimensões clínica, ética e legal.** 2017. 128p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

A judicialização da saúde é um fenômeno em expansão no Brasil. Pode ser compreendida como a busca judicial, geralmente individual, de acesso a direitos/serviços/tratamentos, garantidos pela Constituição Federal (CF), nos casos em que as políticas ou os serviços públicos são insuficientes para ofertá-los. A busca por acesso à internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por via judicial vem crescendo no Distrito Federal (DF). Objetivou-se com esta pesquisa investigar os processos judiciais relacionados às solicitações de leitos de UTI no DF, entre os anos de 2010 a 2015. Realizou-se um estudo observacional, descritivo de base populacional. Os dados foram obtidos por meio da análise de 473 processos judiciais, ou seja, a totalidade de demandas de acesso a leitos de UTI disponíveis, entre junho de 2010 e junho de 2015, na Primeira Vara de Fazenda Pública do DF. A coleta de dados realizou-se no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) e no prontuário eletrônico (TrakCare) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF). Os dados foram analisados por meio do programa estatístico RStudio, versão 3. As análises realizadas foram descritivas, de frequência, tendência central e dispersão, e inferencial. Nessa foi utilizado o teste de hipóteses, nível de significância e teste Qui-quadrado (X^2). Os resultados encontrados evidenciaram que todas as demandas obtiveram decisão favorável. A população demandante é, em sua maioria, masculina, adulta, idade média de 52 anos, residente no DF e usuária do Sistema Público de Saúde. O tempo gasto para acessar a via judiciária foi, para a maioria da população, de um dia. As internações efetivaram-se em leitos da própria SESDF em 70,63% dos casos. O tempo médio para conseguir a internação foi de 138 horas e o principal desfecho encontrado foi o óbito. Os aspectos bioéticos que emergiram com a análise dos dados evidenciaram que leitos de UTI no DF podem ser considerados um recurso escasso. A judicialização do acesso a vagas de UTI sugere que essa interferência do judiciário promove uma distribuição injusta dos recursos públicos. Ademais, percebeu-se que o equilíbrio entre o direito individual e o coletivo somente poderá ser alcançado mediante a adoção dos princípios da equidade e da justiça garantindo a igualdade do acesso. Para que a distribuição de recursos em saúde seja justa deve adotar os princípios da responsabilidade, da proteção, do consentimento informado, da informação, da minimização dos conflitos de interesse, da melhora da saúde, da dignidade humana, da solidariedade e da equidade. Conclui-se, portanto que a judicialização do acesso a leitos de UTI no DF é uma realidade, e requer interação entre todos os atores sociais envolvidos, com objetivo de propiciar mudanças que beneficiem a população que necessita dessa modalidade de atenção à saúde.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde, Direito à saúde, Leito hospitalar, Unidade de terapia Intensiva, Decisão judicial

ABSTRACT

MOTA, GP. **Judicialization of access to ICU beds in the Federal District: clinical, ethical and legal dimensions**. 2017. 128p. Dissertation (Master degree) - Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2017.

The judicialization of health is a phenomenon that is expanding in Brazil and can be understood as the judicial search, generally individual, for access to rights / services / treatments guaranteed by the Federal Constitution (CF), in cases where public policies or services are insufficient to provide them. The search for access to hospitalization in the Intensive Care Unit (ICU) by judicial means has been increasing in the Federal District (DF). The objective of this research was to investigate the legal processes regarding ICU beds requests in the DF, between the years 2010 to 2015. An observational, descriptive, population-based study was conducted. The data were obtained by means of the analysis of 473 judicial proceedings, that is, the total demands for access to ICU beds available between June 2010 and June 2015, in the First Public Treasury Court of the Federal District. Data collection was done on the Federal District and Territorial Court (TJDFT) and on the electronic medical record (TrakCare) of the Federal District Department of Health (SESDF). Data analysis used the statistical software RStudio, version 3. The analyzes were descriptive, frequency, central tendency and dispersion, and inferential. The hypothesis test, level of significance and Chi-square test (χ^2) were used. The results showed that all the demands obtained a favorable decision. The applicant population is mostly male, adult, with a mean age of 52 years old, resident in the Federal District and user of the Public Health System. The time spent to access the judicial system was, for the majority of the given population, a day. The hospitalizations took place in SESDF beds in 70.63% of the cases. The mean time to hospitalization was 138 hours and the main outcome was death. The bioethical aspects that emerged with the analysis of the data showed that ICU beds in DF could be considered a scarce resource and the judicialization of access to ICU beds suggests that this interference of the judiciary promotes an unfair distribution of public resources. In addition, it was seen that the balance between individual and collective rights can only be achieved when the principles of equity, justice and equality of access are adopted. In order to ensure a fair distribution resources, it is suggested to adopt the principles of responsibility, protection, informed consent, information, minimization of conflicts of interest, improvement of health, human dignity, solidarity and equity. It is concluded, therefore, that the judicialization of access to ICU beds in the Federal District is a reality, and requires collaboration among all the social actors involved, in order to provide changes that benefit the population that needs this modality of health care.

Keywords: Access to health services; Right to health; Hospital bed; Intensive care unit; Judicial decision.

RESUMEN

MOTA, GP. **Judicialización del acceso a camas de UTI en el Distrito Federal: dimensiones clínicas, éticas y legales.** 2017. 128p. Disertación (Maestría) - Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2017.

La judicialización de la salud es un fenómeno en expansión en Brasil y puede ser comprendida como la búsqueda judicial, generalmente individual, del acceso a derechos / servicios / tratamientos garantizados por la Constitución Federal (CF), en los casos en que las políticas o los servicios públicos son insuficientes para ofrecerlos. La búsqueda por acceso a la internación en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) por vía judicial viene creciendo en el Distrito Federal (DF). Se objetivó con esta investigación los procesos judiciales en cuanto a las solicitudes de camas de UTI en el DF entre los años 2010 a 2015. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de base poblacional. Los datos fueron obtenidos por medio del análisis de 473 procesos judiciales, es decir, la totalidad de demandas de acceso a lechos de UTI disponibles, entre junio de 2010 y junio de 2015, en la Primera Vara de Hacienda Pública del DF. La recolección de datos se realizó en el sitio electrónico del Tribunal de Justicia del Distrito Federal y Territorios (TJDFT) y en el pronado electrónico (TrakCare) de la Secretaría de Estado de Salud del Distrito Federal (SESDF). El análisis de datos, utilizó el programa estadístico RStudio, versión 3. Los análisis realizados fueron descriptivos, de frecuencia, tendencia central y dispersión, e inferencial. En esta se utilizó la prueba de hipótesis, nivel de significancia y prueba Chi-cuadrado (χ^2). Los resultados encontrados evidenciaron que todas las demandas obtuvieron una decisión favorable. La población demandante es, en su mayoría, masculina, adulta, con una edad media de 52 años, residente en el DF y usuaria del Sistema Público de Salud. El tiempo gastado para acceder a la vía judicial fue, para la mayoría de la población, de un día. Las internaciones se efectuaron en lechos de la propia SESDF en el 70,63% de los casos. El tiempo promedio para conseguir la internación fue de 138 horas y el principal desenlace encontrado fue el fallecimiento. Los aspectos bioéticos que emergieron con el análisis de los datos evidenciaron que el lecho de UTI en el DF puede ser considerado un recurso escasso y la judicialización del acceso a los lechos de UTI sugiere que esa interferencia del poder promueve una distribución injusta del recurso público. Además, se percibió que el equilibrio entre el derecho individual y el colectivo solamente podrá ser alcanzado cuando se adoptan los principios de equidad, justicia garantizando la igualdad de acceso. Y para que la distribución de recursos en salud sea justa se sugiere adoptar los principios de la responsabilidad, la protección, el consentimiento informado, la información, la minimización de los conflictos de interés, la mejora de la salud, la dignidad humana, la solidaridad y la equidad. Se concluye, por lo tanto, que la judicialización del acceso a lechos de UTI en el DF es una realidad, y requiere interacción entre todos los actores sociales involucrados, con el objetivo de propiciar cambios que beneficien a la población que necesita esa modalidad de atención a la salud.

Descriptor: Acceso a los servicios de salud; Derecho a la salud; Lecho hospitalario; Unidad de terapia Intensiva; Decisión judicial.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Situação dos Leitos de UTI no Brasil e no Distrito Federal, Brasília, 2017.....	29
Figura 2: Fluxo do acesso ao leito intensivo no Distrito Federal. Brasília, 2017	33
Figura 3 - Percentual de risco de mortalidade de acordo com o índice prognóstico APACHE II.....	39
Figura 4- Percentual de gasto público total em relação ao gasto total em saúde em por países, 2014.....	45
Figura 5 – Diagnósticos médicos relacionados a leitos de UTI geral. Brasília, 2017.....	66
Figura 6 – Diagnósticos médicos relacionados a leitos de UTI Neurotrauma. Brasília, 2017.....	66
Figura 7 – Diagnósticos médicos relacionados à leitos de uti dialítica. Brasília, 2017.....	67
Figura 8 - Diagnósticos médicos classificados como prioridade 1 pela CRIH. Brasília, 2017.....	67
Figura 9- Diagnósticos médicos classificados como prioridade 2 pela CRIH. Brasília, 2017.....	67
Figura 10 - Diagnósticos médicos classificados como prioridade 3 pela CRIH. Brasília, 2017.....	68
Figura 11 – Diagnósticos médicos contemplados com internação em leito de UTI. Brasília, 2017.....	68
Figura 12 – Diagnósticos médicos não contemplados com internação em leito de UTI. Brasília, 2017.....	69
Figura 13 – Desfecho dos casos relacionado ao tipo de UTI. Brasília, 2017.....	70
Figura 14 – Tipo de UTI relacionada à efetivação da internação em leito intensivo. Brasília, 2017.....	70
Figura 15 – Duração da internação por tipo de UTI. Brasília, 2017.....	71
Figura 16 – Tipo de UTI relacionado à prioridade definida pela CRIH. Brasília, 2017.....	72
Figura 17 – Desfecho relacionado à efetiva internação em leito intensivo. Brasília, 2017.....	73
Figura 18 – Desfecho relacionado a não internação em leito intensivo. Brasília, 2017.....	74
Figura 19 – Desfecho relacionado à duração da internação. Brasília, 2017.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequências referente à temporalidade das ações judiciais da primeira vara de fazenda pública do Distrito Federal, período 2010 a 2015, Brasília, 2017.....	57
Tabela 2 – Distribuição de frequências referente à prioridade definida pela CRIH, Brasília, 2017.....	59
Tabela 3 – Distribuição de frequências referente ao tempo entre a solicitação de leito de UTI e a efetivação do pedido por via judicial, das ações da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, período 2010 a 2015, Brasília, 2017.....	60
Tabela 4 – Distribuição de frequências referente ao tempo até conseguir leito de UTI, das ações judiciais da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, período 2010 a 2015, Brasília, 2017.....	61
Tabela 5 – Distribuição de frequências referente à duração da internação, das ações judiciais da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, período 2010 a 2015, Brasília, 2017.....	61
Tabela 6 - Avaliação APACHE II referente à população efetivamente internada em UTI da SESDF, Brasília, 2017.....	62
Tabela 7 - Tempo de internação em uti segundo a classificação do APACHE II, Brasília, 2017.....	63
Tabela 8 - Diagnósticos médicos relacionados à classificação APACHE II. Brasília, 2017.....	63
Tabela 9 - Desfecho relacionado à classificação APACHE II. Brasília, 2017.....	64
Tabela 10 - Relação de significância entre a variável diagnóstico médico e as variáveis tipo de uti solicitada, grau de prioridade e se os demandantes foram internados em leito de UTI. Brasília, 2017.....	65
Tabela 11 - Relação de significância entre a variável “tipo de UTI” e as variáveis “duração da internação”, “se conseguiu ser internado em leito de UTI”. Brasília, 2017.....	69
Tabela 12 - Relação de significância entre a prioridade definida pela CRIH e o tipo de UTI. Brasília, 2017.....	71
Tabela 13 - Relação de significância entre a variável desfecho e a variável se os demandantes foram internados em leito de UTI. Brasília, 2017.....	72
Tabela 14 - Relação de significância entre a variável desfecho e a variável se os demandantes foram internados em leito de UTI. Brasília, 2017.....	73
Tabela 15 - Relação de significância entre a variável desfecho e a variável duração da internação. Brasília, 2017.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APACHE - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CID-10 – Classificação Internacional de Doenças 10
- CF – Constituição Federal
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
- CPAP – Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
- CPF – Cadastro de Pessoa Física
- CRDF – Complexo Regulador do Distrito Federal
- CRIH – Central de Regulação de Internação Hospitalar
- DF – Distrito Federal
- DIREG – Diretoria de Regulação
- DPDF – Defensoria Pública do Distrito Federal
- EC – Emenda Constitucional
- FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
- GERH – Gerência de Regulação de Internação Hospitalar

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISS – Injury Severity Score

LC – Lei Complementar

LODS – Logistic Organ Dysfunction System

LOS – Lei Orgânica de Saúde

MODS – Multiple Organ Dysfunction Score

MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS – Ministério da Saúde

NAS – Nursing Activities Score

NISS – New Injury Severity Score

NGL – Núcleo Gestão de Leitos

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

PCO – Procedimento Ordinário Comum

PNASS – Avaliação de desempenho dos serviços e de gestão e de satisfação dos usuários

PPI – Programação Pactuada Integrada

PRISM – Pediatric Risk of Mortality

PSI – Patient State Index

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RUE – Rede de atenção às Urgências e Emergências

SAPS – Simplified Acute Physiology Score

SESEDF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SOFA – Sequential Organ Failure Assessment

SOFA INDEX - Sequential Organ Failure Assess- Index

STA – Suspensão de Tutela Antecipada

STF – Supremo Tribunal Federal

SUPLANS – Subsecretaria de Planejamento em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TISS -28 – Therapeutic Intervention Scoring System – 28

TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Território

TRACK CARE – Sistema de informação de prontuário eletrônico da SES/DF

UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

X^2 – Qui –quadrado

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	20
2.1.1. <i>Classificação da UTI</i>	222
2.1.2. <i>Recursos humanos</i>	255
2.1.3. <i>Infraestrutura física</i>	277
2.1.4. <i>Disponibilidade de leitos de UTI no Brasil</i>	288
2.1.5. <i>Central de regulação de leito hospitalar</i>	299
2.1.6. <i>Crítérios de Admissão na UTI</i>	344
2.1.7. <i>Índices prognósticos em UTI</i>	377
2.1.8. <i>Mortalidade em UTI</i>	40
2.2. DIREITO A SAÚDE	41
2.2.1. <i>Judicialização na América Latina</i>	477
2.2.2. <i>Judicialização no Brasil</i>	477
2.2.3. <i>Judicialização no Distrito Federal</i>	488
3. OBJETIVOS	50
3.1. OBJETIVO GERAL.....	50
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	51
4.1. TIPO DE ESTUDO	51
4.2. LOCAL DE ESTUDO	51
4.3. POPULAÇÃO ESTUDADA	52
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	52
4.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	52
4.6. ETAPAS DO ESTUDO	52
4.7. LOCAL DE COLETA DE DADOS	533
4.8. INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	544
4.9. COLETA DE DADOS	544
4.10. ANÁLISE DOS DADOS	555
4.11. ASPECTOS ÉTICOS	566
5. RESULTADOS.....	577
5.1. DESCRIÇÃO GERAL DO PERFIL DAS SOLICITAÇÕES DE ACESSO A LEITOS DE UTI NO DF.....	57
5.1.1. <i>Perfil dos solicitantes de leito de UTI no Distrito Federal</i>	577
5.1.2. <i>Perfil jurídico</i>	588
5.1.3. <i>Perfil Clínico</i>	599
5.2. AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA APACHE II DA POPULAÇÃO ACIMA DE 12 ANOS INTERNADA EM LEITOS DE UTI DA SES/DF.....	62
5.3. ANÁLISE DO PERFIL DA POPULAÇÃO ACIMA DE 12 ANOS.....	644
6. DISCUSSÃO	766
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	92
ANEXO 1	106
ANEXO 2.....	114

APÊNDICE 1	118
APÊNDICE 2	119
APÊNDICE 3	120
APÊNDICE 4	1255

1. INTRODUÇÃO

A crescente busca de acesso à saúde por via judicial no Brasil tem promovido grande impacto no cenário nacional, devido ao questionamento jurídico do direito à saúde, garantido pela Constituição Federal (CF) (BRASIL, 1988; MACHADO, 2015; NUNES; RAMOS, 2016; PEPE et al., 2010; DINIZ et al. 2014; CABRA; REZENDE, 2015; SILVA et al. 2012; PINTO; CASTRO, 2012). A chamada "judicialização da saúde" pode ser compreendida como a busca judicial, geralmente individual, do acesso a direitos/serviços/tratamentos garantidos pela CF, nos casos em que as políticas ou os serviços públicos são insuficientes para ofertá-los (NASCIMENTO, 2015; STIVAL; GIRÃO, 2016; BITTENCOURT, 2016; DELDUQUE; CASTRO, 2015).

As demandas judiciais no Brasil versam principalmente sobre acesso à medicamentos (DINIZ, 2012; CABRAL, 2015; PANDOLFO, 2012; BOING, 2013; CARVALHO, 2014; GONTIJO, 2010), acesso a serviços ou cuidados fundamentais do SUS, como internação em leitos comuns (DINIZ, 2012) e procedimentos de média e de alta complexidade, como internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e cirurgias do aparelho circulatório (GOMES, 2014; TRAVASSOS, 2013; WANG, 2014). Na América Latina o fenômeno da Judicialização também é uma realidade e transita sobre causas similares às brasileiras, assim como no Distrito Federal.

As implicações da judicialização podem ser percebidas por meio dos argumentos inseridos nas demandas judiciais brasileiras, as quais incluem: 1) a falta de entendimento entre os poderes – justificada pela concessão de medidas não previstas nas Políticas Públicas das normas dadas pelos legisladores e pelos gestores públicos; 2) o aspecto financeiro das demandas relacionadas ao binômio coletivo/individual e 3) a alegação de que a judicialização é um movimento das elites econômicas brasileiras (MACHADO, 2015). Outrossim, percebe-se, no país, a indefinição de normas ou regras que determinem quais seriam os critérios e os limites dentro dos quais as decisões judiciais deveriam se pautar, vez que essa situação gera um cenário de desorganização no processo de alcance do direito à saúde (MACHADO, 2015).

Nesse sentido, a CF empoderou a população em relação ao Direito à saúde, vez que em seu art. 196, esta explicito 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. É relevante destacar que o direito à saúde por possuir interpretações

polissêmicas, foi recentemente interpretado com detalhes pelo Ministro do Supremo Tribunal Federal (guardião da CF), Gilmar Mendes, com vistas a promover uma uniformidade de entendimento sobre o direito à saúde (CONASS, 2015). No que tange ao “direito de todos”, a disposição expressa foi a de que se aventa tanto o direito individual quanto o direito coletivo. Entretanto, detalha que o direito individual, para ser garantido, depende do não comprometimento do SUS, devendo ser ratificado e baseado em argumentos subjetivos. Salienta ainda que não há direito incondicional a toda e qualquer solicitação demandada ao judiciário com vistas à integralidade da saúde (CONASS, 2015; STA, 2010).

O direito universal à saúde é garantido em poucos países do mundo, dentre os quais se incluem Reino Unido, Canadá, Austrália, França, Suécia e Brasil (BRASIL, CONASS, 2015).

No Distrito Federal (DF), a judicialização da Saúde vem sendo empregada pelos sujeitos, com vistas à obtenção de direitos garantidos por lei pela CF. Incluídas em grande escala neste cenário estão as solicitações de acesso a leitos de UTI, as quais vêm crescendo nos últimos 12 anos (DINIZ, 2014; NASCIMENTO, 2015).

A disponibilidade de leitos de UTI no Brasil, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e utilizando-se os dados da população estimada para janeiro de 2017 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresenta um superávit de acordo com a recomendação da Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB) que preconiza que para cada dez mil habitantes haja entre 1 a 3 leitos de UTI. Contudo apenas 49% destes leitos no Brasil são leitos SUS. O Distrito Federal apresenta um panorama semelhante onde há um superávit de leitos intensivos, porém somente 30 % são leitos SUS. Esse cenário torna-se um agravante no acesso ao leito intensivo no DF (BRASIL, 2017).

No DF há leitos SUS próprios da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), mas também leitos conveniados e contratados os quais compõe o quantitativo de leitos disponíveis para os usuários do SUS. O acesso a leitos de UTI no DF é controlado parcialmente pela Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), pois existem alguns leitos que são gerenciados pelo gestor local de cada unidade de saúde. A CRIH é responsável pela análise da solicitação, autorização da internação, encaminhamento e monitoramento dos pacientes gravemente enfermos aos leitos de UTI dos hospitais públicos, contratados e conveniados (SESDF, 2015, TCDF, 2014).

A CRIH realiza a classificação de cada paciente que necessita de leito de UTI. Os critérios adotados baseiam-se no modelo de priorização o qual promove a separação dos pacientes que necessitam de acesso ao leito imediatamente e os pacientes que não possuem

indicação ou não terão benefício com a internação em UTI. Com isso, cada paciente recebe uma priorização que varia entre 1 a 4 e com isso forma-se a fila de espera por leito de UTI no DF (Portaria SESDF, 200/2015).

O Ministério da Saúde recomenda ainda que em todas as UTI com perfil adulto sejam utilizados o índice prognóstico - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) - para direcionar o planejamento do cuidado de cada paciente, assim como promover melhor embasamento nas condutas a serem adotadas na unidade (Portaria 3432/98).

Nas situações em que o acesso ao leito é negado por indisponibilidade de vaga, há um constrangimento provocado pelo Estado à pessoa solicitante. O chamado constrangimento está embasado no descumprimento da Carta Magna (BRASIL, 1988; BRASIL, 2015; BARREIRO; FURTADO, 2015). E este cenário de não acesso ao leito intensivo vem contribuído sobremaneira para as ações judiciais.

Ademais, a busca por acesso ao leito de UTI requer a inserção dos aspectos éticos envolvidos, visto que se haverá alocação de recursos, e há número de leitos SUS insuficientes no DF as condutas adotadas devem estar pautadas em princípios éticos, transparência e justiça (GRACIA, 1990; EMANUEL, 2000).

O fluxo atual de acesso a leito de UTI portanto é composto pelo acesso via CRIH, acesso por decisão judicial via CRIH e acesso via gestor da unidade de saúde no casos dos leitos que não são regulados (TCDF, 2014).

A tentativa de compreender qual o perfil da população que aciona a justiça para garantir o acesso ao leito de UTI, gerou a seguinte pergunta de pesquisa: Qual o perfil das solicitações de leitos de UTI por via judicial nos últimos 5 anos no Distrito Federal e os aspectos éticos e bioéticos envolvidos no processo?

Nesse sentido, esta pesquisa apresentará o perfil das 473 ações judiciais relacionadas a leitos de UTI ajuizadas entre 2010 e 2015, na Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, descrevendo aspectos jurídicos e médicos, incluindo o índice prognóstico APACHE II dos pacientes admitidos por mandato judicial nas UTI's da SES/DF, relacionando-os com os aspectos éticos e bioéticos presentes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de acordo o Ministério da Saúde (MS) do Brasil (1998), é um setor hospitalar destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que dispõe de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios e recursos humanos especializados, com acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e à terapêutica.

A UTI surgiu com o advento do desenvolvimento tecnológico mundial e com a necessidade de disponibilização de suporte avançado de vida a pacientes com quadro clínico grave, potencialmente recuperável e com grande chance de sobrevivência. Essas unidades são compostas por equipes multiprofissionais especializadas e por tecnologias específicas, as quais permitem a monitorização e a observação contínua dos pacientes, geralmente em um ambiente de cuidado centralizado (RODRIGUES et al., 2016; SANCHES et al., 2016; BEZERRA, 2012; RESOLUÇÃO CFM 2156, 2016).

O percurso histórico do surgimento destas unidades é dotado de relevância científica, e é convergente com a evolução tecnológica alcançada pela medicina moderna. O estímulo para o investimento em pesquisas neste campo de atuação decorreu do exacerbado número de mortes diante da incapacidade de prestação de uma assistência à saúde capaz de exercer efeito benéfico aos pacientes (LINO; SILVA, 2001; GRENVIK; PINSKY, 2009).

Os primeiros relatos sobre observação contínua e alocação de pacientes considerados graves em áreas separadas da enfermaria surgiram com a enfermeira britânica Florence Nightingale, durante a Guerra da Crimeia, entre 1854 e 1856. Por meio de sua intervenção, os soldados mais gravemente doentes e os piores ferimentos mantinham-se em observação constante e, com isso, recebiam assistência mais rápida quando necessário (LINO; SILVA, 2001; GRENVIK; PINSKY, 2009; RIBEIRO et al., 2005; BEZERRA, 2012).

Em 1923, o Dr. Walter Dandy inaugurou uma unidade neurocirúrgica direcionada especialmente aos pacientes em período pós-operatório, no hospital John Hopkins, em Baltimore. Há relatos em Boston, na década de 1940, de uma unidade de queimados após o incêndio em um “Night Club” – Coconut Grove Fire (LINO; SILVA, 2001; GRENVIK; PINSKY, 2009; RIBEIRO et al., 2005; BEZERRA, 2012).

Salienta-se que as características das UTI tiveram de se adaptar às necessidades dos pacientes em todo o mundo. É válido ressaltar que, após a epidemia de poliomielite, entre os anos de 1947 e 1952, foram criadas unidades de assistência intensiva na Dinamarca, na Suíça

e na França. Outro fato relevante foi o surgimento dos casos de trauma por meio dos conflitos armados na Segunda Guerra Mundial e na Guerra da Coreia, os quais contribuíram para que emergissem, nas décadas seguintes, as chamadas “unidades de choque” (LINO; SILVA, 2001; GRENVIK; PINSKY, 2009; RIBEIRO et al., 2005; BEZERRA, 2012).

Os avanços na Medicina, os progressos nos campos da anestesiologia e da cirurgia geral e a descoberta de novas drogas terapêuticas, como o éter e os antibióticos, colaboraram com o surgimento das primeiras salas de recuperação pós-anestésica e progressiva das unidades coronarianas (LINO; SILVA, 2001; GRENVIK; PINSKY, 2009; RIBEIRO et al., 2005; BEZERRA, 2012).

No Brasil, as primeiras UTI foram estabelecidas no Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro, em 1960, e no Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1961. No geral, a grande maioria dessas unidades desenvolveu-se no país a partir da década de 1970 – momento de busca pela modernização, desenvolvimento de tecnologias e de métodos diagnósticos e terapêuticos (LINO; SILVA, 2001; RIBEIRO et al., 2005; BEZERRA, 2012).

A evolução dessas unidades é identificada em três fases distintas, de acordo com Simão (1976) e Barbosa (1995): 1) instalação das salas de recuperação pós-cirúrgica; 2) desenvolvimento de estruturas e de equipamentos que possibilitaram o suporte ventilatório dos pacientes que eram acometidos por falência do sistema respiratório; 3) desenvolvimento de sistemas de monitoração eletrocardiográfica contínua e de desfibrilação por descarga elétrica, os quais possibilitaram o desempenho das estruturas de cuidados intensivos (LINO; SILVA, 2001; GRENVIK; PINSKY, 2009; RIBEIRO et al., 2005; BEZERRA, 2012).

Por muito tempo, o foco de atuação profissional dentro da UTI era a equipe médica. Contudo, percebeu-se que os pacientes críticos necessitavam de enfermeiros com conhecimentos e habilidades especiais para agir – fato já destacado previamente, em 1854, pela precursora da profissão, Florence Nightingale. Com a evolução tecnológica, a qualificação do cuidado e o progresso na área da saúde, outras categorias profissionais foram inseridas na equipe da UTI, como a fisioterapia, a farmácia clínica, a nutrição, a psicologia, a odontologia, a assistência social, a fonoaudiologia, além de outros profissionais requisitados para a execução de técnicas e de exames complementares (LINO; SILVA, 2001; GRENVIK; PINSKY, 2009; RIBEIRO et al., 2005; BEZERRA, 2012).

Com a adoção de uma equipe multidisciplinar, o paciente crítico passou a contar com uma assistência mais qualificada, especializada, direcionada à redução de erros. Por conseguinte, houve uma diminuição relevante da sobrecarga de trabalho para os diversos

profissionais que compõem a equipe (LINO; SILVA, 2001; GRENVIK; PINSKY, 2009; RIBEIRO et al., 2005; BEZERRA, 2012).

2.1.1. Classificação da UTI

As UTI foram classificadas em tipos I, II e III pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n° 3.432, de 12 de Agosto de 1998. Tal classificação baseou-se em três critérios: incorporação de tecnologia, área física disponível e especialização dos recursos humanos:

- UTI tipo I: são as que estão em processo de adequação à legislação vigente (Portaria GM/MS n° 3.432/98), mas que continuam em funcionamento;
- UTI tipo II: são as credenciadas em conformidade com a lei, na qual constam os critérios minimamente aceitáveis para atendimento a pacientes graves, a saber:
 - Deve contar com equipe básica composta por: um responsável técnico com título de especialista em Medicina Intensiva ou com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica; um médico diarista com título de especialista em Medicina Intensiva ou com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para cada dez leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde; um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração; um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de Enfermagem; um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho; um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde; um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho; um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza; acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista;
 - O hospital deve contar com: laboratórios de análises clínicas disponível nas 24 horas do dia; agência transfusional disponível nas 24 horas do dia; hemogasômetro; ultrassonógrafo; eco-doppler-cardiógrafo; laboratório de microbiologia; terapia renal substitutiva; aparelho de raio-x móvel; serviço de nutrição parenteral e enteral; serviço social; serviço de psicologia;
 - O hospital deve contar com acesso a: estudo hemodinâmico; angiografia seletiva; endoscopia digestiva; fibrobroncoscopia; eletroencefalografia;

- Materiais e equipamentos necessários: cama de Fowler, com grades laterais e rodízio, uma por paciente; monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito; carro ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para intubação endotraqueal, dois para cada dez leitos ou fração; ventilador pulmonar com misturador tipo blender, um para cada dois leitos, devendo um terço dos mesmos ser do tipo microprocessado; oxímetro de pulso, um para cada dois leitos; bomba de infusão, duas por leito; conjunto de nebulização, em máscara, um para cada leito; conjunto padronizado de beira de leito, contendo: termômetro (eletrônico, portátil, no caso de UTI neonatal), esfigmônmetro, estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), um para cada leito; bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, toracotomia, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia; monitor de pressão invasiva; marca-passo cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade, eletrocardiógrafo portátil, dois de uso exclusivo da unidade; maca para transporte com cilindro de oxigênio, régua tripla com saída para ventilador pulmonar e ventilador pulmonar para transporte; máscaras com venturi que permitam diferentes concentrações de gases; aspirador portátil; negatoscópio; oftalmoscópio; otoscópio; pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvula reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; cilindro de oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital; conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, um para cada quatro leitos, no caso de UTI neonatal, um para cada dois leitos; capacete para oxigenioterapia para UTI pediátrica e neonatal; fototerapia, um para cada três leitos de UTI neonatal; incubadora com parede dupla, uma por paciente de UTI neonatal; balança eletrônica, uma para cada dez leitos na UTI neonatal;
 - Humanização: climatização; iluminação natural; divisórias entre os leitos; relógio visível para todos os leitos; garantia de visitas diárias dos familiares, à beira do leito; garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins.
- UTI tipo III: devem atender aos mesmos critérios das UTI tipo II, uma vez que são critérios mínimos, no entanto, são qualificadas, incluindo alguns recursos tecnológicos e humanos, como, por exemplo, a ampliação do número de exames no hospital e o maior número de equipamentos por paciente ou grupo de pacientes; além de

enfermeiro exclusivo (um para cada cinco leitos) e fisioterapeuta exclusivo. Outras especificações são:

- Espaço mínimo individual por leito de 9m², sendo para UTI neonatal o espaço de 6 m² por leito;
- Avaliação através do APACHE II, se UTI Adulto, PRISM II, se UTI Pediátrica, e PSI modificado, se UTI Neonatal (Sistemas de Classificação de Severidade de Doença conforme a faixa etária);
- Além da equipe básica exigida pela UTI tipo II, devem contar com: um médico plantonista para cada dez pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em Medicina Intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho; fisioterapeuta exclusivo da UTI; acesso a serviço de reabilitação;
- Além dos requisitos exigidos para as UTI tipo II, o hospital deve possuir condições de realizar exames de: tomografia axial computadorizada; anatomia patológica; estudo hemodinâmico; angiografia seletiva; fibrobroncoscopia; ultrassonografia portátil;
- Além de materiais e equipamentos necessários para a UTI tipo II, o hospital deve contar com: metade dos ventiladores do tipo microprocessado, ou um terço, no caso de UTI neonatal; monitor de pressão invasiva, um para cada cinco leitos; equipamentos para ventilação pulmonar não invasiva; capnógrafo; equipamento para fototerapia para UTI neonatal, um para cada dois leitos; marca-passo transcutâneo.

Na vigência da referida Portaria, todas as unidades que eram cadastradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram classificadas como Tipo I. As unidades que comprovassem o cumprimento das especificações da Portaria para os demais tipos, caso houvesse necessidade de assistência na localidade em que estivessem inseridas, poderiam ser classificadas como II ou III. Determinou-se também que, após a publicação da Portaria, somente poderiam ser cadastradas unidades tipo II ou III.

A Portaria definiu ainda que todo hospital terciário com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos deveria dispor de leitos de UTI correspondentes a, no mínimo, 6% do

quantitativo de leitos totais da instituição. Outrossim, no caso de o hospital prestar atendimento a gestantes de alto risco, deve disponibilizar leitos de UTI adulto e neonatal.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 07, de 2010, e sua respectiva atualização RDC nº 26, de 2012, classifica ainda as UTI por faixas etárias e em unidades especializadas, a saber: neonatais, pediátricas, pediátrica mista, adulto e especializadas.

De acordo com a ANVISA, a UTI Neonatal é destinada à assistência de pacientes com idade entre 0 e 28 dias; a UTI Pediátrica admite pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos – esse limite deve ser definido de acordo com a rotina de cada instituição. A UTI pediátrica mista, por sua vez, consiste em uma unidade destinada a pacientes recém-nascidos e pediátricos em um mesmo espaço físico, podendo haver uma separação física entre os ambientes neonatal e pediátrico. A UTI adulto destina-se a pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, havendo a possibilidade de flexibilizar essa faixa etária para 15 a 17 anos, de acordo com a rotina da instituição. A UTI especializada admite pacientes elegíveis por tipo de patologia ou intervenção, como neurológicos, queimados, cirúrgicos, cardíacos, entre outros.

2.1.2. Recursos humanos

A RDC nº 07 de 2010 da ANVISA e sua respectiva atualização RDC nº 26, de 2012 explicita, em sua Seção III, os critérios a implementar por todas as UTI funcionantes no Brasil:

- As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI;
- Deve ser formalmente designado um responsável técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos;
- O responsável técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para responder por UTI Neonatal;

- Os coordenadores de Enfermagem e de Fisioterapia devem ser especialistas em Terapia Intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);
- É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, duas UTI;
- Deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, que deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e a legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais:

I – Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;

II – Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno;

III – Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno. É válido destacar que a RDC nº 26/2012 aumentou a quantidade de pacientes por profissional enfermeiro. Em 2010, a proporção era de 01 profissional para cada 8 (oito) pacientes;

IV – Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;

V – Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno;

VI – Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

VII – Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

- Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI;
- Todos os profissionais da UTI devem estar imunizados contra tétano, difteria, hepatite B e outros imunobiológicos, de acordo com a NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde estabelecida pela Portaria MTE/GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005;
- A equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada, contemplando, no mínimo:
 - I – normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade;
 - II – incorporação de novas tecnologias;
 - III – gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e de profissionais;
 - IV – prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.
- As atividades de educação continuada devem estar registradas, com data, carga horária e lista de participantes;
- Ao serem admitidos à UTI, os profissionais devem receber capacitação para atuar na unidade.

2.1.3. Infraestrutura física

As legislações brasileiras que regem as questões sobre infraestrutura física das UTI são determinadas pela RDC/Anvisa n° 50, de 21 de fevereiro de 2002, RDC/Anvisa n° 307, de 14 de novembro de 2002 e RDC/Anvisa n° 189, de 18 de julho de 2003.

Com isso, toda UTI deve obedecer aos requisitos previstos nestas resoluções e prover meios de garantir a privacidade dos pacientes, sem, entretanto, intervir na monitorização de seus dados vitais.

Recomenda-se que as Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátricas e Neonatais ocupem salas distintas e exclusivas; no caso de serem adjacentes, os ambientes de apoio podem ser de uso comum.

2.1.4. Disponibilidade de leitos de UTI no Brasil

A projeção da população brasileira em janeiro de 2017, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 206.954.488 habitantes. A Portaria MS nº 1.101/2002 preconiza que, para cada mil habitantes, deve haver entre 2,5 a 3 leitos hospitalares. Especificamente sobre leitos de UTI, o MS determina que o número de leitos em cada hospital deve corresponder a um quantitativo mínimo de 6% do total de leitos, não podendo ser inferior a cinco leitos por unidade, enquanto a AMIB recomenda que, para cada grupo de 10 mil habitantes, haja entre 1 a 3 leitos de UTI disponíveis. Ademais, para atender à recomendação nacional de leitos de UTI seriam necessários 41.391 leitos, considerando 2 leitos para cada 10 mil habitantes.

Dessa forma, analisando-se os dados disponibilizados pelo MS, por meio do sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em consulta realizada em janeiro de 2017, percebe-se que há, no Brasil, um total de 41.741 leitos de UTI cadastrados em novembro de 2016. Destes, 20.523 (49,16%) são leitos disponibilizados aos usuários do SUS e 21.218 (50,84%) estão disponíveis à rede não pertencente ao SUS. Os leitos de UTI SUS apresentam as seguintes classificações: UTI adulto I, 597; UTI adulto II, 10.574; UTI adulto III, 2.100; UTI pediátrica I, 100; UTI pediátrica II, 1.683; UTI pediátrica III, 563; UTI neonatal I, 27; UTI neonatal II, 3.822; UTI neonatal III, 669; UTI queimado, 174; UTI coronária II, 192; UTI coronária III, 18.

Por outro lado, dados específicos do DF (Figura 1) demonstram que a estimativa para a população, realizada em julho de 2016 pelo IBGE, é de 2.977.216 habitantes. Com isso a necessidade de leitos hospitalares, pela determinação do MS, é de, no mínimo, 7.443, seguindo a recomendação mínima do MS de 2,5 leitos para cada mil habitantes. Contudo, de acordo com dados do CNES, com referência ao mês de novembro de 2016, há 6.344 leitos, sendo que, destes, 4127 (65%) são leitos SUS e 2217 (35%) não SUS. Já em relação ao quantitativo de leitos de UTI temos o seguinte cenário: há 939 leitos cadastrados no CNES. Destes, 277 (29,5%) são leitos SUS e 662 (70,5%) não SUS. A classificação dos leitos de UTI disponibilizada pelo CNES dos leitos SUS é: UTI adulto II, 97; UTI adulto III, 54; UTI pediátrica II, 29; UTI pediátrica III, 11; UTI neonatal II, 29; UTI neonatal III, 51; UTI queimados, 6. Analisando os dados do CNES referentes ao DF, percebe-se que seriam necessários 595 leitos de UTI SUS para cumprir a recomendação da AMIB. Destarte haver um superávit de 394 leitos intensivos no DF, ressalta-se que a grande maioria da população é usuária dos serviços do SUS, e que somente 30% dos leitos de UTI no DF são desse sistema.

Figura 1: Situação dos Leitos de UTI no Brasil e no Distrito Federal, Brasília, 2017.

Legislação	Local	População Estimada para Jan 2017	Quantidade de leitos Necessários	Quantidade de leitos existentes (CNES)	Leitos SUS (CNES)	Leitos não SUS (CNES)
1. Ministério da Saúde - 6% do total de leitos em cada hospital, não podendo ser inferior a 5 leitos por unidade (Portaria 3432/98) 2. Associação Brasileira de Medicina Intensiva - AMIB - Para cada 10 mil habitantes deve haver entre 1 a 3 leitos de UTI (AMIB, 2009)	Brasil	206.954.488 habitantes	41.391	41741	20.523	21.218
	Distrito Federal	2.977.216 habitantes	595	939	277	662

Base de cálculo: 2 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, recomendação AMIB (2009).

Fonte: Elaboração da autora.

2.1.5. Central de regulação de leito hospitalar

De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), não há um padrão na literatura sobre o conceito de “regulação”, pois o termo possui reflexões sobre distintas perspectivas, tanto em relação a aspectos políticos quanto em relação aos valores de quem elabora e utiliza o termo, sendo descrito, muitas vezes, como um termo de definição polissêmica (CONASS, 2007; VILARINS et al., 2012). Dessa forma, regulação pode ser definida como uma intervenção governamental – por meio de regulamentos, leis e normas – no mercado de prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde (EUROPEAN, 2006 apud CONASS, 2007). Ademais, a regulação, por ser atribuição do Estado, deve garantir as necessidades da população e qualificar o desempenho do sistema de saúde (ERROT et al., 2005 apud CONASS, 2007).

No Brasil, o termo “regulação”, aplicado ao setor de saúde, foi disseminado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), SUS 01/2002, como unívoco de regulação assistencial, associado à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI). A formalização do Pacto de Gestão, em 2006, fortaleceu o processo de regulação no SUS, visto que uma de suas principais finalidades era alcançar uma maior autonomia para estados e municípios nos aspectos normativos do SUS, além de definir a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo e,

dessa forma, gerar mais força para a gestão compartilhada (BRASIL, 2005; VILARINS et al., 2012).

A implementação dos processos regulatórios contribui sobremaneira para a proteção dos indivíduos, e atua como agente benéfico, controlando a qualidade dos serviços de saúde e garantindo requisitos mínimos de qualidade aos serviços prestados à população (SCRIVEN, 2007). Nesse sentido, instituiu-se, por meio da Lei nº 9.782/99, a primeira agência reguladora social no Brasil, ANVISA, com o objetivo de atuar em todos os setores que abrangessem produtos e serviços que pudessem acometer a saúde da população brasileira. É válido ressaltar que esta agência agrega poder de atuação tanto na regulação econômica do mercado quanto na regulação sanitária. Do mesmo modo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada por meio da Lei nº 9.961/00, com vistas a regulamentar os planos de saúde privados no país (DIAS, 2004).

O MS instituiu, por meio da Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, a Política Nacional de Regulação, a qual organiza suas ações em três dimensões de atuação que devem estar integradas entre si. Estas podem ser compreendidas como um grupo de ações com vistas a promover ou a restringir a geração de bens e serviços no setor saúde, através de produção, controle, inspeção, monitoramento, auditoria e avaliação dos serviços de saúde (PORTARIA 1559/2008).

Somente em 2012, contudo, é que foram regulamentados os recursos de custeio para manutenção das centrais de regulação de internação e/ou ambulatorial. Essa regulamentação ocorreu pela instituição das Redes Temáticas Prioritárias e do estabelecimento de novas regras para o planejamento em saúde em geral, em decorrência do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, e da Lei complementar nº 141/2012 (regulação em saúde, junho de 2015). A referida política corrobora o que já havia sido apresentado na NOAS/SUS 01/2002, que vinculou o processo e o exercício das ações regulatórias às modalidades de gestão, entre as quais: Regulação da atenção à saúde, Regulação assistencial e Regulação do acesso.

A Regulação de Sistemas de Saúde é efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão. Contemplam as seguintes ações: elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; planejamento, financiamento e fiscalização de sistemas de saúde; controle social e ouvidoria em saúde; vigilância sanitária e epidemiológica; regulação da saúde suplementar; auditoria assistencial ou clínica e avaliação e incorporação de tecnologias em saúde (PORTARIA 1559/2008).

A Regulação da Atenção à Saúde efetiva-se pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços, e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial, contemplando as seguintes ações: cadastramento de estabelecimentos e de profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS); contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério; credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; PPI; avaliação analítica da produção; avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS); avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde e utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso (PORTARIA 1559/2008).

A Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários. Contempla as seguintes ações: regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (PORTARIA 1559/2008).

As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a contratação, a regulação e o controle assistencial; a avaliação da atenção à saúde; a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária. Já as ações da Regulação assistencial foram definidas no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do Pacto de Gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda e o acesso dos usuários por serviços de saúde. Por Regulação do acesso determinam-se os meios e as ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na PPI e/ou da disponibilidade de recursos financeiros (CONASS, 2007). A compreensão da diferença entre os conceitos é essencial. Deve-se perceber as particularidades entre “regulação assistencial” e “regulação do acesso”. A primeira é prerrogativa do gestor, enquanto a segunda é transmitida pelo gestor ao regulador. É fundamental perceber que, ao implementar a regulação do acesso, a programação

da assistência fundamenta-se não mais na disponibilidade de oferta, e sim nas necessidades de saúde da população (CONASS, 2007).

Como ferramenta de gestão, os complexos reguladores emergiram como estratégias facilitadoras da regulação de acesso, uma vez que articulam e integram centrais de serviços regulatórios como, por exemplo, centrais de internação, de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de atenção pré-hospitalar e de urgências. Essas centrais são implantadas, em geral, sob o direcionamento de protocolos clínicos e/ou linhas de cuidado determinadas previamente (CONASS, 2007, Portaria 1559/2008). Ainda de acordo com a Portaria nº 1.559/2008, o complexo regulador é uma estrutura que coloca em prática as ações da regulação do acesso, sendo-lhe lícito possuir abrangência e estrutura previamente acordadas entre os gestores. As centrais de regulação, para serem habilitadas e receberem o incentivo financeiro de custeio, estão condicionadas à inserção, pelos gestores, dos componentes de referência das redes temáticas e das linhas de cuidados prioritárias instituídas no período, a saber: Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede Cegonha; Rede de Atenção Psicossocial, entre outras (cf. Regulação à saúde, 2015. Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L10_REGULACAO-EM-SAUDE_jun2015.pdf>.). De acordo com a orientação do MS e da Portaria 1.559/2008, várias centrais foram criadas em todo o país (EVANGELISTA et al., 2008).

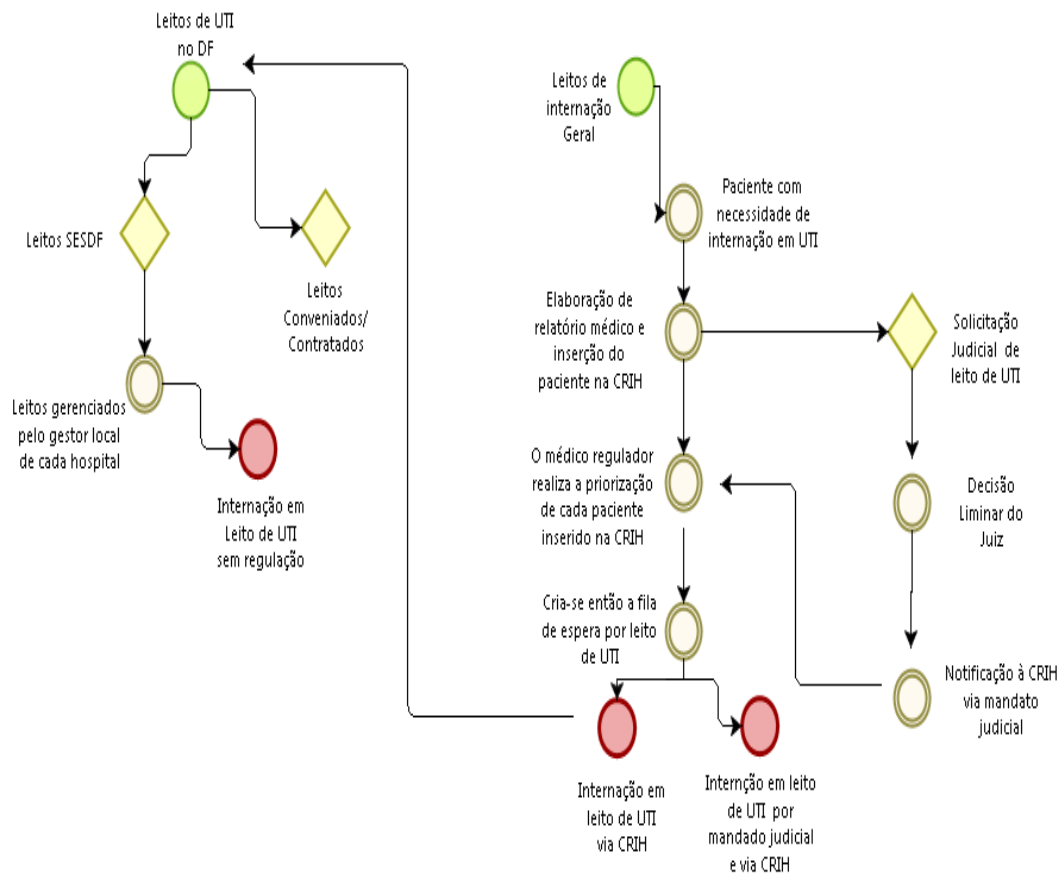
No DF, a SES/DF normatizou o Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF) pela Portaria nº 189, de 07 de outubro de 2009, tornando-a responsável pela regulação dos serviços de saúde do SUS/DF. A SES/DF vem atuando com vistas a organizar o fluxo de funcionamento dos serviços contíguos essenciais da CRDF, por meio das seguintes portarias: Portaria SES/DF nº 187/2010, nº 16/2012, nº 34/2014 e nº 199/2015. A Portaria SES/DF nº 199/2015 determinou que a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), unidade orgânica do CRDF, está subordinada à Gerência de Regulação de Internação Hospitalar (GERIH) da Diretoria de Regulação (DIREG), vinculada à Subsecretaria de Planejamento em Saúde (SUPLANS), definindo seu funcionamento ininterrupto durante 24 horas por dia, sete dias por semana. A mesma portaria definiu, ainda, que a equipe da CRIH é composta por médicos reguladores e enfermeiros controladores, os quais trabalham em regime ininterrupto nas dependências do CRDF, e por médicos supervisores e enfermeiros analisadores, os quais possuem a jornada de trabalho em horário comercial e dias úteis, devido à respectiva natureza do serviço.

O fluxo operacional da CRIH revela que todas as solicitações de internação em leitos sob regulação deverão ser feitas à CRIH SES/DF, por meio do formulário de solicitação de

internação hospitalar, via Sistema Informacional de Regulação Vigente. Porém, existem pacientes que são admitidos em leitos de UTI e não são direcionados pela CRIH. Tais pacientes são classificados como “fora de fluxo”. Incluem-se nesses leitos onde os pacientes fora de fluxo são internados os chamados leitos “eletivos”, que ficam à disposição do gestor do hospital. A utilização desses leitos é realizada para suprir a necessidade de serviços ou para servir de retaguarda às unidades de bloco cirúrgico (TCDF, 2014).

O fluxo atual de acesso a leito de UTI (Figura 2) portanto é composto pelo acesso via CRIH, acesso por decisão judicial via CRIH e acesso via gestor da unidade de saúde nos casos dos leitos que não são regulados (TCDF, 2014).

Figura 2: Fluxo do acesso ao leito intensivo no Distrito Federal. Brasília, 2017.



As solicitações de internação hospitalar deverão observar os critérios técnicos para admissão e alta da SES/DF, a saber: os critérios para admissão, internação, alta e transferência de pacientes na rede SES/DF obedecerão às diretrizes técnicas estabelecidas e divulgadas a cada atualização pelas Coordenações Técnicas de Unidades e Especialidades; a internação de pacientes de alta de UTI em leitos gerais deverá ocorrer de forma prioritária em relação a pacientes das salas de recuperação pós-anestésica e dos prontos-socorros, respectivamente; os pacientes que receberem alta médica das UTI deverão ser transferidos à enfermaria do hospital onde se encontram internados, levando em consideração as necessidades clínicas, até que outro leito seja disponibilizado no hospital de origem ou naquele que disponha do suporte exigido à continuidade de tratamento do paciente; Nos casos de necessidade de contrarreferência para enfermaria de outra regional de saúde, cabe ao Núcleo Gestor de Leitos (NGL) do hospital onde o paciente está internado fazer contato com o NGL do hospital que dispõe do suporte necessário para que se responsabilizem pela remoção e internação do paciente (Portaria 199/15).

2.1.6. Critérios de Admissão na UTI

Os critérios de admissão e de alta em UTI foram instituídos como forma de promover medidas individualizadas para alcançar uma vaga em leito intensivo, vez que a grande demanda por esse serviço, a ausência de uma padronização de acesso e as necessidades que o paciente crítico requer tornam esse cenário um grande problema de saúde pública no Brasil (CFM, 2016; PORTARIA SES/DF, 2015).

A Portaria SES/DF n° 200, de 06 de agosto de 2015, divulgou os critérios para admissão e alta em UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal na Rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), revogando a Portaria SES/DF n° 42/2006.

Critérios para admissão de pacientes em UTI Adulto

Os critérios listados a seguir estão definidos com base no modelo de priorização, o qual permite identificar: a) pacientes que serão beneficiados com a admissão imediata na UTI; e b) pacientes que não serão beneficiados pela terapia intensiva, seja pela condição clínica que não justifica a necessidade de UTI ou pela ausência de perspectiva terapêutica.

Critérios de priorização

- Prioridade 01 – Inclui os pacientes gravemente doentes, instáveis, com chances significativas de recuperação, necessitando de monitoração e de tratamento intensivo que não podem ser prestados fora da UTI. Esses tratamentos compreendem: suporte ventilatório invasivo e não invasivo, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou intervenções agudas. Nesses pacientes, não há limites para iniciar ou introduzir a terapêutica necessária;
- Prioridade 02 – Inclui pacientes sem instabilidade, mas que necessitam de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação e/ou potencial necessidade de intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estabelecido para esses pacientes;
- Prioridade 03 – Inclui pacientes instáveis, com baixa probabilidade de recuperação, seja pela doença de base e/ou natureza da doença aguda e/ou presença de comorbidades. Para esses pacientes, pode-se estabelecer limites nos esforços terapêuticos, como não instalar uma via área artificial, no caso de insuficiência respiratória, ou não reanimar, no caso de parada cardiorrespiratória;
- Prioridade 4 – Inclui pacientes que apresentam pouco ou nenhum benefício com a internação em UTI. Via de regra, o tratamento intensivo não é recomendado e, por isso, deverão ser retirados da lista de espera por UTI pela CRIH. Podem ser classificados como:
 - Prioridade 4A – Pacientes com pouco ou nenhum benefício na admissão em UTI, devido à condição clínica não justificar internação em terapia intensiva. São aqueles pacientes que apresentam baixo risco de descompensação ou baixa necessidade de intervenção;
 - Prioridade 4B – Pacientes terminais ou com doença irreversível, em processo de morte iminente. São aqueles que a condição clínica não justifica estar em uma UTI devido à ausência de perspectiva terapêutica.

Importante destacar que, na Portaria SES/DF nº42/2006, os critérios de admissão preconizados eram diferenciados em três graus de prioridades, e não havia separação por tipo de UTI.

Na busca por uma padronização mais efetiva no que diz respeito aos critérios de admissão e de alta em UTI, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução CFM nº 2.156, de 17 de novembro de 2016. Esta determina que as admissões em UTI devam ser baseadas em: diagnóstico e necessidade do paciente; serviços médicos disponíveis na instituição; priorização de acordo com a condição do paciente; disponibilidade de leitos e potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

De acordo com a Resolução, é considerado critério de admissão em UTI a instabilidade clínica, isto é, a necessidade de suporte para as disfunções orgânicas e de monitoração intensiva. A priorização de admissão na UTI deve respeitar os seguintes critérios:

- Prioridade 1 – Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico;
- Prioridade 2 – Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico;
- Prioridade 3 – Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica;
- Prioridade 4 – Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica;
- Prioridade 5 – Pacientes com doença em fase terminal ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

A Resolução do CFM determina ainda que a admissão e a alta da UTI são de atribuição e competência do médico intensivista, levando em consideração a indicação clínica. As solicitações de vagas UTI deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante; a admissão e a alta do paciente devem ser comunicadas à família e/ou ao responsável legal.

Outrossim, os pacientes classificados como Prioridades 2 a 4 devem ser admitidos em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas); os pacientes classificados como Prioridade 5 devem ser admitidos em unidades de cuidados paliativos.

É lícito destacar ainda que as decisões sobre admissão e alta em UTI devem ser feitas de forma explícita, sem qualquer discriminação, seja por questões de religião, de etnia, de sexo, de nacionalidade, de cor, de orientação sexual, de idade, de condição social, de opinião política, de deficiência ou quaisquer outras formas de exclusão.

2.1.7. Índices prognósticos em UTI

Índices prognósticos são definidos como a determinação de valores numéricos que se referem aos sinais, aos sintomas clínicos e aos resultados de exames laboratoriais dos pacientes. Tais valores são submetidos a uma equação logarítmica, gerando uma numeração que se relaciona diretamente à chance de mortalidade e de morbidade decorrentes de um quadro patológico (SILMA, 2014; ALVES, 2009).

Determinar o prognóstico de um paciente crítico, além de ser essencial para pesquisas, tem grande relevância na área clínica, no que se refere ao planejamento do tratamento, ao direcionamento de intervenções terapêuticas, ao uso racional dos recursos e à garantia da qualidade da assistência (KWOK, 2016; BARADARI, 2016; FERNANDES, 2009; KEEGAN, 2016).

O desenvolvimento e o aprimoramento de sistemas prognósticos específicos para UTI são decorrentes das práticas clínicas intensivas heterogêneas, do elevado custo dos cuidados, da alta incidência de mortalidade e do anseio por comparações de desempenho entre as distintas UTI existentes (KEEGAN, 2016).

Os índices prognósticos possibilitam avaliar doenças genéricas ou específicas, além de serem empregados para análises de grupos com características semelhantes ou análises individualizadas. São divididos em duas diferentes categorias: os índices prognósticos, que avaliam as disfunções orgânicas – descrevem os desarranjos fisiológicos por sistema orgânico com vistas a obter uma avaliação objetiva da extensão e da gravidade da disfunção dos órgãos – e os escores, que avaliam a gravidade da doença – utilizam informações clínicas dos pacientes, como dados fisiológicos, histórico de doenças anteriores e descrição de fatos da doença atual para prever a chance de óbito (KEEGAN, 2016).

Existem vários índices prognósticos disponíveis, utilizando metodologias diferenciadas, mas que contribuem significativamente para avaliação dos pacientes,

desempenho das unidades, acompanhamento da evolução e das respostas do paciente à terapêutica adotada, comparação da mortalidade observada com a esperada, estratificação dos pacientes de acordo com a gravidade da doença e avaliação do custo/benefício na prescrição de certos procedimentos (PADILHA, 2009; SILVA, 2014).

Segundo Kwok (2016), Baradari (2016) e Silva (2014), os índices prognósticos mais adotados nas UTI são: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II, III, IV); Simplified Acute Physiology Score (SAPS); Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28); Logistic Organ Dysfunction System (LODS); Nursing Activities Score (NAS); Injury Severity Score (ISS) e New Injury Severity Score (NISS); Pediatric Risk of Mortality (PRISM); Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) e Sequential Organ Failure Assess – Index (SOFA INDEX); Multiple Organ Dysfunction Score (MODS).

O Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) é um índice prognóstico que descreve quantitativamente o grau de disfunção orgânica, permitindo estimar a probabilidade de óbito e estabelecer requisitos mínimos que indiquem a necessidade de internação e saída da UTI. O APACHE II leva em consideração a idade, as condições crônicas de saúde e as variáveis fisiológicas e laboratoriais (KNAUS, 1985; FERNANDES, 2009; SILVA, 2014). No Brasil, esse índice é bastante utilizado e recomendado pela Portaria nº 3.432/1998.

Considera-se o APACHE II como um instrumento de fácil manejo e aplicação. As coletas das variáveis clínicas e laboratoriais são realizadas concomitantemente aos cuidados intensivos. Outrossim possui validação para uma extensa quantidade de diagnósticos (KNAUS, 1985).

O cálculo do APACHE II necessita que se observe alguns requisitos, entre os quais pode-se citar: considerar os piores resultados de cada uma das variáveis nas primeiras 24 horas de internação; considerar a idade e a presença de doença crônica prévia; requer no mínimo 24 horas de internação dos pacientes (KNAUS, 1985).

O cálculo do índice é obtido pela soma de três itens (KNAUS, 1985):

- Item A – Variáveis fisiológicas. Utilizam-se 11 variáveis clínicas e laboratoriais, pontuadas de zero a quatro, de acordo com o grau de desvio da normalidade: temperatura, pressão arterial média, frequência cardíaca, frequência respiratória, oxigenação, pH arterial, sódio, potássio, creatinina, hematócrito e leucócitos. Para avaliação do Sistema Nervoso Central, utiliza-se o valor da Escala de Coma de Glasgow (ECG). Quanto mais alterados os valores, maior será a pontuação;

- Item B – Idade. Quanto maior a idade, maior a pontuação. Podem ser atribuídos os pontos 0, 2, 3, 5 ou 6 de acordo com a idade, que está subdividida em cinco categorias. Os doentes abaixo de 45 anos recebem pontuação mínima (0), enquanto os que apresentam idade superior a 74 anos recebem a pontuação máxima (6);
- Item C – Doença crônica. Nos casos em que o paciente tenha história de doença crônica grave prévia à internação, ou se há relato de ser um paciente não cirúrgico, ou cirúrgico eletivo, ou cirúrgico de emergência, serão atribuídas pontuações diferenciadas para cada uma das situações descritas. As definições de doença crônica estão descritas no próprio instrumento de pontuação.

A pontuação final resulta do somatório dos itens A, B e C. O valor total do APACHE II pode variar de 0 a 71 pontos. A partir desse resultado, torna-se possível o cálculo do risco de óbito por meio de uma equação de regressão logística para a determinação da taxa de letalidade prevista pelo índice (KNAUS, 1985).

O risco de óbito individual é calculado a partir de uma fórmula que considera a pontuação do APACHE II, o tipo de internação (somente se pós-cirurgia de urgência) e o coeficiente da categoria diagnóstica, atribuído conforme a causa de internação na UTI. Ressalta-se que, em meio eletrônico, é disponibilizada pelo *site* brasileiro de medicina intensiva uma ferramenta *on-line* que calcula o índice APACHE II após a inserção dos dados solicitados (Disponível em <<http://www.medicinaintensiva.com.br/ApacheScore.htm>>).

Após a coleta e a realização dos cálculos, a porcentagem de chance de mortalidade encontrada no APACHE II será relacionada com a quantidade de pontos alcançada por cada paciente, conforme a Figura 3:

Figura3: Percentual de risco de mortalidade de acordo com o índice prognóstico APACHE II.

Escore (pontos)	Risco de mortalidade
0-4	aproximadamente 4 %
5-9	aproximadamente 8%
10-14	aproximadamente 15%
15-19	aproximadamente 25%
20-24	aproximadamente 40%
25-29	aproximadamente 55%
30-34	aproximadamente 75%
> 34	aproximadamente 85%

Fonte: Knaus (1985).

2.1.8. Mortalidade em UTI

Geralmente, o perfil de pacientes admitidos nas UTI é composto por pacientes graves, com elevado risco de mortalidade, mas potencialmente recuperáveis. Associa-se a esta unidade a característica de elevada gravidade e, por isso, suas taxas de mortalidade estão entre 28,4% a 74,2% (JUNIOR, 2014; SILVA, 2012).

A Taxa de Mortalidade em UTI pode ser definida pela relação percentual entre o número total de óbitos nos pacientes internados em determinada UTI, durante um período específico de tempo, e o número de pacientes que teve saída dessa mesma UTI, nesse mesmo período específico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

De acordo com a RDC N° 7/2010 da ANVISA, seção IX, inciso 2º, o responsável técnico da UTI deve correlacionar a mortalidade geral de sua unidade com a mortalidade geral esperada, de acordo com o índice de gravidade utilizado. Pela relevância dessa informação, a taxa de mortalidade absoluta e esperada deve ser monitorada mensalmente, conforme determina a Instrução Normativa n° 4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA.

Alguns fatores interferem na taxa de mortalidade de UTI, entre os quais: tipo de UTI, gravidade com que o paciente é admitido na unidade, idade do paciente, necessidade de eventos de reintubação, uso de traqueostomia e uso de ventilação mecânica maior que quatro dias (OLIVEIRA, 2010; SILVA, 2009). Ademais, os óbitos que ocorrem nessas unidades antes de 24 horas da admissão do paciente não são contabilizados como mortes da unidade, mas atribuídos ao mau prognóstico do próprio paciente (BEZERRA, 2012).

É essencial destacar que, embora a prioridade da UTI seja atender pacientes potencialmente recuperáveis, há ocasiões em que pacientes não recuperáveis são internados, como os terminais ou aqueles que não têm indicação para UTI, que geralmente são internados nestas unidades para morrer, contribuindo, assim, para elevar a estatística de mortalidade das mesmas (BACKES, 2012).

A maior incidência de mortalidade dentro das UTI associa-se aos quadros de sepse. Uma metanálise foi realizada recentemente por Fleischmann et al. (2016). Os resultados encontraram uma incidência global anual de 31,5 milhões de casos, com 19,4 milhões de casos de sepse grave, resultando em 5,3 milhões de mortes. No Brasil, o estudo prospectivo e multicêntrico de Sales (2006) avaliou as taxas de densidade de incidência e mortalidade da sepse grave em UTI's locais. Nesse estudo, avaliou-se 3.128 pacientes, pertencentes a 75 UTI's inseridas em 65 hospitais, incluindo todas as regiões brasileiras. Encontrou-se a incidência de sepse, sepse grave e choque séptico de 19,6%, 29,6% e 50,8%, respectivamente.

A taxa global de mortalidade encontrada foi de 46,6%, com mortalidade nos subgrupos de sepse, sepse grave e choque séptico igual a 16,7%, 34,4% e 65,3%, respectivamente (SALES et al., 2006).

No Distrito Federal, poucos estudos sobre mortalidade em UTI foram realizados. Contudo, um estudo realizado em uma UTI tipo II com 189 pacientes, em 2015, identificou taxa de mortalidade de 38,6% e uma predominância de pacientes idosos internados. Ademais, a mortalidade elevada esteve associada ao grau de severidade da doença aguda e ao estado funcional prévio do paciente à admissão (GUIA, 2015).

2.2. Direito à Saúde

No Brasil, a expressão “direito à saúde” remete, historicamente, ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). O MRSB tornou-se destaque pelas amplas mobilizações da sociedade em busca da redemocratização do país, além de propagar o descontentamento da coletividade nacional em relação às humilhantes desigualdades sociais que, à época, refletiam-se na saúde (SOUTO, 2016; AROUCA, 2003; PAIM, 2008).

Para o MRSB, era relevante tanto a constituição de um estado de bem-estar social quanto a consolidação das políticas públicas (FLEURY, 2008). Ademais, lutava-se pela conquista da intersectorialidade das ações de saúde, do papel regulador do Estado *versus* mercado de saúde, da descentralização, da regionalização e da hierarquização do sistema, da participação da comunidade, da integração entre a saúde previdenciária e a saúde pública e do direito universal à saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; LARA, 2016; FLEURY, 2008; PAIM, 2008).

Como marco histórico também relacionado ao direito à saúde, é fundamental aludir à 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) realizada em 1986, no período da Nova República. A pauta da 8ª CNS era composta por três tópicos: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor saúde (CONASS, 2009). Para muitos estudiosos de saúde pública, a 8ª CNS foi decisiva na implementação da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, além de ser considerada o mais importante evento da área até os dias atuais (STEDILE, 2015). A relevância da conferência deve-se à elevada legitimidade alcançada durante todo o processo e às propostas elaboradas, contempladas tanto no texto constitucional, aprovado em 1988, quanto na Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8080/1990 e n° 8142/1990) (CONASS, 2009).

A saúde é inserida no rol dos direitos fundamentais após a promulgação da CF em 1988, quando é estendida a todos os cidadãos, garantida pelos três entes da Federação: União, Estados (dentre eles, o Distrito Federal) e Municípios. Conforme está explícito em seu art.

196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A regulamentação do SUS realizada pela expedição da Lei nº 8080/1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) – que determinou as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços correspondentes –, tornou a política de saúde brasileira universal, igualitária e um direito de todos. Destarte, a Lei nº 8142/1990 fortaleceu a participação da comunidade com a normatização dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Os direitos humanos foram institucionalizados na CF ao serem consagrados como direitos fundamentais, sociais e econômicos. Entre os direitos sociais, encontra-se o direito à saúde, descrito em seu art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Emenda Constitucional nº 90 de 15/09/2015).

O direito à saúde, como referido no Art. 196 da CF, por possuir interpretações polissêmicas, recentemente foi interpretado como detalhes pelo Ministro do Supremo Tribunal Federal (guardião da CF), Gilmar Mendes, com vistas a promover uma uniformidade de entendimento sobre o direito à saúde (CONASS, 2015). No que tange ao “direito de todos”, a disposição expressa foi a de que se aventa tanto o direito individual quanto o direito coletivo. Entretanto, detalha que o direito individual, para ser garantido, depende do não comprometimento do SUS, devendo ser ratificado e baseado em argumentos subjetivos. Salienta ainda que não há direito incondicional a toda e qualquer solicitação demandada ao judiciário com vistas à integralidade da saúde (CONASS, 2015; STA, 2010).

Em relação ao “dever do Estado”, reforçou-se sua obrigação fundamental de prestação de saúde, além de criar e fazer cumprir políticas públicas que garantam a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, priorizando-se as ações preventivas. Há destaque para a obrigação solidária e subsidiária entre os entes da Federação, vez que o SUS possui serviços e recursos descentralizados. Igualmente, ressalta-se a relevância da estabilidade dos gastos com a saúde e da adequada captação de recursos (CONASS, 2015; STA, 2010). Quanto ao “garantido mediante políticas sociais e econômicas”, direciona-se o foco de ação para a elaboração de políticas públicas as quais consolidem o direito à saúde utilizando-se de opções alocativas e da inserção de metodologia distributiva. Ademais, o processo acelerado de desenvolvimento tecnológico da assistência à saúde predispõe o surgimento de um “gargalo

programático”, visto que sempre haverá novos exames, novas técnicas cirúrgicas, novas patologias, novos tratamentos (CONASS, 2015; STA, 2010).

Sobre as “políticas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos” a análise corrobora o âmbito preventivo, o qual está expresso no Art. 198, inciso II da CF (CONASS, 2015; STA, 2010). Acerca das “políticas que visem o acesso universal e igualitário”, há ênfase na efetividade das políticas públicas para que estas atinjam a população como um todo, assegurando uma assistência à saúde igualitária, livre de quaisquer preconceitos ou privilégios (STF, JUSBRASIL. Disponível em <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19139898/suspensao-de-tutela-antecipada-sta-91-al-stf>>). Por fim, no que diz respeito às “ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”, a observação versa no aspecto de dificuldades na implementação e manutenção das políticas públicas já existentes, e não na ausência de legislação (CONASS, 2015; STA, 2010).

A implementação do direito à saúde permanece muito distante do que foi decretado na CF, tendo em vista que o país vivencia processos de transformação contínuos nas áreas econômica, social, cultural, política e tecnológica (CORDEIRO, 2012; SILVIA, 2003). É válido destacar que os processos de promoção da saúde e a disponibilidade de serviços elevaram-se após o surgimento do SUS. Contudo, o sistema ainda está longe do idealizado, vez que a qualidade de vida e o acesso aos serviços dispensados aos usuários ainda não são satisfatórios. A população brasileira necessita de um sistema sanitário resolutivo, que promova a saúde e previna os processos de adoecimento com eficácia e eficiência (CORDEIRO, 2012).

O acesso dos usuários aos serviços públicos é realizado de forma gratuita, e o utente não efetua nenhum pagamento, ou seja, os serviços são custeados pelos recursos públicos, que provêm da arrecadação, de impostos, de contribuições, da população, entre outros, e devem ser usados de forma obrigatória pela seguridade social. Percebe-se, dessa forma, que os recursos são captados pelo governo, porém, são recursos públicos, ou seja, do povo (JORGE et al., 1994).

A origem dos recursos do SUS, que promove o direito à saúde, é responsabilidade comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, de acordo com os artigos 195 e 198 da CF. A Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29/2000) vinculou e determinou a base de cálculo e o quantitativo mínimo de recursos orçamentários a serem aplicados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios. A Lei Complementar (LC) nº 14 (LC 141/2012) regulamentou o art. 198 da CF.

O Decreto n.7827/2012 normatizou a LC n.141/2012 e constituiu os procedimentos de condicionamento e restabelecimento de transferências constitucionais. A Emenda Constitucional nº 86/2015 alterou o inciso I do §2 do art. 198 da CF no que se refere ao valor mínimo e às normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde pela União, determinando que será executado progressivamente no período de cinco anos, a partir de 2016 (CONASS, 2015).

Nesse sentido, sendo o recurso proveniente do próprio povo, como promover o seu uso racional? O filósofo liberal John Rawls defende que a saúde compõe a caracterização de justiça distributiva, visto que é um elemento essencial da sociedade (RAWLS, 2002). Além disso, a CF previu a racionalidade distributiva quando adotou o princípio da universalidade de acesso ao SUS (SANTOS, 2016).

A justiça distributiva, de acordo com Aristóteles, atua como reguladora das relações entre os cidadãos (PEGORARO, 2000). Pode ser percebida também pela distribuição de honrarias, encargos sociais e bens, promovendo uma relação individual x coletiva, além da autoridade política. Desse modo, deve-se tratar de forma igual os iguais e de forma desigual os desiguais (PEGORARO, 2000). Para Guy Duran, bioeticista canadense, a justiça distributiva refere-se à distribuição de bens, produtos ou serviços e/ou acesso justo aos recursos. Também, conforme Rawls, é a forma como as instituições sociais alocam direitos e deveres fundamentais, definindo a divisão de benefícios advindos da cooperação social (FORTES, 2008).

A implementação da justiça distributiva no dia a dia da sociedade brasileira é bastante complexa. O cenário atual é repleto de dificuldade de acesso e de indisponibilidade aos serviços, sejam eles de promoção ou de recuperação da saúde. Um dos indicativos de que a saúde dos brasileiros requer melhorias é a fragmentação do atendimento realizada nos serviços de saúde, pois o paciente tem de percorrer um fluxo geralmente extenso e pouco resolutivo até conseguir acessar o serviço de saúde de que necessita, alcançando, assim, a integralidade do atendimento (VARGAS, 2015; WHO, 2008; MS, 2010).

Atingir o padrão desejado de saúde preconizado pela CF para toda a população seria, no mínimo, utópico, visto que as necessidades de saúde podem ser consideradas ilimitadas. Por outro lado, os recursos para atendê-las não o são. Apesar de a saúde ser um direito fundamental e deter alta relevância social, não é exclusiva dentre as necessidades da sociedade (NEWDICK, 2005). O cenário atual de escassez de recursos pode ser compreendido por meio de duas percepções distintas sobre o tema: “escassez relativa” e “escassez absoluta”. A primeira é direcionada aos recursos disponíveis ao Estado para

investimento – recursos que não são exclusivamente destinados à saúde, tendo de ser rateados entre as outras áreas em que o Estado também é obrigado a investir. Dessa forma o que se pode e o que se pretende gastar é sempre relativo ao que se pode e ao que se quer investir nas demais áreas. A segunda, a “escassez absoluta”, é percebida em todos os países do mundo como um recurso que sempre será menor quando comparado à necessidade da população (FERRAZ, 2009).

A temática do recurso escasso em saúde no Brasil gera discussões e opiniões divergentes. A densidade do assunto pode induzir a interpretações de mau uso do recurso público. Contudo, o que se percebe ao avaliar o financiamento em saúde brasileiro é que pode haver menor investimento no setor saúde do que o necessário para dar suporte a um sistema público universal de qualidade. Ao se comparar os percentuais do gasto público em relação ao gasto total em saúde entre alguns países do mundo, percebe-se que o Brasil tem uma composição de gasto em saúde incompatível com um sistema de saúde público universal. A Figura 4 apresenta o percentual de gasto público total em relação ao gasto total em saúde em alguns países. Quando se compara o Brasil com países que também possuem sistema de saúde público, como Reino Unido, Canadá, França e Suécia, percebe-se claramente que o valor de investimento brasileiro é inferior ao desses países (FERRAZ, 2009; RIBEIRO, 2013).

Figura 4: Percentual de gasto público total em relação ao gasto total em saúde por países, 2014.

PAÍS	%
Cuba	94,7
Reino Unido	82,8
Suécia	81,6
Itália	77,8
França	76,8
Alemanha	76,5
Costa Rica	74,7
Espanha	73,0
Canadá	70,4
Argentina	66,5
Portugal	65,0
México	50,3
Chile	48,4
Estados Unidos	47,8
Brasil	45,7

Fonte: World Health Statistics/WHO (2014).

Fonte: World Health Statistics/WHO (2014)

Os sistemas de saúde no mundo possuem duas classificações relevantes: serviços nos quais prevalecem os seguros de saúde privados – fundamentados na lógica do mercado, dos contratos entre as pessoas e as empresas, em que predominam os preceitos do direito individual – e serviços que se regulam pela universalidade do acesso, por meio da

disponibilização das funções de forma pública ou por seguros coletivos financiados com recursos públicos, como, no caso do nosso país, pela seguridade social, na qual a prerrogativa determinante é a do direito coletivo (RIBEIRO, 2013).

Nesse sentido, associando-se a escassez de recursos ao contexto do direito individual *versus* direito coletivo, é de grande relevância compreender que a frequente busca pela via judicial com vistas a conseguir acessar o direito à saúde vem promovendo interferências no fluxo de funcionamento da central de regulação dos leitos de UTI, pois, ao expedir o mandado de cumpra-se, o paciente judicializado adquire um *status* de ter de ser internado imediatamente, mesmo existindo uma lista de pessoas aguardando leito de UTI (GOMES, 2014; OLIVEIRA, 2015; VILARINS, 2012).

A judicialização da saúde pode ser compreendida como a busca judicial, geralmente individual, do acesso a direitos/serviços/tratamentos garantidos pela lei, CF, nos casos em que as políticas ou os serviços públicos são insuficientes para ofertá-los (NASCIMENTO, 2015; STIVAL, 2016; BITTENCOURT, 2016; DELDUQUE, 2015).

As implicações da judicialização podem ser analisadas por meio de percepções distintas, entre elas: o Poder Judiciário torna-se um protagonista na efetivação de direitos sociais, muitas vezes tornando-se um implementador das políticas neste âmbito (ASENSI, 2010); podem surgir conflitos entre o judiciário e os gestores das políticas públicas de saúde; ao acatar as demandas individuais, o judiciário pode ferir o direito da coletividade (BORGES, 2010; GOMES, 2014; GONTIJO, 2010; MASSAÚ, 2014).

Geralmente, ao executar as determinações judiciais, o Estado disponibiliza valores elevados e não planejados, agregando elevado risco de desestabilização de sua própria estrutura financeira (RIBEIRO, 2013). É válido salientar que, apesar de a grande maioria das causas individuais ser acatada total ou parcialmente pelo Poder Judiciário, o Poder Executivo vem se valendo, em alguns casos, do princípio da Reserva do Possível para justificar o não cumprimento do que é previsto pela CF de 1988 (NASCIMENTO, 2015).

O princípio da reserva do possível¹ originou-se nas decisões proferidas pela Corte Constitucional Federal da Alemanha, a qual apoiava que as limitações econômicas podem comprometer, com grande impacto, a plena implementação dos direitos sociais (RIBEIRO, 2013). Essa justificativa, contudo, não tem sido acatada pelo Judiciário, pois, no entendimento

¹ Reserva do Possível: a expressão reserva do possível foi criada pelo Tribunal Constitucional alemão e adotada pelos autores alemães, como se pode extrair da obra de Leonardo Martins (2005, p.663-664), com o sentido de que a sociedade deveria delimitar a razoabilidade da exigência de determinadas prestações sociais, a fim de impedir o uso dos recursos públicos disponíveis em favor de quem deles não necessita, ou seja, foi criada com o objetivo da promoção razoável dos direitos sociais, a fim de que se realizasse a justiça social através da concretização da igualdade (SIQUEIRA, 2010).

dos juízes, não convém ao Estado não cumprir com seus deveres constitucionais sob argumentos comuns, como a ausência ou a limitação de recursos (NASCIMENTO, 2015).

Ademais, a frequente busca pela via judicial com vistas a alcançar o acesso ao direito à saúde demonstra que o SUS planejado e sonhado na CF permanece necessitando de maiores investimentos e organização (GOMES, 2014; OLIVEIRA, 2015).

2.2.1. Judicialização na América Latina

O direito à saúde está bem estabelecido na legislação vigente da maioria dos países da América Latina e do Caribe, bem como em numerosos tratados internacionais e regionais de direitos humanos. Com isso, os Estados são obrigados a disponibilizar à sua população, entre outros, o cuidado adequado. A não disponibilização de serviços de saúde que atendam à integralidade do cuidado a toda a população é causa para o surgimento do litígio desses direitos; com isso, o processo de judicialização da saúde é cada vez mais presente nos tribunais latino-americanos (PINZÓN; FLÓREZ, 2016).

A judicialização da saúde nos países da América Latina transita por causas similares às encontradas no Brasil: acesso a serviços de saúde, como a necessidade de medicamentos e a realização de procedimentos. As demandas judiciais pleiteiam garantir os direitos estabelecidos nas constituições dos respectivos países. O excesso de demandas vem representando grande impacto nos gastos públicos em saúde desses países, assim como no Brasil. Ressalta-se ainda que a maioria das demandas é favorável ao demandante. Esse perfil de demandas ao judiciário pode ser percebido em países como a Colômbia e a Costa Rica, de acordo com o estudo de Reveiz (2012). Na Argentina, o modelo de organização do sistema de saúde é representativo, republicano e federal. Cada província possui sua própria constituição; com isso, as demandas judiciais têm surgido tanto para alcançar maiores garantias de saúde impetradas de forma individual e também coletiva como para uso estratégico de alguns tribunais, com vistas a alcançar causas de interesse público (ABRAMOVICH, 2008).

2.2.2. Judicialização no Brasil

A crescente busca por acesso à saúde por via judicial no Brasil tem promovido reflexões sobre o uso e a disponibilidade orçamentária do país, além de expor as dificuldades do Estado em organizar e implementar as políticas públicas de saúde (MACHADO, 2015). Como argumentos inseridos nas demandas judiciais brasileiras, incluem-se também a falta de entendimento entre os poderes – justificada pela concessão de medidas não previstas nas

políticas públicas das normas dadas pelos legisladores e pelos gestores públicos, pelo aspecto financeiro das demandas relacionadas ao binômio coletivo/individual e pela alegação de que a judicialização é um movimento das elites econômicas brasileiras (MACHADO, 2015).

Percebe-se, no Brasil, a indefinição de normas ou regras que determinem quais seriam as limitações e critérios nos quais as decisões judiciais deveriam se pautar, vez que tal situação gera um cenário de desorganização no processo de alcance do direito à saúde (MACHADO, 2015).

As demandas judiciais no Brasil versam principalmente sobre acesso à medicamentos (DINIZ, 2012; CABRAL, 2015; PANDOLFO, 2012; BOING, 2013; CARVALHO, 2014; GONTIJO, 2010), acesso a serviços ou cuidados fundamentais do SUS, como internação em leitos comuns (DINIZ, 2012) e procedimentos de média e de alta complexidade, como internação em Unidade de Terapia Intensiva, e cirurgias do aparelho circulatório (GOMES, 2014; TRAVASSOS, 2013; WANG, 2014).

2.2.3. Judicialização no Distrito Federal

No Distrito Federal, a judicialização da saúde vem sendo empregada pelos sujeitos com vistas à obtenção de seus direitos. Inserida nesse contexto está a crescente judicialização do acesso a leitos de UTI. Diniz et al. (2014) estudaram as demandas judiciais da saúde entre os anos de 2005 e 2010, por meio de dados da Segunda Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, e encontraram que 66% das demandas judiciais eram referentes a solicitações de leitos de UTI. O estudo de Nascimento (2015) encontrou que 33,3% de todas as demandas judiciais, no Distrito Federal, no ano de 2010, referiam-se à solicitação de leito de UTI.

Compreender como são proferidas as liminares ou antecipações de tutela em ações judiciais inseridas no contexto do direito sanitário é essencial para avaliar o impacto desse fenômeno atual (CONASS, 2015). As solicitações de acesso a leitos de UTI são fundamentadas no conceito de emergência. Cabe aqui esclarecer que, segundo a Resolução 1451/1995 do CFM, situação de emergência é aquela caracterizada pela comprovação médica de condições ou de agravo à saúde que gera risco iminente de vida ou sofrimento intenso, demandando, desse modo, assistência médica imediata.

O rito processual das demandas de acesso a serviços de saúde no Distrito Federal é realizado quando a pessoa solicita acesso judicial pelo instrumento processual do mandado de segurança, o qual destina-se a auxiliar quando há sofrimento promovido pelo constrangimento ilegal causado pelo Estado. Em relação às solicitações de acesso a leito de UTI, como estas se

incluem na caracterização de solicitação de emergência, há a necessidade de requerer uma liminar, pois existe a possibilidade de o pedido não ser atendido imediatamente, o que eleva o risco de vida do indivíduo que necessita do leito. A indisponibilidade de leito de UTI é caracterizada como uma forma de constrangimento, visto que o Estado tem o dever de prover esse acesso à população, com base na CF. É válido ressaltar ainda que, sempre que não houver meios administrativos alternativos para alcançar direitos garantidos por lei, a solicitação judicial faz-se necessária (DEFENSORIA PÚBLICA DF. Disponível em <http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2717>).

A operacionalização deste trâmite, no Distrito Federal, é realizada cumprindo-se as seguintes etapas: 1) atendimento inicial realizado pelo próprio usuário nos núcleos gerais da Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF) ou por meio de advogados particulares dos demandantes; 2) na DPDF, são requeridos alguns documentos básicos para a propositura da ação, entre os quais: carteira de identidade ou de trabalho e cadastro de pessoa física – CPF (se tiver), comprovante de renda (se tiver), comprovante de residência (se tiver), além de números de telefones, nome e endereço de três testemunhas; 3) documentos específicos que façam referência ao problema – no caso dos leitos de UTI, é solicitado um relatório médico contendo toda a descrição do quadro clínico do paciente (DEFENSORIA PÚBLICA DF. Disponível em <http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2717>).

Nos casos de acesso a leito de UTI, o juiz, ao constatar que o direito requerido é líquido e certo e que há risco de vida caso não seja atendida a solicitação, emite uma ordem imediatamente (liminar). Essa liminar é o meio formal que será utilizado na notificação, feita pelo oficial de justiça à Central de Regulação de leitos de UTI (órgão responsável pela implementação da ordem judicial), da obrigatoriedade de internar o paciente em um leito de UTI da rede pública ou conveniada ao SUS (DEFENSORIA PÚBLICA DF. Disponível em <http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2717>).

Em seguida, o processo será julgado. A autoridade coautora (Estado) prestará informações sobre o alegado e, posteriormente, o juiz proferirá uma sentença (DEFENSORIA PÚBLICA DF. Disponível em <http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2717>).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Investigar os processos judiciais quanto às solicitações de leitos de UTI no Distrito Federal entre os anos de 2010 e 2015.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever o perfil das ações judiciais requerendo leitos de UTI ajuizadas entre 2010 e 2015 na Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal;
- Conhecer o perfil da população solicitante quanto às condições socioeconômicas, aspectos médicos e jurídicos;
- Identificar o índice prognóstico de adultos admitidos por mandado judicial nas Unidades de Terapia Intensiva da SES/DF, pelo uso do Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II – APACHE II;

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo populacional. Os estudos descritivos descrevem as características de determinadas populações ou fenômeno. Ademais, permitem determinar como a distribuição de doenças ou de situações que se relacionam à saúde comportam-se de acordo com temporalidade, local e/ou características subjetivas dos indivíduos (COSTA, 2003; GIL, 2008). Estudam-se, na pesquisa descritiva, as relações entre duas ou mais variáveis. O pesquisador observa os fatos, registra-os, analisa-os e correlaciona-os aos fenômenos ou às outras variáveis, mas não interfere neles (GIL, 2008; CERVO et al., 2007). Dessa maneira, não existe, nos estudos descritivos, a formação de grupo-controle para comparar os resultados. Devido a essa peculiaridade, são considerados estudos não controlados (PEREIRA, 2001).

O estudo de base populacional, também conhecido como estudo ecológico, orienta-se para a observação de populações de diferentes áreas geográficas, visando a pesquisa de associação entre eventos. Nessa modalidade de estudo, objetiva-se comparar indicadores, por isso, a população pode ter tamanho variado, visto que os dados utilizados são sempre índices relativos, e não dados absolutos (GREENLAND; ROBINS, 1994). Outrossim, é essencial esclarecer que não há informações sobre a doença e a exposição do indivíduo, e sim do grupo (população) como um todo (MARTINS, 2014).

4.2. Local de estudo

Os dados estudados constam dos processos de solicitação de leitos de UTI, de primeira instância, da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal. Ressalta-se que o DF possui oito varas de Fazenda Pública e a distribuição dos processos ocorre de maneira aleatória entre as unidades. A escolha da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal justifica-se pela facilidade do acesso à vara no período de definição do local do estudo.

Os dados referentes ao perfil “saúde da população estudada” foram obtidos no prontuário eletrônico da SES/DF. Optou-se pela SES/DF por se tratar da maior detentora de leitos SUS no DF.

4.3. População estudada

Foram acessados todos os processos judiciais (n=473) de solicitação de acesso a leitos de UTI no Distrito Federal, de primeira instância, disponíveis entre junho de 2010 e junho de 2015 na Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal. Para isso, foi solicitada autorização do guardião legal das informações, o juiz de Direito da referida Vara (cf. Apêndice 1).

Realizou-se consulta ao prontuário eletrônico da população contemplada com leitos de UTI via mandato judicial nos hospitais públicos da SES/DF, a fim de calcular o escore APACHE II. Para isso, foi solicitada autorização do depositário legal desses dados, o subsecretário de atenção à saúde do Distrito Federal (cf. Apêndice 2).

4.4. Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os processos judiciais que solicitaram acesso a leitos de UTI no Distrito Federal no período de junho de 2010 a junho de 2015, tramitados na Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal.

Para a análise do índice prognóstico APACHE II, foi incluída toda a população contemplada com leito de UTI nos hospitais públicos da SES/DF.

4.5. Critérios de exclusão

Foram excluídos os processos que tramitavam em segredo de justiça, os que estavam duplicados na lista disponibilizada pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT), os que foram distribuídos erroneamente e os que não foram aceitos por falta de documentação que comprovava a necessidade de acesso a leito de UTI. Para a análise do índice prognóstico APACHE II, foi excluída a população contemplada com leito de UTI na rede conveniada e/ou contratada, devido à impossibilidade de acesso aos dados necessários para o cálculo do referido índice prognóstico, e a população não contemplada com leito de UTI.

4.6. Etapas do estudo

O desenvolvimento da pesquisa deu-se nas seguintes etapas:

1. Definição do projeto de pesquisa;
2. Tramitação para autorização da pesquisa nas duas instituições envolvidas;

- a. Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal;
 - b. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
3. Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
 - a. Submissão ao CEP/FS;
 - b. Encaminhamento ao CEP/Fepecs.
 4. Visitação e leitura dos processos na Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal;
 5. Revisão de literatura;
 6. Coleta de dados por via eletrônica;
 - a. Acesso aos processos judiciais de primeira instância no sítio eletrônico do TJDFT;
 - b. Registro na Gerência de Pessoas da SES/DF;
 - c. Geração de usuário e senha de acesso ao sistema de informação da instituição;
 - d. Coleta de dados propriamente dita.
 7. Análise dos dados;
 8. Elaboração de artigo científico;
 9. Redação da dissertação.

4.7. Local de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no sítio eletrônico do TJDFT, que disponibiliza os processos judiciais na íntegra, por se tratarem de processos de acesso público. Realizou-se também consulta ao Software Trakcare – Sistema de Informação de Prontuário Eletrônico da SES/DF, via eletrônica, pelo *link* de acesso disponibilizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF.

4.8. Instrumento de Pesquisa

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento (cf. Apêndice 3) elaborado por Diniz et al. (2014) para essa finalidade, contendo informações referentes a: dados gerais (número do processo originário, número do arquivo, data da apresentação do pedido, origem do processo); informações do requerente (sexo, idade, local de residência, CID-10 [Classificação Internacional de Doenças], condições financeiras, argumentos presentes no pedido do requerente); informações sobre o Poder Público (argumentos utilizados pelo Poder Público, decisão liminar, data da decisão, manifestação ou não do Ministério Público); julgamento da ação (provimento, identificação do hospital nos casos de provimento, data da sentença, presença de agravo ou recurso). Acrescentou-se ao formulário questionamentos específicos relacionados ao processo de acesso ao leito de UTI, como: tempo entre a solicitação de internação em UTI, prioridade clínica definida pela CRIH, se houve ou não internação, o tipo de UTI solicitada, o tempo em dias até conseguir o leito, motivos pelos quais não se conseguiu o leito, duração da internação e desfecho do caso.

O Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II – APACHE II (cf. Apêndice 4) foi aplicado aos dados da população adulta que obteve acesso ao leito de UTI por via judicial nos hospitais públicos da SES/DF, e que apresentou um tempo de internação superior a 24 horas, visto ser este o prazo mínimo de permanência na UTI que possibilita o cálculo do índice prognóstico desses pacientes. Esse índice descreve quantitativamente o grau de disfunção orgânica, permitindo estimar a probabilidade de óbito e estabelecer requisitos mínimos que indiquem a necessidade de internação e saída da UTI. O APACHE II leva em consideração idade da pessoa, condições crônicas de saúde e variáveis fisiológicas e laboratoriais (KNAUS, 1985).

4.9. Coleta de dados

Para a coleta dos dados, a pesquisa foi conduzida em dois eixos:

1. Processos judiciais
2. Prontuário médico

A coleta de dados iniciou-se em fevereiro de 2016, após avaliação e aprovação do protocolo do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da

Universidade de Brasília e do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS/DF.

Analisou-se os processos de primeira instância que solicitaram acesso a leitos de UTI no Distrito Federal tramitados na Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, no período de junho de 2010 a junho de 2015, e os índices prognósticos APACHE II de toda a população contemplada com leito de UTI nos hospitais públicos da SES/DF no período estudado.

Para cálculo de amostra, foi definida a totalidade de processos judiciais direcionados à Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal no período de junho de 2010 a junho de 2015. Optou-se pela totalidade dos processos disponíveis, visto que há, no DF, um total de oito Varas de Fazenda Pública, as quais também recebem demandas judiciais de acesso a leito de UTI. Com isso, ter-se-ia, neste estudo, uma fração das ações judiciais no DF.

4.10. Análise dos dados

Para tratamento e catalogação, foi montado um banco de dados no programa Microsoft Office Excel (2010). Os dados foram analisados por meio do programa estatístico RStudio – versão 3.1, no qual foram realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas e cruzamentos em valores absolutos, relativos e inferenciais.

Uma análise descritiva pode ser compreendida como uma técnica que sumariza um conjunto de dados por meio de medidas de posição e variabilidade (como média e desvio padrão), bem como a utilização de métodos gráficos ou tabulares. Segundo Bussab (2014, p.9-10), em estatística básica, variáveis qualitativas apresentam resultados relativos à qualidade (ou atributo) de um indivíduo ou população pesquisada, enquanto resultados de variáveis quantitativas são provenientes de contagem ou mensuração.

Na análise descritiva, foram calculadas média, mediana, quartis e desvio padrão. Na análise inferencial, foram utilizados testes de hipóteses, nível de significância e teste Qui-quadrado (X^2).

O teste de hipótese é o método utilizado para verificar se os dados são compatíveis com alguma hipótese, podendo, muitas vezes, sugerir a não validade de uma hipótese. Ele é baseado na análise de uma amostra, através da teoria de probabilidades, usada para avaliar determinados parâmetros que são desconhecidos numa população (BUSSAB, 2014, p.9-10).

O teste de nível de significância (α) é a probabilidade com a qual se sujeita a correr o risco de um Erro do Tipo I (erro de rejeitar uma hipótese, dado que ela é verdadeira) (BUSSAB, 2014).

O teste Qui-Quadrado, simbolizado por χ^2 , é um teste de hipótese que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis. O princípio básico desse método é comparar proporções, isto é, possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um certo evento (BUSSAB, 2014).

4.11. Aspectos éticos

Em cumprimento à Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde, que versa sobre pesquisa envolvendo seres humanos, o protocolo deste trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UnB, sob o parecer número 1.359.998 (cf. Anexo 1), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS/DF, sob o parecer número 1.399.380 (cf. Anexo 2).

A coleta de dados foi autorizada pelo juiz de Direito da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal e pelo subsecretário de Estado de Saúde do Distrito Federal, ambos fiéis guardiões dos dados necessários a esta pesquisa, por meio do Termo de Consentimento de Uso de Informações (cf. Apêndices 1 e 2), assumindo-se o compromisso de manutenção do sigilo e da confidencialidade dos dados da população envolvida.

5. RESULTADOS

Os resultados obtidos após a análise dos dados serão apresentados em três seções, a saber: Descrição geral do perfil das solicitações judiciais de acesso a leitos de UTI (caracterização da população, perfil jurídico, perfil de saúde), Avaliação prognóstica APACHE II da população acima de 12 anos internada em leitos de UTI da SES/DF e Análise do perfil da população com idade acima de 12 anos (correlação de variáveis relativas a população acima de 12 anos).

5.1. Descrição geral do perfil das solicitações de acesso a leitos de UTI no DF

5.1.1. Perfil dos solicitantes de leito de UTI no Distrito Federal

As características da população estudada foram extraídas de 473 ações judiciais, quantitativo total de processos direcionados à Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal. Destas, 33 demandas (6,97%) foram eliminadas da pesquisa, por não atenderem aos critérios de inclusão.

A temporalidade dos processos foi identificada, por ano, na Tabela 1, na seguinte frequência:

Tabela 1: Distribuição de frequências referente à temporalidade das ações judiciais da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, período 2010 a 2015. Brasília, 2017.

Ano	n	%
2012	35	7,95
2013	135	30,68
2014	188	42,73
2015	82	18,64
Total	440	100,00

Fonte: Elaboração da autora.

Em relação ao sexo, houve a predominância, na população estudada, do sexo masculino, totalizando 252 casos (57,14 %). A faixa etária predominante foi de 71 a 80 anos, com 82 casos (18,60%), seguida de 51 a 60 anos, com 66 casos (14,96%), e de 61 a 70 anos, com 60 casos (13,60%). Ressalta-se, ainda, que 85% da população estava acima dos 12 anos, enquanto apenas 15% dos casos representaram a população infantil.

A média de idade foi de 52 anos e 15 dias. A pessoa mais velha possuía 99 anos; a mais nova, um dia. Os quartis informam que 50% das observações estão entre 34 anos e 3 meses e 73 anos. Pode-se também dizer que metade das pessoas possui idade superior a 58 anos, e que as observações desviam-se da média em quase 27 anos.

Quanto ao local de residência dos demandantes, 81 casos (18,36%) eram provenientes de regiões de fora do Distrito Federal, 61 (13,89%) residiam na cidade satélite de Ceilândia e 43 (9,75%) moravam em Taguatinga.

5.1.2. Perfil jurídico

Todas as ações tramitaram no rito do Procedimento Comum Ordinário (PCO), ou seja, 441 ações (100%). No PCO, são realizados atos de cognição (conhecimento), que consistem na análise que o juiz realiza dos autos. É composto pelas fases postulatória, ordinatória, instrutória e decisória. A fase postulatória consiste em petição inicial, citação e resposta do réu; a ordinatória refere-se à organização dos processos, com vistas à verificação do conteúdo das provas, bem como de irregularidades no processo, objetivando corrigi-las. Dependendo do conteúdo das provas, o processo pode acabar nesta fase (BRAGA, 2017). Neste estudo, apenas um requerente teve seu processo encerrado nesta fase, pois não houve provas suficientes da necessidade de internação em UTI. A fase instrutória destina-se à produção de provas, como pericial, oral e, eventualmente, inspeção judicial, realizada pelo próprio juiz. Por fim, tem-se a fase decisória, com proclamação da sentença.

Sobre a origem do processo, identificou-se que 435 ações (98,86%) foram iniciadas via Defensoria Pública, e que apenas 5 (1,14%) utilizaram o recurso de escritórios particulares de advocacia. Ademais, 432 pedidos médicos (98,18%) eram provenientes de serviços públicos de saúde.

Em relação aos argumentos utilizados pelos requerentes, 430 (97,73%) referiam-se aos direitos constitucionais, como dignidade, direito à vida, direito à saúde, integralidade, universalidade, risco de dano irreparável ou de difícil recuperação e risco de vida. A decisão liminar expedida pelo Poder Público foi favorável em 440 das solicitações (100%).

No presente estudo, a argumentação feita pelo Poder Público nos 440 processos analisados (100%) baseou-se nas seguintes razões: grave estado de saúde, direito à saúde, dever do Estado, carência de recursos para custear o tratamento, direito à vida e ausência de leitos de UTI disponíveis. Além disso, a decisão liminar proferida após análise inicial do processo concedeu, a 440 solicitações (100%), decisão favorável. Houve julgamento das 440 (100%) das ações impetradas.

O número de agravos surgidos após o descumprimento da decisão liminar expedida pelo juiz consistiu em 144 (32,73%). Destes, 94 casos (65,27%) apresentaram um agravo; 36 (25,0%), dois agravos. Nos processos em que houve agravo, 102 casos (70,83%) obtiveram êxito no cumprimento da medida liminar, enquanto 42 (29,16%) não contaram com a medida liminar cumprida.

5.1.3. Perfil Clínico

Os aspectos relacionados ao quadro clínico da população estudada demonstraram que, nos diagnósticos médicos apresentados, houve predominância de doenças neurológicas – 72 casos (16,33%). As doenças respiratórias totalizaram 52 casos (11,79%) e, as circulatórias, 43 casos (9,75%).

Em relação ao tipo de UTI, percebeu-se que a mais solicitada foi a geral, com 194 pedidos (43,99%), seguida da unidade com suporte para trauma neurológico – 88 pedidos (19,95%) e da unidade com assistência dialítica, que totalizou 71 requerimentos (16,10%).

A prioridade definida pela equipe de médicos reguladores da CRIH, conforme Tabela 2, classificou os pedidos de acordo com as seguintes prioridades:

Tabela 2: Distribuição de frequências referente à Prioridade Definida pela CRIH. Brasília, 2017.

Prioridade	n	%
1	140	31,89
2	222	50,56
3	77	17,54
Total	439	100

* 1 (um) membro da população estudada não teve sua prioridade atribuída devido à ausência de comunicação com o médico solicitante.

Fonte: Elaboração da autora.

Quanto ao tempo entre a solicitação de um leito de UTI pela equipe médica assistente e a efetivação do pedido por via judicial, conforme Tabela 3, percebeu-se o seguinte cenário:

Tabela 3: Distribuição de frequências referente ao tempo entre a solicitação de leito de UTI e a efetivação do pedido por via judicial das ações da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, período 2010 a 2015. Brasília, 2017.

Tempo	n	%
Até 1 dia	221	50,22
2 dias	98	22,42
3 dias	33	7,55
4 dias	27	6,18
5 dias	13	2,97
6 dias	12	2,75
7 dias	8	1,83
Entre 8 e 10 dias	10	2,29
Mais de 10 dias	18	4,12
Total	440	100,00

Fonte: Elaboração da autora.

Acerca da efetiva internação em leito de UTI por via judicial, encontrou-se que 301 solicitações (68,41%) conseguiram admissão, enquanto 137 (31,14%) não conseguiram. Ademais, houve dois casos (045%) nos quais o internamento foi efetivado em UTI diferente do perfil da unidade solicitada inicialmente.

As internações em UTI ocorreram, principalmente, nos leitos da própria SESDF – 214 casos (70,63%). Outros 87 casos (28,71%) foram hospitalizados em leitos de UTI da rede conveniada (leitos privados); 2 (0,66%) permaneceram internados nas UTIs da rede privada, não conveniada, onde já estavam previamente, visto que, quando houve a disponibilidade de vaga na rede SESDF, a mesma já não era necessária, devido à alta hospitalar.

A temporalidade até o alcance da internação em leito de UTI, Tabela 4, foi medida. Encontrou-se os seguintes resultados:

Tabela 4: Distribuição de frequências referente ao tempo até conseguir leito de UTI das ações judiciais da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, período 2010 a 2015. Brasília, 2017.

Tempo	n	%
1 dia	37	8,45
2 dias	77	17,58
3 dias	54	12,33
4 dias	27	6,16
5 dias	23	5,25
Entre 6 e 10 dias	45	10,27
Entre 11 e 15 dias	17	3,88
Entre 16 e 20 dias	15	3,43
Entre 21 e 30 dias	6	1,37
Internação inicial realizada em UTI Rede Privada, com solicitação posterior de vaga na Rede Pública	2	0,46
Total	303	100,00

Fonte: Elaboração da autora.

Procedeu-se a identificação dos principais motivos pelos quais não houve internação em leitos de UTI. Em 109 casos (79,56%), não houve disponibilidade de vagas; em 25 (18,38%), a indicação da necessidade de internação nos leitos de UTI foi descontinuada, devido à melhora clínica do candidato; em 1 caso (0,74%), a CRIH não conseguiu contatar o médico solicitante da vaga, o que impediu a possibilidade de proceder a classificação de prioridade ou o perfil de unidade solicitada; em 2 casos (1,47%), o procedimento cardíaco requerido não estava disponível, o que tornou incabível a internação em leito de UTI sem a realização do procedimento.

A duração da internação encontrada neste estudo está representada na Tabela 5:

Tabela 5: Distribuição de frequências referente à duração da internação das ações judiciais da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, período 2010 a 2015. Brasília, 2017.

Duração da internação	n	%
Menos que 24 horas	21	6,91
Entre 1 e 7 dias	81	26,65
Entre 7 e 10 dias	25	8,22
Entre 11 e 15 dias	25	8,22

Entre 16 e 20 dias	21	6,91
Entre 21 e 30 dias	40	13,16
Mais que 30 dias	83	27,30
Desconhecido (Internado em Rede Privada)	7	2,31
Total	303	100,00

Fonte: Elaboração da autora.

O principal desfecho encontrado neste estudo foi o óbito, ocorrido em 285 casos (64,77%). Do total dos casos, 109 (24,77%) receberam alta para enfermagem e 12 (2,73%) receberam alta hospitalar.

5.2. Avaliação Prognóstica APACHE II da população acima de 12 anos internada em leitos de UTI da SES/DF

O índice prognóstico APACHE II foi avaliado na população acima de 12 anos internada em leitos de UTI na SES/DF, via mandato judicial e com tempo de internação superior a 24 horas. Nesta avaliação, encontrou-se que 39 casos (24,22%) obtiveram pontuação de 20 a 24 pontos, assim como 39 (24,22%) pontuaram de 15 a 19; 36 (22,39%), de 25 a 29 pontos, e 17 (10,55%) ficaram na faixa de pontuação de 30 a 34 pontos.

Tabela 6: Avaliação APACHE II referente à população efetivamente internada em UTI da SES/DF. Brasília, 2017.

APACHE II	n	%
0-4 pontos	1	0,62%
5-9 pontos	7	4,34%
10-14 pontos	10	6,21%
15-19 pontos	39	24,22%
20-24 pontos	39	24,22%
25-29 pontos	36	22,39%
30-34 pontos	17	10,55%
35-100 pontos	12	7,45%
Total	161	100%

Fonte: Elaboração da autora.

Ao correlacionar a avaliação APACHE II com o tempo de internação, evidenciou-se que o período de internação mais frequente foi maior que 30 dias em 50 casos (30,67%), seguido de 1 a 7 dias, em 45 casos (27,60 %), e de 21 a 30 dias, em 22 casos (13,49%).

Tabela 7: Tempo de internação em UTI segundo a classificação do APACHE II. Brasília, 2017.

APACHE II	Dias de Internação						Total
	1 a 7 dias	8 a 10 dias	11 a 15 dias	16 a 20 dias	21 a 30 dias	Mais de 30 dias	
0 – 4	0	1	0	0	0	0	1
5-9	3	0	1	0	1	2	7
10-14	0	1	3	1	3	2	10
15-19	8	3	5	5	6	12	39
20-24	7	4	2	4	6	16	39
25-29	14	3	4	2	3	10	36
30-34	9	0	1	1	2	4	17
35-100	4	3	1	1	1	2	12
Total	45	15	17	14	22	48	161

Fonte: Elaboração da autora.

Os diagnósticos médicos, quando correlacionados ao APACHE II, considerando o nível de significância de 5%, evidenciaram dependência significativa entre essas duas variáveis. Deixaram notório, também, que a maior parte das doenças associou-se à pontuação de 20-24, 15-19 e 25-29 pontos, respectivamente.

Tabela 8: Diagnósticos médicos relacionados à classificação APACHE II. Brasília, 2017.

DOENÇA	APACHE II							
	0 – 4	5 – 9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-100
Infecções	0	0	0	1	2	0	0	0
Neurológicas e Infecções	0	0	0	1	0	0	0	1
Doenças Respiratórias e Sepses	0	0	0	3	3	1	1	1
Doenças Renais e Sepses	0	0	0	0	3	1	0	1
Doenças Circulatórias e Digestivas	0	0	0	0	0	0	0	1
Doenças Renais e Circulatórias	0	0	0	0	1	0	1	1
Traumas e Sepses	0	0	1	0	1	1	0	0
Traumas diversos	0	0	3	4	2	0	1	0
Doenças Respiratórias e Circulatórias	0	0	1	3	1	8	0	0
Sepses	0	1	0	1	2	0	0	1
Doenças Hepáticas	0	0	0	0	1	1	1	0
Doenças Hematológicas	0	1	0	0	0	0	0	1
Doenças Neurológicas	0	1	2	10	9	6	5	1
Doenças Renais	0	0	0	0	0	1	1	0
Causas Externas	0	3	0	6	4	5	0	0

Neoplasias	1	0	0	2	1	2	2	3
Doenças Digestivas	0	1	2	2	5	3	2	0
Doenças Respiratórias	0	0	1	4	4	3	3	0
Doenças Circulatórias	0	0	0	2	1	2	0	0
Total	1	7	10	39	41	35	17	11

Fonte: Elaboração da autora.

A correlação do índice prognóstico APACHE II com o desfecho dos casos da população estudada mostrou que aqueles com pontuação entre 25 a 29 pontos representaram 28 óbitos (28,86%), e a pontuação de 20 a 24 evidenciou 21 mortos (21,64%) na população internada na UTI da SES/DF.

Tabela 9: Desfecho relacionado à classificação APACHE II. Brasília, 2017.

DESFECHO	APACHE II							
	0 – 4	5 – 9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-100
Alta da UTI para enfermaria	1	6	5	20	16	6	3	1
Alta hospitalar	0	0	0	0	1	1	0	1
Transferência para outra UTI	0	0	0	1	1	1	0	0
Óbito	0	1	5	18	21	28	14	10
Total	1	7	10	39	39	36	17	12

Fonte: Elaboração da autora.

5.3. Análise do perfil da população acima de 12 anos

A análise do perfil da população acima de 12 anos será apresentada nesta seção. Optou-se por analisar separadamente esse grupo populacional tendo em vista o fato de que ele representa 85% da população estudada e demanda as mesmas modalidades de UTI, seguindo os mesmos critérios de priorização pela CRIH. As correlações propostas nesse recorte da população sugeriram fragilidades e/ou potencialidades no processo de busca pela população por um leito intensivo no DF. Para isso, realizou-se correlações que pretenderam evidenciar a significância entre as variáveis. O teste de Qui-Quadrado (X^2) de Pearson foi utilizado com essa finalidade. Esse teste estatístico é realizado quando existem somente variáveis qualitativas categóricas. Para as conclusões de significância, foi utilizado o corte de 5% no p-valor associado aos testes executados.

A variável “diagnóstico médico”, ao ser submetida ao teste X^2 , evidenciou relação de significância com as variáveis “tipo de UTI solicitada”, “prioridade definida pela CRIH” e “se a população conseguiu ser internada em leito de UTI”.

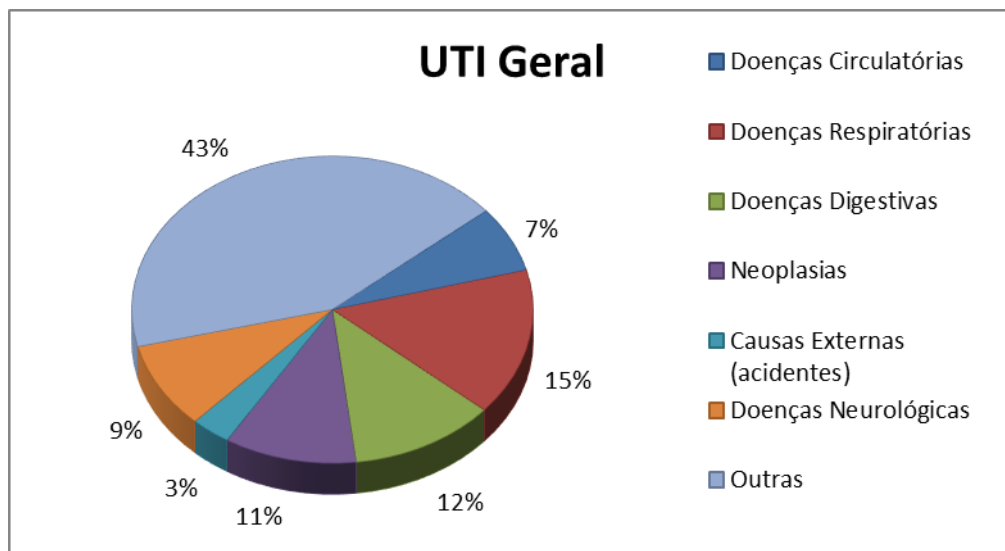
Tabela 10: Relação de significância entre a variável “diagnóstico médico” e as variáveis “tipo de UTI solicitada”, “grau de prioridade” e “se os demandantes foram internados em leito de UTI”. Brasília, 2017.

	Qui-Quad.	g.l.	p-valor
Tipo de UTI	583.28	140	0
Prioridade	59.75	40	0.023
Se conseguiu UTI	44.29	20	0.0014

Fonte: Elaboração da autora.

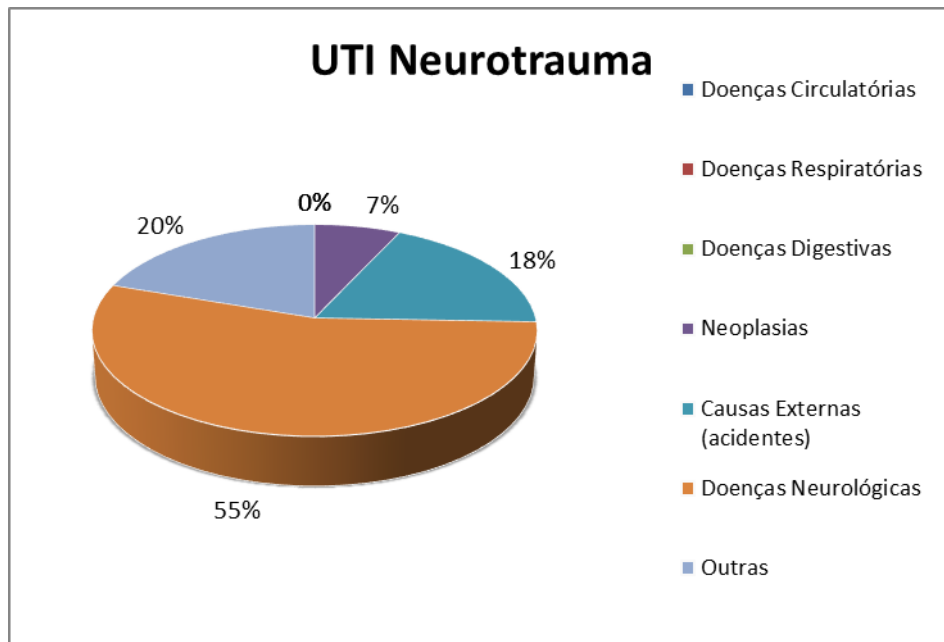
As solicitações por tipo de UTI demonstraram que as unidades mais solicitadas foram geral, 187 casos (50%), seguida de neurotrauma, 86 casos (23%), e de dialítica, 70 casos (19,25%). Na UTI geral (Figura 5), os diagnósticos respiratórios foram os mais frequentes (15%), seguidos dos digestivos (12%) e dos neoplásicos (11%). Na unidade de neurotrauma (Figura 6), as causas mais representativas foram neurológicas (55%), acompanhadas das externas (20%) e das circulatórias (18%). Já as demandas para unidades com suporte dialítico (Figura 7) foram por patologias circulatórias, respiratórias e neurológicas (todas com 6% dos casos). Causas menos representativas foram agrupadas na categoria “outras”.

Figura 5: Diagnósticos médicos relacionados a leitos de UTI geral. Brasília, 2017.



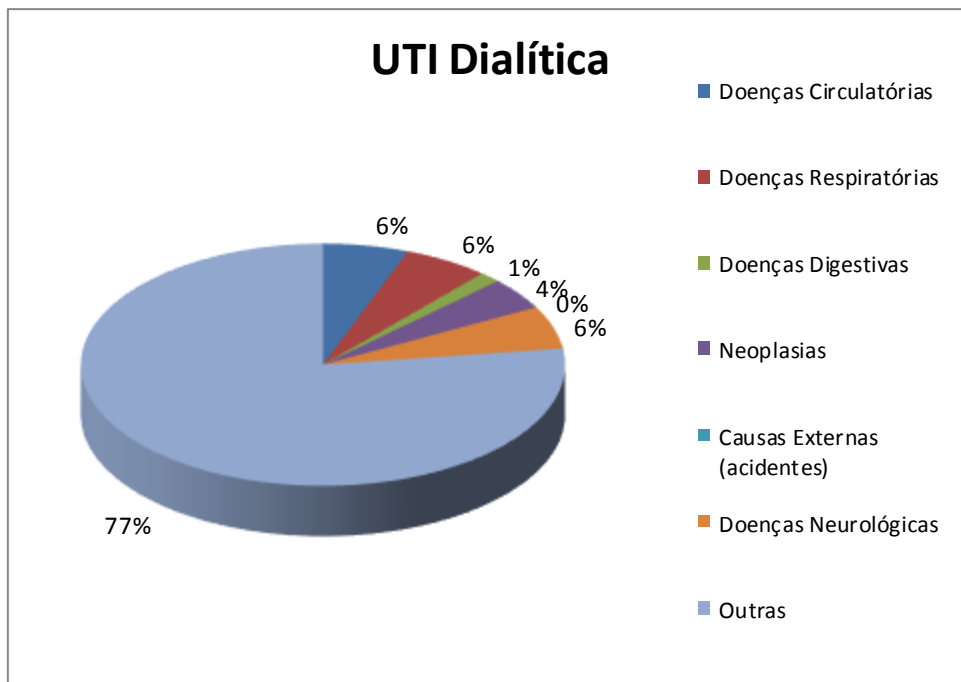
Fonte: Elaboração da autora.

Figura 6 – Diagnósticos médicos relacionados a leitos de UTI Neurotrauma. Brasília, 2017.



Fonte: Elaboração da autora.

Figura 7: Diagnósticos médicos relacionados a leitos de UTI dialítica. Brasília, 2017.

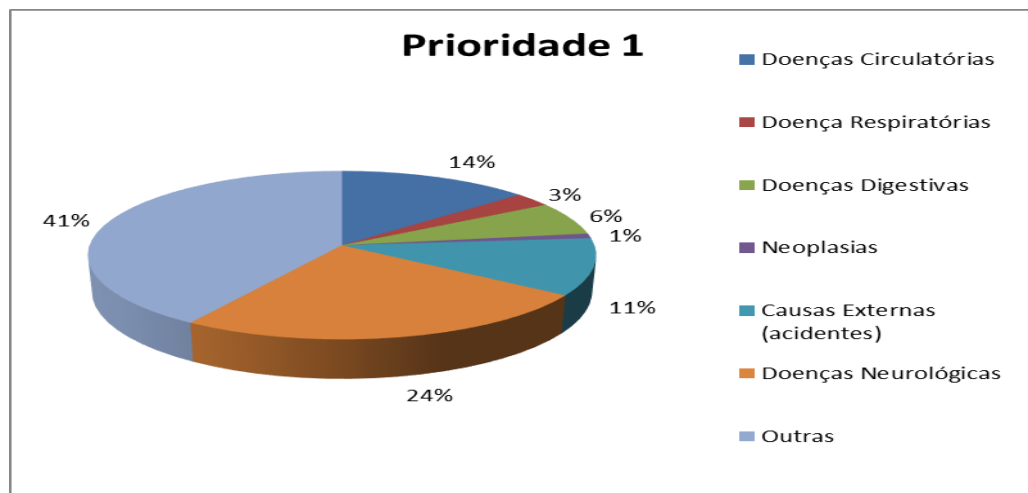


Fonte: Elaboração da autora.

A definição de prioridades realizada pela CRIH revelou que a prioridade 2 foi a mais incidente, com 193 demandas (51,74%), seguida da 1, com 110 (29,4%), e da 3, com 70 casos (18,76%). Na prioridade 1 (Figura 8), as causas mais frequentes foram neurológicas (24%),

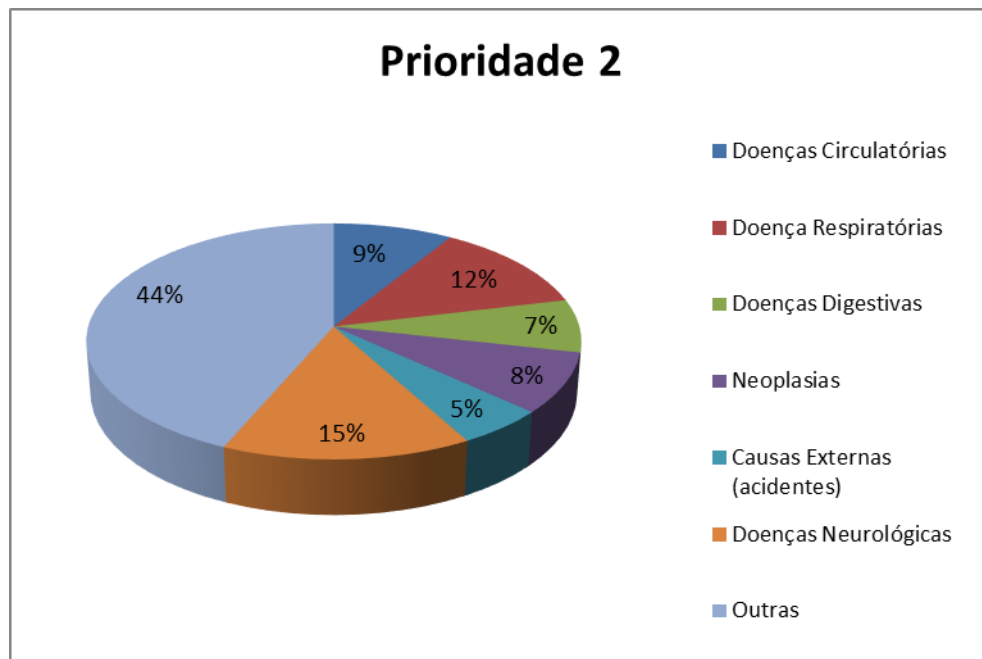
circulatórias (14%) e externas (11%). Na prioridade 2 (Figura 9), as patologias mais representativas foram neurológicas (15%), respiratórias (12%) e circulatórias (9%). Já na prioridade 3 (Figura 10), as doenças neurológicas (19%), neoplásicas (17%) e respiratórias (9%) foram as mais prevalentes.

Figura 8: Diagnósticos médicos classificados como prioridade 1 pela CRIH. Brasília, 2017.



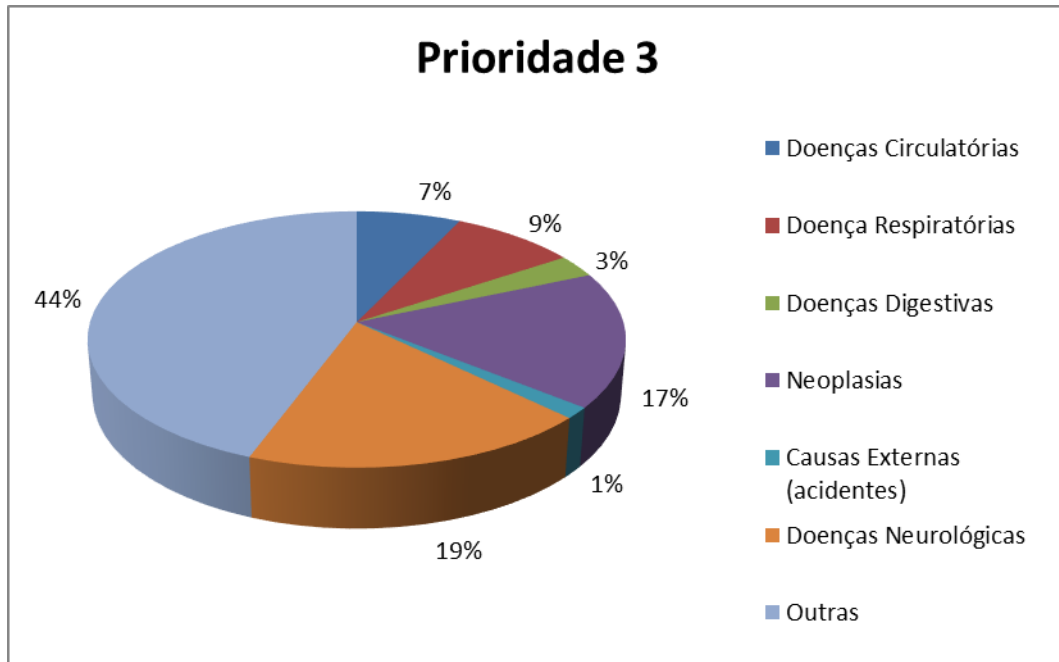
Fonte: Elaboração da autora.

Figura 9: Diagnósticos médicos classificados como prioridade 2 pela CRIH. Brasília, 2017.



Fonte: Elaboração da autora.

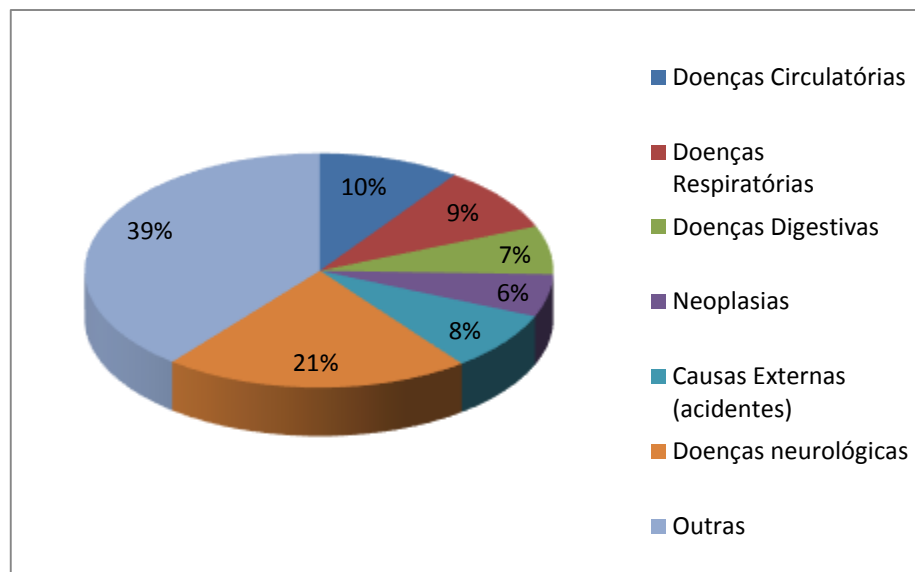
Figura 10: Diagnósticos médicos classificados como prioridade 3 pela CRIH. Brasília, 2017.



Fonte: Elaboração da autora.

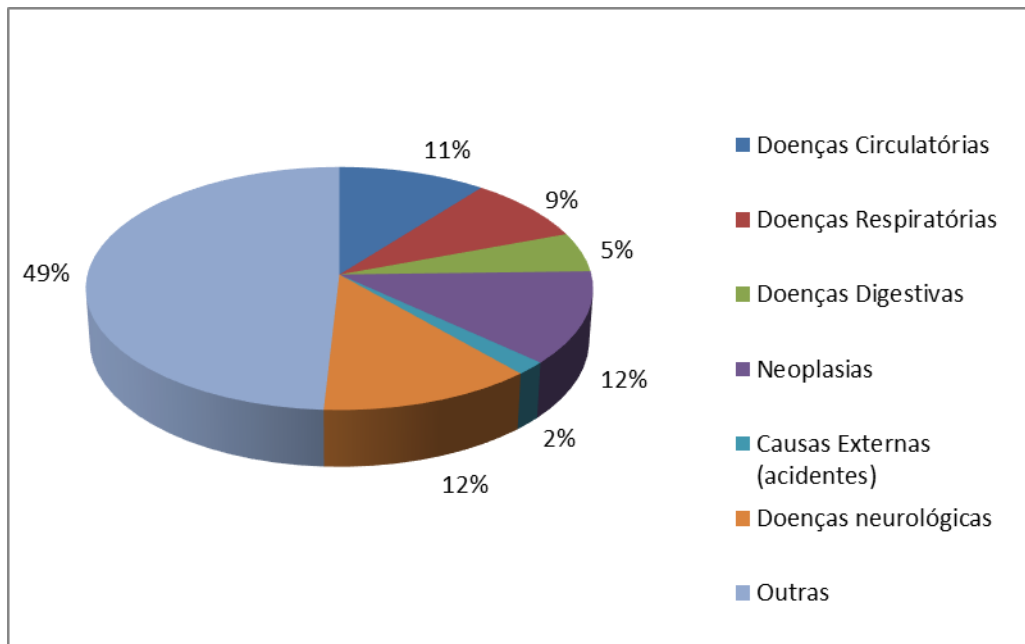
Os números relativos às efetivações das internações em leito de UTI evidenciaram que houve êxito em 259 solicitações (69,43%), enquanto, em 114 (30,56%), o internamento não foi obtido. Em relação às admissões (Figura 11), o diagnóstico mais frequente foi neurológico (21%), acompanhado de circulatório (10%) e de respiratório (9%). No tocante aos que não conseguiram acesso aos leitos de UTI (Figura 12), os diagnósticos mais prevalentes foram doenças neurológicas (12%), neoplásicas (12%) e circulatórias (11%).

Figura 11: Diagnósticos médicos contemplados com internação em leito de UTI. Brasília, 2017.



Fonte: Elaboração da autora.

Figura 12: Diagnósticos médicos não contemplados com internação em leito de UTI. Brasília, 2017.



Fonte: Elaboração da autora.

O tipo de UTI solicitada demonstrou relação de significância, por meio do teste X^2 , com as variáveis “desfecho”, “se conseguiu ser internado em leito de UTI” e “duração da internação”.

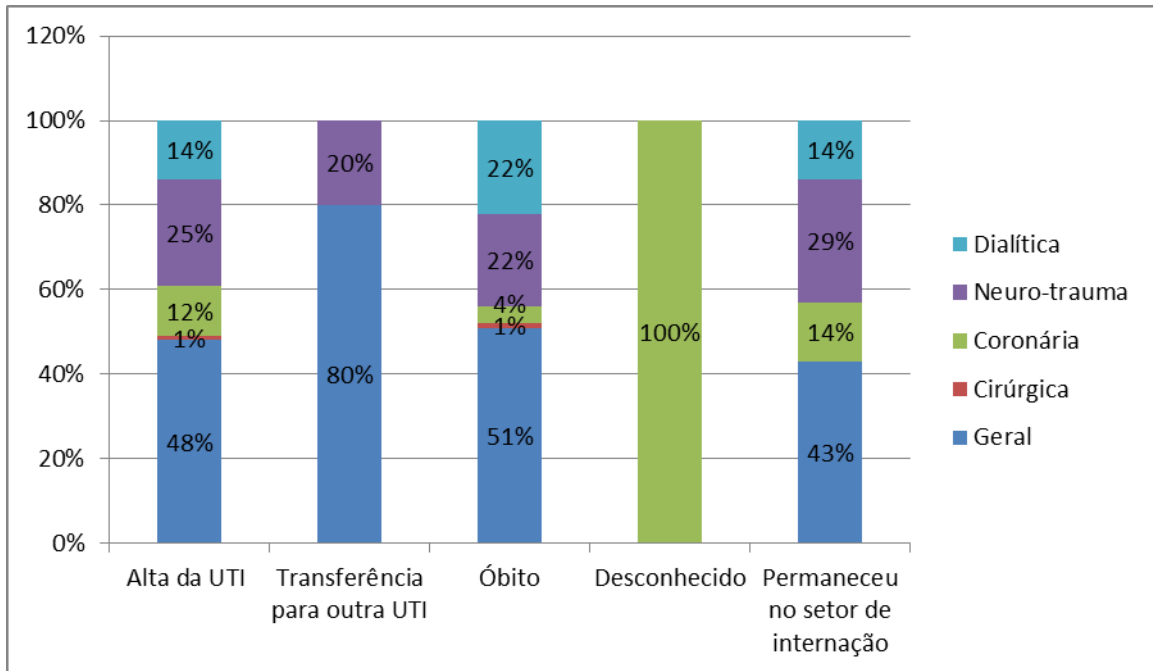
Tabela 11: Relação de significância entre a variável “tipo de UTI” e as variáveis “duração da internação”, “se conseguiu ser internado em leito de UTI”. Brasília, 2017.

	Qui-Quad.	g.l.	p-valor
Desfecho	147.56	35	0
Se conseguiu UTI	17.21	7	0.0161
Duração da internação	85.31	42	1e-04

Fonte: Elaboração da autora.

O desfecho do processo (Figura 13) demonstrou que o óbito ocorreu principalmente na UTI geral (51%), no neurotrauma (22%) e com suporte dialítico (22%). É relevante destacar que o desfecho “alta da UTI” foi mais incidente nas mesmas unidades com alta mortalidade. Os valores encontrados foram 48%, 25% e 14%, respectivamente, para as UTI’s geral, neurotrauma e com suporte dialítico.

Figura 13: Desfecho dos casos relacionado ao tipo de UTI. Brasília, 2017.

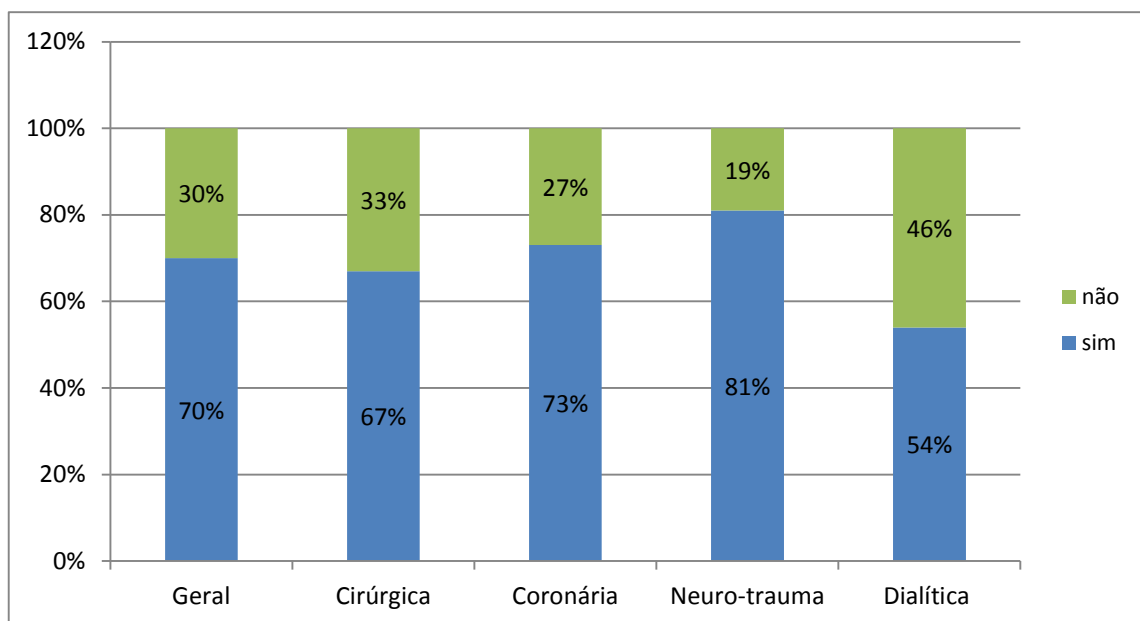


*Desconhecido – no presente estudo, consideram-se desconhecidos todos os casos internados em UTI da rede conveniada da SES/DF, aos quais não foi possível acesso para obtenção de informações.

Fonte: Elaborado pela autora.

O acesso ao leito de UTI por tipo de unidade solicitada (Figura 14) revelou que a população que necessitava de vaga em neurotrauma (81%), coronária (73%) e geral (70%) obteve maior êxito nas solicitações.

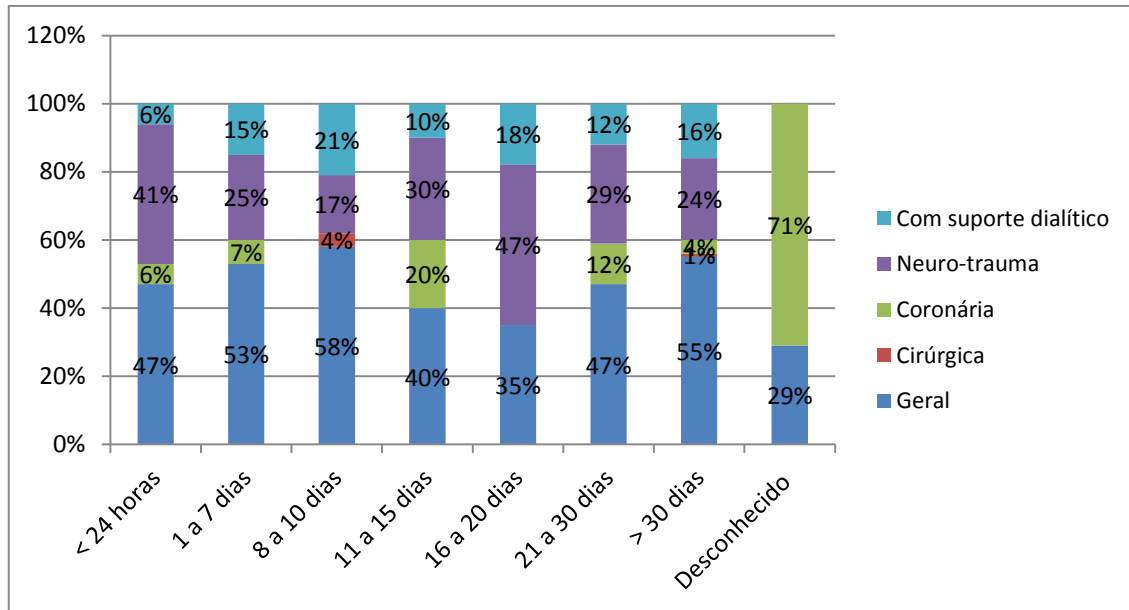
Figura 14: Tipo de UTI relacionada à efetivação da internação em leito intensivo. Brasília, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

A duração da internação por tipo de UTI (Figura 15) demonstrou que o tempo de internamento foi heterogêneo para todos os tipos de unidades. É relevante destacar que 7% das 259 internações permaneceram internadas menos de 24 horas; destas, 47% em leito geral e 41% em vaga de neurotrauma. Ademais, 27,41% das 259 internações permaneceram mais de 30 dias internados; destas, 55% estavam em leitos gerais e 24% em vagas de neurotrauma.

Figura 15: Duração da internação por tipo de UTI. Brasília, 2017.



*Desconhecido – entende-se por desconhecidos todos os pacientes que foram internados em UTI da rede conveniada da SES/DF.

Fonte: Elaborado pela autora.

O teste X^2 comprovou que há relação de significância entre a prioridade definida pela CRIH e o tipo de UTI solicitada (Tabela 12).

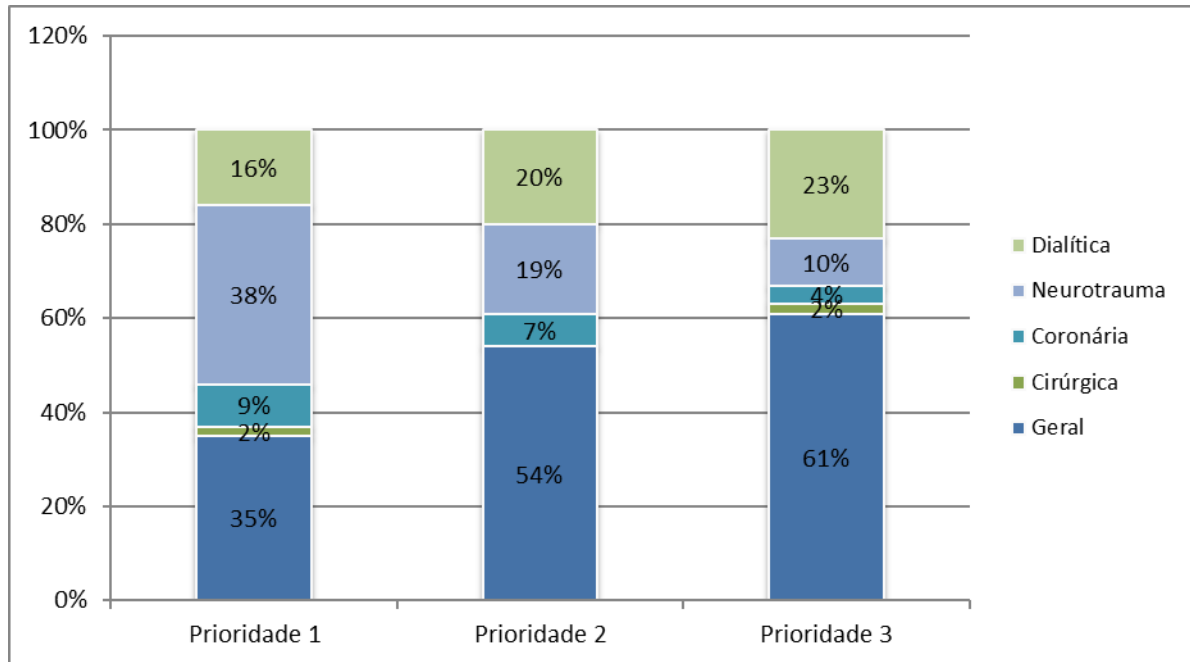
Tabela 12: Relação de significância entre a prioridade definida pela CRIH e o tipo de UTI. Brasília, 2017.

	Qui-Quad.	g.l.	p-valor
Tipo de UTI	36.59	14	9e-04

Fonte: Elaboração da autora.

A prioridade 1 foi atribuída pela CRIH a 38% dos casos que requeriam UTI neurotrauma. Foram classificados como “2” 54% das solicitações que estavam relacionadas à necessidade de UTI geral. A classificação 3 evidenciou que 61% das solicitações eram para leitos gerais (Figura 16).

Figura 16: Tipo de UTI relacionado à prioridade definida pela CRIH. Brasília, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

A obtenção do pleito judicial de conseguir ser internado em leito de UTI no DF evidenciou relação de significância no teste X^2 com a variável “desfecho”.

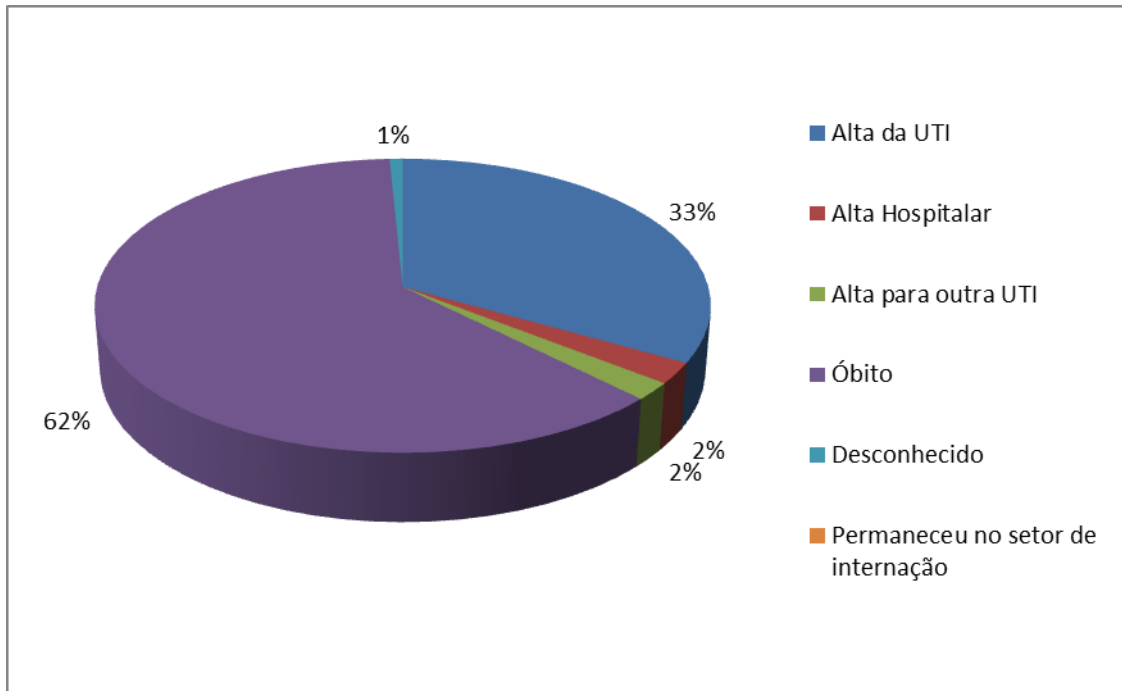
Tabela 13: Relação de significância entre a variável “desfecho” e a variável “se os demandantes foram internados em leito de UTI”. Brasília, 2017.

	Qui-Quad.	g.l.	p-valor
Desfecho	76.16	5	0

Fonte: Elaboração da autora.

Em relação aos desfechos previstos (Figura 17), a análise demonstrou que 62% dos casos que conseguiram ser internados em leito de UTI evoluíram para óbito, e que 33% receberam alta da UTI.

Figura 17: Desfecho relacionado à efetiva internação em leito intensivo. Brasília, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

Não conseguir internação em leito de UTI também apresentou relação de significância, no teste X^2 , com a variável “desfecho”.

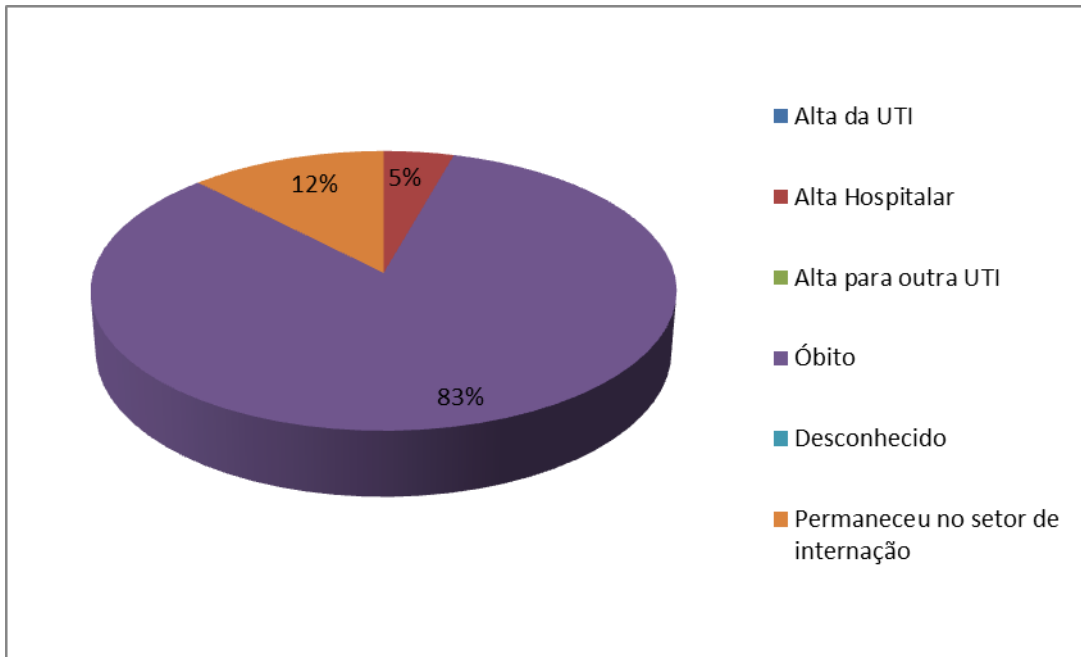
Tabela 14: Relação de significância entre a variável “desfecho” e a variável “se os demandantes foram internados em leito de UTI”. Brasília, 2017.

	Qui-Quad.	g.l.	p-valor
Desfecho	134.9	6	0

Fonte: Elaboração da autora.

A indisponibilidade de leito de UTI (Figura 18) resultou no óbito de 83% dos casos, sendo que 12% permaneceram na enfermaria na qual estavam internados e 5% receberam alta hospitalar.

Figura 18: Desfecho relacionado à não internação em leito intensivo. Brasília, 2017.



Fonte: Elaboração da autora.

O teste X^2 demonstrou que há relação de significância entre o tempo de internação e o desfecho, no caso da população estudada (Tabela 15).

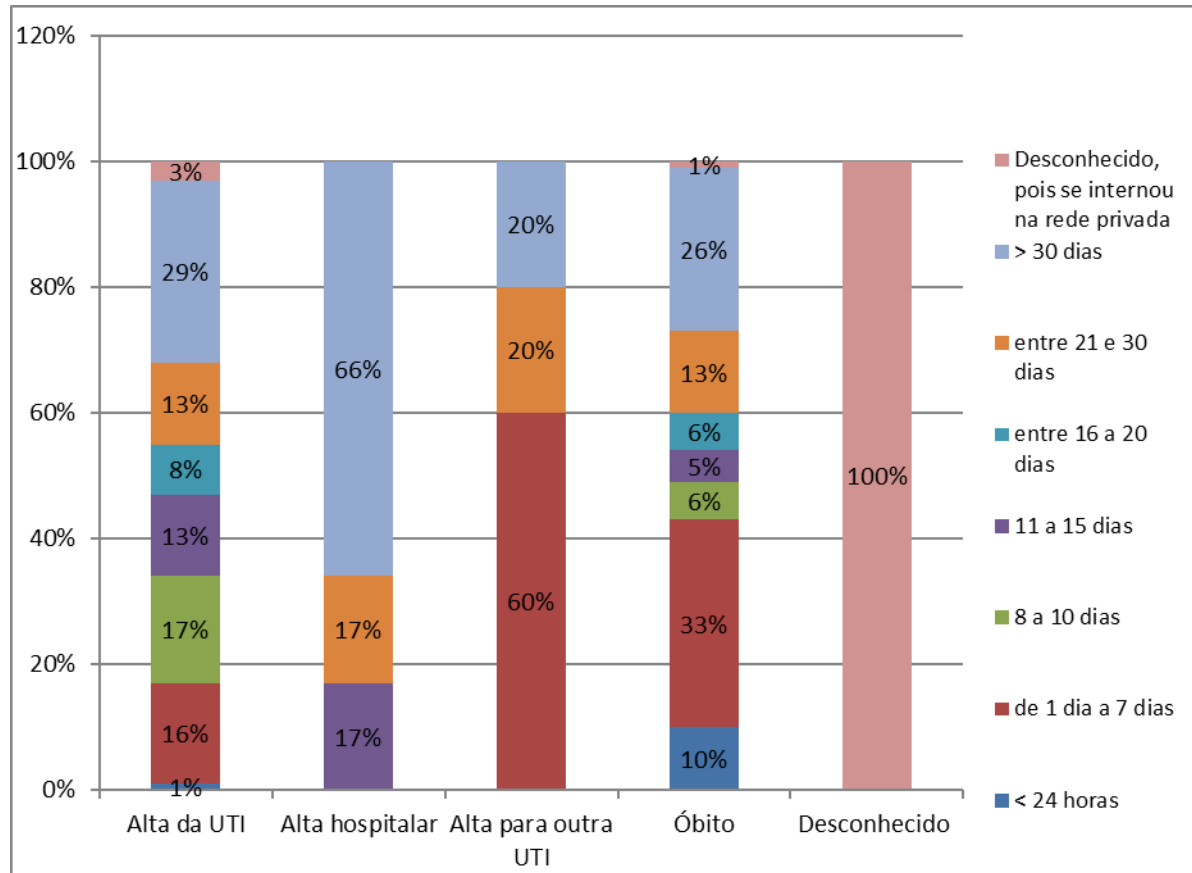
Tabela 15: Relação de significância entre a variável “desfecho” e a variável “duração da internação”. Brasília, 2017.

	Qui-Quad.	g.l.	p-valor
Desfecho	108	28	0

Fonte: Elaboração da autora.

O desfecho mais encontrado, ou seja, o óbito, quando correlacionado ao tempo de internação (Figura 19), resultou no seguinte perfil: 33% dos que morreram estavam internados com intervalo de tempo de 1 a 7 dias, 26% com mais de 30 dias, 13% entre 21 a 30 dias e 10% há menos de 24 horas. Já em relação ao desfecho “alta da UTI”, 29% dos que saíram da unidade permaneceram internados por mais de 30 dias, assim como 66% dos que tiveram alta hospitalar também ficaram hospitalizados na UTI por 30 dias.

Figura 19: Desfecho relacionado à duração da internação. Brasília, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo forneceu uma ideia do cenário das ações judiciais relacionadas à solicitação de acesso a leitos de UTI no DF. Evidenciou que pedidos de vaga para essa modalidade de internação pela via judicial são uma realidade vivenciada diariamente nesta Unidade da Federação. Estudos realizados nos últimos 12 anos no DF demonstraram um quantitativo expressivo de ações requerendo acesso a leitos de UTI. Estudo realizado na Segunda Vara de Fazenda Pública encontrou que 66% dos 385 processos analisados, entre 2005 e 2010, referiam-se a essa temática (DINIZ, 2014). Outra pesquisa que buscava conhecer o panorama da judicialização da saúde no DF no ano de 2015 encontrou que 34,7% das 375 ações analisadas tinham esse objetivo (NASCIMENTO, 2015).

O quantitativo de demandas judiciais por ano pesquisado apresentou uma maior predominância nos anos de 2013 e de 2014, enquanto o ano de 2015 mostrou um quantitativo menor, pois o corte da pesquisa referiu-se ao período que contemplava até 31 de junho. Ressalta-se, ainda, que os anos de 2010 e de 2011, apesar de estarem contidos na busca realizada no TJDF, não apresentaram, na Primeira Vara de Fazenda Pública, nenhum processo na temática “acesso a leito de UTI”.

A caracterização da população estudada revelou uma predominância do sexo masculino, presente em 57,14% dos casos. Estudos que diferenciaram demandantes de ações judiciais demonstraram que não há uma uniformização referente ao sexo. Essa é uma demanda que pode partir tanto de homens quanto de mulheres (NUNES, 2016; PEPE, 2010; DINIZ, 2014; CABRAL, 2015; PINTO, 2015; NASCIMENTO, 2015; GOMES, 2014; DELALIBERA, 2013; OLIVEIRA, 2014).

A faixa etária predominante na população demandante foi de 71 a 80 anos (18,60% dos pleitos). O perfil etário nacional no tocante à judicialização da saúde varia de recém-nascidos a 101 anos, com maior prevalência na população acima de 50 anos (GOMES, 2014; OLIVEIRA, 2014; NUNES, 2016; DINIZ, 2014).

O local de residência da população estudada demonstrou que cerca de 80% das solicitações foram demandadas por residentes do DF. Esse cenário vai de encontro à disponibilidade de leitos de UTI SUS, ou seja, nessa modalidade de internação, não há quantitativo suficiente de camas para a demanda da população nesta Unidade da Federação (BRASIL, 2014). Os demais 20% da população são residentes de regiões localizadas geograficamente fora do DF, sugerindo a necessidade de discussões sobre o uso de recursos públicos entre os distintos Estados no Brasil.

A origem do processo informou que o principal acesso à via judiciária no DF, no presente estudo, deu-se por meio da Defensoria Pública (98,86% dos processos). No Brasil, há uma teoria de que o fenômeno da judicialização da saúde é um movimento das elites (MEDEIROS, 2013; BARREIRO, 2015). Contudo, percebeu-se que grande parte dos estudos que traçaram o perfil de demandantes da via judiciária demonstraram que a Defensoria Pública é a principal via de acesso, com percentuais de 62% (PINTO, 2015), 83% (NUNES, 2016), 93,54% (DELALIBERA, 2013), 94,1% (NASCIMENTO, 2015) e 95% (DINIZ, 2014). É válido destacar, ainda, que estudos específicos sobre a obtenção de medicamentos por via judicial revelaram elevada incidência de acesso por meio de escritórios de advocacia particulares. Pesquisa realizada por Nunes (2016), que analisou 660 ações, demonstrou que 68,4% foram impetradas por advogados particulares. Outro estudo realizado por Cabral (2015) encontrou que 56,32% das 87 petições para fornecimento de fármaco eram provenientes de defensores particulares.

Dos relatórios médicos, componente obrigatório da documentação constante no processo por via judicial, 98,18% foram provenientes de serviços públicos de saúde. Os dados encontrados vão ao encontro dos resultados de pesquisas que tratam sobre a judicialização da saúde no Brasil, com percentuais de 70% (CABRAL, 2015), 76% (NUNES, 2016) e 85% (DINIZ, 2014).

A argumentação dos requerentes baseou-se nos direitos garantidos pela CF, essencialmente porque a necessidade de UTI remete à solicitação em caráter de urgência. O tempo decorrido entre a requisição de acesso ao leito e a efetiva internação pode representar risco iminente de morte (PEPE, 2010; DELALIBERA, 2013). Estudo realizado no DF por Diniz (2014) também evidenciou os mesmos argumentos: direito à saúde, risco de vida, direito à vida, risco de dano irreparável ou de difícil recuperação e insuficiência de renda.

As solicitações jurídicas de acesso à internação em leitos de UTI classificaram-se como “demandas de emergência”. Com isso, a argumentação do Poder Público embasou-se em grave estado de saúde, direito à saúde, dever do Estado, carência de recursos financeiros do demandante para custear tratamento, direito à vida e indisponibilidade de leitos. Em outros processos de judicialização da saúde, como os de acesso a medicamentos, por exemplo, a decisão favorável dos juristas enquadrou-se em argumentos semelhantes: urgência do pedido diante da alegação de risco de dano irreparável à saúde, dever do Estado em garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (PEPE, 2010; DELALIBERA, 2013).

O perfil das solicitações referentes ao bem demandado é diversificado, incluindo-se acesso a medicamento, insumo, intervenção cirúrgica e internação hospitalar, abarcando,

especificamente, leitos de UTI. Não há uma isonomia nacional entre os tipos de ação, contudo, percebeu-se, por meio das publicações nacionais, que há demandas elevadas quanto ao alcance de medicamentos, como no estudo de Nunes (2016), que demonstrou que 66,5% das causas analisadas referiam-se a essa demanda. Do mesmo modo, a pesquisa de Pinto (2015) revelou que 42% das petições analisadas buscavam acesso a um fármaco específico. Ademais, a busca por acesso a leito de UTI vem crescendo, vez que o cenário de envelhecimento populacional e de adoecimento da população por enfermidades crônico-degenerativas está se incrementando. O consequente agravamento dos casos gera a necessidade de assistência intensiva à saúde (FAVARIN, 2012; PALOMBA, 2015). Destarte, estudos nacionais destacaram a busca judicial de acesso a essa modalidade de atenção hospitalar específica com percentuais expressivos: 14,2% (NASCIMENTO, 2015), 34,7% (GOMES, 2014) e 66% (DINIZ, 2014).

A população estudada nesta pesquisa obteve decisão liminar favorável em 100% dos casos. Nacionalmente, o Poder Público vem acatando as solicitações da população com índices expressivos: 70% (DINIZ, 2014), 71% (GOMES, 2014), 82% (PINTO, 2015), 91,4% (NUNES, 2016), 93,1% (CABRAL, 2015), 97,3% (NASCIMENTO, 2015) e 100% (PEPE, 2010; DELALIBERA, 2013).

Após a decisão inicial favorável, podem surgir circunstâncias nas quais essa decisão não é cumprida. Essas situações são percebidas como descumprimento da decisão liminar. Nos casos de acesso à UTI, elas ocorrem, geralmente, pela indisponibilidade de leito. Assim, a população demandante aciona novamente a via jurídica por meio de um procedimento denominado “agravo”. Nesta pesquisa, encontrou-se que, em 32,73% dos casos, houve agravo e, destes, 70,83% conseguiram ser internados.

Em relação ao diagnóstico médico da população estudada, destacaram-se as doenças neurológicas (16,33%), respiratórias (11,79%) e circulatórias (9,75%). Comparando esses resultados com os demais estudos nacionais sobre judicialização da saúde, percebeu-se que há grande diversidade de diagnósticos. Essa multiplicidade de causas pode ser justificada pelas distintas possibilidades de solicitações feitas ao judiciário (NUNES, 2016; PEPE, 2010; DINIZ, 2014; CABRAL, 2015; GOMES, 2014). Cabe destacar que, conforme Diniz (2014), os demandantes de leitos de UTI no DF, entre 2005 e 2010, possuíam como principais diagnósticos enfermidades circulatórias (29%) e respiratórias (24%).

O perfil da UTI solicitada é um fator limitador na celeridade do cumprimento das decisões favoráveis ao demandante. Há perfis de maior ou de menor complexidade e unidades com especificidades diferenciadas. No presente estudo, os pedidos de acesso às unidades com

perfil neurológico e com suporte dialítico somaram 36,05% dos pleitos. Comparando-se as petições da população deste estudo aos tipos de UTI SUS do DF, percebeu-se que o tempo de espera na fila da CRIH pode ser mais longo em decorrência do tipo de UTI necessária.

Os pedidos judiciais de acesso a leitos de UTI, assim como as solicitações administrativas, são inseridos na lista da CRIH. Cada caso é avaliado pelo médico regulador e recebe uma classificação de prioridade. No período estudado, a classificação de prioridade variou de 1 a 4, sendo 1 a mais urgente. É válido destacar que, em agosto de 2015, houve alteração da classificação das prioridades pela SESDF (Portaria 200/2015), e que esta não foi empregada neste estudo, devido ao fato de que o corte temporal do mesmo ocorreu em 31 de junho de 2015. Na população estudada, houve predominância da classificação 2 (50,56%), que contempla pacientes sem instabilidade, mas que necessitam de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação e/ou potencial necessidade de intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estabelecido para pacientes classificados como 2 (Portaria SESDF 200, de 2015).

Os estudos presentes na literatura demonstraram heterogeneidade em relação às prioridades atribuídas pelas CRIH. Junior (2014) revelou que 43,92% da população que estudou foi classificada como prioridade 1. Outra pesquisa realizada em uma sala de emergências com 28 pacientes que aguardavam vaga em UTI encontrou resultado similar ao presente estudo, com prioridade 2 predominante (CARNEIRO, 2013). No estudo de Caldeira (2010) a principal classificação também foi 2 (52,4% de uma população de 359 indivíduos).

O uso da via judiciária pela população pesquisada demonstrou que, no DF, essa conduta ocorreu em um prazo relativamente curto, visto que 50,22% das ações efetivaram-se em até um dia, e, 22,42%, em dois dias. Os dados encontrados corroboram para que o fluxo jurídico, e principalmente o acesso à Defensoria Pública do DF, contribua para a efetivação do acesso ao direito à saúde (NUNES, 2016; DINIZ, 2014; PEPE, 2010; CABRAL, 2015; DELALIBERA, 2013; PINTO, 2015; GOMES, 2014; NASCIMENTO, 2015).

Referente à população estudada, a efetivação da internação em UTI revelou que 68,41% dos demandantes conseguiram acesso ao leito requerido. Salienta-se que 0,45% dos solicitantes conseguiu acessar a vaga, contudo, em tipo de UTI diferente do pedido. O resultado demonstra a fragilidade do acesso universal e integral aos serviços de saúde do SUS no DF (ASSIS, 2012; BARBIANI, 2014; MIRANDA, 2017), uma vez que cerca de 32% da população estudada não conseguiu a vaga solicitada.

A internação dessa população ocorreu tanto em leitos próprios da SESDF quanto em vagas conveniadas. As unidades da SESDF internaram a maioria dos demandantes (70,63%).

As demais hospitalizações ocorreram na rede conveniada/contratada (28,71%). Cabe destacar, aqui, a relevante discussão sobre recursos financeiros, pois, apesar de a rede conveniada/contratada contribuir para o cumprimento das obrigações do Estado diante da população, facilitando o internamento, é necessário ter transparência nesse processo, visto que os leitos conveniados/contratados são custeados com recursos públicos (LIMA, 2008).

O tempo de espera até o alcance da internação em UTI foi de dois dias, em 17,58% dos casos; três dias, em 12,33%; e entre seis e 10 dias, em 10,27% dos pleitos. Destaca-se que 4,8% da população estudada esperou mais de 15 dias para conseguir um leito de UTI. O estudo de Cardoso (2011) orientou que a entrada nessas unidades ocorra, preferencialmente, em até 72 horas, visto que a internação tardia pode agravar o quadro clínico, prolongar o tratamento hospitalar e elevar a mortalidade em até cinco vezes. O tempo médio de espera entre a solicitação, por via judicial, e a hospitalização foi de 138 horas. O referido intervalo temporal é 23 vezes superior ao limite máximo ideal de até seis horas, estabelecido por estudo realizado pela Universidade de Chicago (CHURPEK, 2013).

Os não contemplados com leitos de UTI representaram 31,13% da população. Entre as principais motivações para a negativa, incluíram-se falta de vagas de UTI, em 79,56% dos casos, e melhora clínica, para 18,38% dos solicitantes. A perda da indicação de UTI por melhora clínica pode sugerir indicação por precaução, mas também estar relacionada ao tempo de espera por uma vaga. A indisponibilidade de leitos de UTI pela SESDF motivou auditoria realizada pelo TCDF em 2014. Essa inspeção orientou a tomada de diversas providências para mudar o cenário encontrado à época (BRASIL, 2014).

O tempo médio de internação nas UTI brasileiras varia entre um e seis dias, de acordo com o 2º Censo Brasileiro de UTI. Entre a população estudada que alcançou o direito de hospitalização em UTI, 27,30% dos casos permaneceram mais de 30 dias internados, 26,65% entre um e sete dias e 13,16% entre 21 e 30 dias. O excessivo tempo de permanência nas unidades intensivas da SESDF, segundo relatório do TCDF (BRASIL, 2014), está relacionado aos problemas de gestão e à não regulação completa dos leitos gerais e de UTI disponíveis nesta Unidade da Federação. Pode-se entender como motivação para extensão do tempo de internação o perfil de gravidade dos casos, a presença de doenças crônico-degenerativas, o uso de ventilação mecânica, os procedimentos invasivos, a existência de eventos adversos, o ingresso de pessoas com perfil paliativo ou sem indicação de UTI e o atraso na admissão (ROQUE, 2016; BACKES, 2012; CALDEIRA, 2010; PESSINI, 2016; MORITZ, 2009; FAVARIN, 2012; PALOMBA, 2015).

Em relação ao desfecho, 64,77% da população estudada evoluiu para o óbito. Outra pesquisa realizada no DF encontrou 14,93% de mortes em uma população de 385 casos.

Índice prognóstico avaliado

A classificação APACHE II da população acima de 12 anos admitida nas UTI da SESDF evidenciou, entre as maiores pontuações, incidência de 24,22% dos casos com pontuação de 20 a 24 e de 15 a 19 pontos. Essas pontuações representam risco de mortalidade de 40% e de 24%, respectivamente. O APACHE II foi aplicado em outras UTI brasileiras. Pesquisa com 31 pacientes em uma UTI geral encontrou pontuação mediana igual a 25 (HISSA, 2011). Outra revelou valor médio 16,15 +/- 8,85 ao analisar 350 pacientes idosos (ALVES, 2009). Em uma UTI clínico/cirúrgica, a avaliação de 401 pacientes demonstrou pontuação média de 12,0 +/- 5,6 (OLIVIERA, 2010). Escore acima de 35 pontos foi observado em uma amostra de 67 pacientes em UTI clínico/cirúrgica na mesma localização geográfica da presente pesquisa (SOUSA, 2011). Estudos internacionais realizados na Bélgica, China, Sérvia, Austrália e Espanha encontraram os seguintes valores no APACHE II *versus* número de casos avaliados: 13,5 +/- 5.8 (102 casos), 10,4 +/- 5.5 (981 casos), 22,2 +/- 6.0 (60 casos), 7.7 (9549 casos) e > 25 (142.859 casos) (YI BIAN, 2015; XING, 2015; SEKULIC, 2015; HO, 2016; OLAECHEA, 2015).

O tempo de internação predominante foi maior que 30 dias em praticamente todas as classificações APACHE II desta pesquisa, com exceção da faixa entre 25-29 pontos, na qual o tempo de internação mais incidente foi o de um a sete dias. Estudos que avaliaram esse índice prognóstico mostraram tempo de hospitalização bem inferior ao encontrado na presente pesquisa. Os períodos de internação desses estudos variaram entre 5,56 +/- 9,68; 7,82 +/- 10,8; 8,9 +/- 6,4 dias (ALVES, 2009; OLIVEIRA, 2010; YI BIAN, 2015).

Os diagnósticos médicos mais encontrados na faixa de pontuação APACHE II de 15 a 19 pontos foram os de doenças neurológicas. No contexto de casos avaliados pelo índice em outros estudos, verificou-se perfil diferente, com predominância de doenças coronarianas e respiratórias (HISSA, 2013; ALVES, 2009; HO, 2016; OLAECHEA, 2015; SOUZA, 2011). Há, ainda, relatos de diagnósticos relacionados à sepse e ao acometimento gastrointestinal (SEKUCI, 2015; CARDOSO, 2011).

O óbito foi o principal desfecho, nesta pesquisa, na classificação APACHE II de 25 a 29 pontos, com mortalidade de 64,77% dos demandantes. Percebeu-se, na literatura, que há variação das taxas de mortalidade em UTI adulto de acordo com o tipo de unidade e de

especialidade médica. No Brasil, alguns estudos apresentaram taxas de mortalidade de 13,46%, 28% e 50,74% da população avaliada (ALVES, 2009; OLIVEIRA, 2010; SOUSA, 2011). Enquanto isso, fora do país, há pesquisas que relatam taxas de 9,8% (Bélgica), 11,4% (Espanha), 13,3% (Austrália) e 45% (Sérvia) (HISSA, 2013; ALVES, 2009; HO, 2016; OLAECHEA, 2015; SOUZA, 2011). É válido ressaltar que, em pesquisa realizada no DF em UTI clínico/cirúrgica, 2011, encontrou-se taxa de mortalidade associada à classificação APACHE II acima de 35 pontos de 70,27% dos 67 pacientes analisados (SOUSA, 2010).

Correlações da população acima de 12 anos

O perfil referente às correlações da população acima de 12 anos relacionadas ao tipo de UTI e às doenças mais prevalentes evidenciou que o direcionamento efetuado pela CRIH vai ao encontro das especificidades de cada tipo de unidade. Assim, doenças respiratórias, digestivas e neoplásicas foram encaminhadas à UTI geral, e doenças neurológicas, circulatórias e de causas externas (traumas no trânsito, tentativas de homicídio e quedas) foram enviadas para UTI com suporte neurológico.

Na avaliação CRIH do presente estudo, a prioridade 2 foi a mais frequente. Seguiu-se a essa as classificações 1 e 3. Ao correlacionar os graus de prioridade aos diagnósticos médicos, percebeu-se que, nos três graus de prioridade, as enfermidades neurológicas foram as mais presentes. Pesquisa de Caldeira (2010) apresentou um perfil divergente, no qual a maior parte da população avaliada apresentou, em todos os graus de prioridade definidos, doença cardiovascular.

É válido ressaltar que, no presente estudo, inseridas nas causas neurológicas estão as causas externas, como os traumas ocorridos no trânsito e os tumores cerebrais. Nas causas circulatórias, foram incluídos o acidente vascular cerebral (AVC), as hemorragias subaracnóide e intracerebrais e outras doenças cerebrovasculares. Ademais, o perfil das solicitações vai ao encontro do perfil de mortalidade do Distrito Federal, referente ao ano de 2015 (DATASUS), que demonstrou que as principais causas de óbito, segundo o capítulo CID-10, foram doenças circulatórias, neoplasias e causas externas.

A efetiva internação correlacionada ao diagnóstico médico da população estudada ratificou que os contemplados com internação em leito intensivo possuíam diagnósticos neurológicos, circulatórios e respiratórios. É relevante destacar que grande parte da população pesquisada, com doenças neoplásicas, não obteve acesso à internação em UTI. Destaca-se que, no caso de doenças neoplásicas, a indicação para internação em leito intensivo é, em

muitos casos, questionável, devido à alta incidência de doentes com perfil para cuidados paliativos sendo encaminhados a vagas de UTI (BARROS, 2012).

Realizou-se correlação entre o tipo de UTI no qual a população foi internada e o seu desfecho. Os dados evidenciaram que tanto o óbito quanto a alta da UTI foram mais prevalentes nas unidades geral, neurotrauma e dialítica. Outra análise realizada via correlação demonstrou que a duração da internação por tipo de UTI é heterogênea, variando de menos de 24 horas até mais de 30 dias. Na literatura nacional, há relatos de tempo de internação variando entre 4,4 a 28,8 dias (CALDEIRA, 2010), 5,56 (+/- 9,68) de acordo com Alves (2009), e 8,2 (+/- 10,8), segundo Oliveira (2010).

O tipo de UTI correlacionado ao grau de prioridade definido pela CRIH evidenciou que a UTI geral foi a mais requisitada na população priorizada como 1 e 3, e a UTI neurotrauma na prioridade 2. Nesse sentido, é salutar para a população do DF a realização de um estudo que trace o perfil das UTI mais requisitadas, tendo em vista o padrão de morbimortalidade da população, além do quantitativo de leitos a serem disponibilizados a essa população.

A internação em UTI após judicialização resultou em elevada mortalidade na população estudada (62%). Junior (2014), ao analisar o desfecho da população que conseguiu ser internada em leito intensivo via CRIH, em Fortaleza, também encontrou elevada mortalidade. É possível inferir que o elevado índice de mortalidade observado na presente pesquisa pode ser explicado pela gravidade dos casos, que foi mensurada por meio da análise do índice prognóstico APACHE II e pelo tempo de espera até conseguir o acesso ao leito, que é descrito na literatura como um fator de risco para aumento da mortalidade (PIÉRARD, 2011; CHECKLEY, 2012).

A população que permaneceu na fila de espera por um leito de UTI no DF, mesmo com liminar judicial, em maioria, evoluiu para o óbito (87% dos casos). Caldeira (2010) relatou que 52,8% dos demandantes morreram aguardando vaga em UTI. Junior (2014) também demonstrou que mais de 30% dos sujeitos que aguardavam vaga intensiva evoluíram para o óbito.

Os resultados encontrados nesta pesquisa permitem fazer algumas constatações em relação ao acesso a leitos de UTI no DF. Não há quantidade de vagas de UTI suficiente (TCDF, 2014). Os leitos especializados não estão disponíveis de acordo com o perfil de adoecimento da população do DF (SESDF, 2017). Dado isso, sempre haverá pessoas aguardando na fila por uma vaga intensiva. Constata-se, então, um cenário de recurso escasso. Essa é uma realidade frequente na maioria dos sistemas públicos de saúde (ABRAMOVICH,

2008; REVEIZ, 2012), o que ocorre também com o SUS, vez que não há uma fonte de recursos ilimitada em nenhum lugar do mundo (FERRAZ, 2009; GRACIA, 1990).

A disponibilidade de recursos para a saúde deve ser distribuída igualmente, no sentido de dar a cada um de acordo com as suas necessidades, acatando, dessa forma, o princípio da justiça distributiva (GRACIA, 1990; RAWLS, 1979). A forma de distribuir os recursos escassos pode gerar dilemas éticos, visto que são insuficientes para promover a igualdade, a integralidade e a universalidade da assistência à saúde, princípios adotados pelo SUS. Assim, surgem questionamentos: Como proteger o direito à vida e à saúde da população se não existem recursos suficientes? Quais deveriam ser os critérios adotados para a distribuição dos recursos escassos? Como manter o balanço entre os direitos individuais *versus* os direitos coletivos no acesso aos recursos de saúde?

A alocação de recursos escassos cada vez mais está dotada de relevância social e política, relacionando-se diretamente à determinação de prioridades de investimento do Estado e de quanto será direcionado ao orçamento de saúde, sendo que esta decisão, na maioria das vezes, é política (COMENERO, 2011; GARRAFA, 1997).

Há duas dimensões distintas no contexto da alocação de recursos: a macro e a microalocação. A primeira inclui procedimentos que são destinados a constituírem as políticas públicas de saúde. A segunda contempla a distribuição subjetiva dos sujeitos que poderão ser beneficiados pelos serviços disponíveis (FORTES, 2001; FREITAS, 2009). Na presente pesquisa, observou-se a microalocação quando a CRIH avalia cada caso, cada quadro clínico, e prioriza o internamento intensivo. Nesse sentido, os médicos reguladores da CRIH, ao adotarem os critérios de priorização, buscam disponibilizar leitos à população que realmente apresente indicação e que poderá obter benefício (melhora clínica) com a internação (VILARINS, 2012).

A microalocação desenvolvida pela CRIH no DF é válida de acordo com o entendimento dos bioeticistas Beauchamp e Childress, visto que os critérios de admissão são embasados em avaliação e protocolos científicos que agregam gravidade, emergência, terapêutica e prognóstico, ou seja, que são embasados em evidências científicas. A expectativa de obter o sucesso de um procedimento ou tratamento é classificada como um correto critério moral, vez que o uso de recurso escasso sem a perspectiva de algum benefício pode ser percebido como injusto (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; FREITAS, 2009). A interferência do judiciário via mandato pode ser interpretada como uso injusto do recurso, pois prejudica a isonomia coletiva em relação à fila de espera pelo leito (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; VILARINS, 2012).

Nesse sentido, há divergências em relação a como deve ser conduzida eticamente a alocação de recursos escassos. Tradicionalmente, quando há conflito moral, tende-se a utilizar a teoria principialista, composta por quatro princípios válidos *prima facie*: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Contudo, em países subdesenvolvidos, onde grande parte dos sujeitos apresenta condições precárias de acesso aos serviços de saúde, este modelo torna-se insuficiente (SCHRAMM, 2001).

Outras formas de conduzir a avaliação correta da distribuição de recursos escassos no âmbito da ética incluem a ética da responsabilidade, a ética da proteção, a ética das organizações, o uso dos princípios da equidade e da melhoria da saúde, da informação, do consentimento informado e a minimização dos conflitos de interesse (EMANUEL, 2000; SCHRAMM; KOTTOW, 2001; FERREIRA, 2012; SIMÓN, 2002). Ademais são elencados critérios que podem ser levados em consideração ao alocar recursos: custo-efetividade e manutenção da dignidade humana e da solidariedade (COUCEIRO, 2006; CNECV, 1995).

Na ética da responsabilidade, as soluções morais devem contemplar a maioria da população necessitada. Outrossim, o Estado e as instituições públicas de saúde detêm a responsabilidade de diferenciar soluções morais de maneira subjetiva e que sejam capazes de atuar sem discriminação (GARRAFA, 1997).

Ao adotar o princípio da equidade na alocação de recursos, deve-se identificar as diferentes necessidades em indivíduos diversos, com vistas a alcançar a igualdade de direitos e, assim, conquistar os direitos humanos universais, que incluem o direito à vida e à saúde, percebidos na presente pesquisa como a busca pelo acesso aos leitos de UTI. Tem-se, ainda, que a equidade é considerada como a base ética que deve direcionar o processo de alocação de recursos (RAWLS, 1979; GARRAFA, 1997).

A ética da proteção, neste contexto, direciona as ações à população, a fim de garantir suas necessidades sanitárias com comprometimento e de maneira viável. Nesta perspectiva, Kottow (1999) defende que as ações da sociedade são consideradas justas quando se disponibiliza prevenção para todos e proteção para o restabelecimento da saúde aos que necessitam. Destarte, o processo de judicialização do acesso aos leitos de UTI descrito nesta pesquisa exemplifica a dificuldade do Estado de proteger todos os cidadãos vulneráveis, que apresentam risco iminente de vida, que demandam a via judicial para conseguir acesso a um direito garantido pela CF.

O princípio da melhoria da saúde, de acordo com Emanuel (2000), deve ser o objetivo primário na alocação de recursos, devendo ser entendido como um princípio que não requer maiores justificativas, uma vez que é de conhecimento comum que o objetivo maior da

assistência sanitária é a busca pela melhoria da saúde das pessoas, seja curando doenças, aliviando sofrimento ou promovendo saúde pública (prevenção de doenças).

A publicidade dos dados relacionados à alocação de recursos é requerida no princípio da informação. Essa ação contribui para que o processo de distribuição dos bens seja considerado moral. Os dados devem ser públicos e justificados para todos os cidadãos, tornando o processo democrático e inclusivo, permitindo a participação das pessoas nas deliberações e nas decisões (EMANUEL, 2000). No contexto estudado, após auditoria realizada pelo TCDF, passou-se a publicar diariamente a relação de ocupação dos leitos de UTI no DF (TCDF, 2014; SESDF, 2017). A publicação ocorre no portal da transparência da SESDF. Essa conduta promove o acesso à informação e contribui para a lisura no processo, além de permitir o monitoramento, pela população, do uso de um recurso tão escasso como os leitos intensivos.

O princípio do consentimento informado baseia-se na legitimidade democrática e na necessidade de respeitar o indivíduo como um ser autônomo, agente moral (EMANUEL, 2000). O consentimento informado baseia-se em três premissas: informação, compreensão e voluntariedade (CARRASCO, 2016). No contexto sanitário, as pessoas devem ser esclarecidas sobre sua doença, testes diagnósticos, modalidades de tratamento disponíveis, riscos e benefícios da terapêutica – seja esta alternativa ou não – e prognóstico. Mediante a compreensão dessas informações, é possível a tomada de decisão autônoma (livre de qualquer interferência) referente à vida e à saúde, tendo como base objetivos, interesses e preferências de cada pessoa. Na judicialização do acesso a leitos de UTI no DF, percebeu-se que, como o estado clínico da população demandante era grave, considerado de emergência, coube à família a tomada de decisão, a procura pela justiça. Essa realidade, denominada “decisão de substituição” ou “de representação”, é frequente quando o doente está incapacitado física ou mentalmente para decidir (LORDA, 2001). Nesse contexto, a família precisa receber todas as informações referentes ao caso para que possa tomar uma decisão autônoma, baseada no melhor interesse do enfermo (SIMÕES, 2010).

Conflitos de interesse podem ser definidos como um conjunto de condições e situações que têm capacidade para influenciar o julgamento profissional sobre um interesse primário (o bem-estar ou o tratamento do paciente) por um interesse secundário (ganho econômico, desejo de prestígio, reconhecimento profissional), e referem-se, na maioria das vezes, a uma situação, e não essencialmente a uma conduta (RODRIGUÉZ, 2011). Emanuel (2000) destaca o princípio da minimização dos conflitos de interesse, o qual recomenda que as pessoas envolvidas na alocação de recursos estejam isentas de relações e/ou de situações que possam

gerar ganhos financeiros pessoais ou mesmo prejuízos. Devem ser estabelecidas regras que minimizem os interesses secundários em decisões e julgamentos, com vistas a alcançar o bem-estar das pessoas, devendo essa ser a maior motivação. No processo de acesso a leitos de UTI no DF, a regulação atua como uma barreira para interesses conflitantes. Contudo, de acordo com o relatório do TCDF (2014), nem todos os leitos de UTI da SESDF estão regulados. Dessa forma, podem ser geridos pela direção dos hospitais, havendo risco da influência de interesses diversos.

A ética das organizações é considerada um marco da reflexão moral, de acordo com Ezequiel Emanuel (1995). É uma proposta prática na busca da excelência das organizações de saúde. Almeja a otimização do gerenciamento da qualidade, adotando as medidas necessárias para fornecer o melhor bem-estar possível ao paciente, sempre respeitando sua autonomia. De acordo com Simon (2002), os processos desenvolvidos dentro de uma instituição de saúde estão repletos de problemas éticos que perpassam as áreas financeira e gestora da organização, assim como as relações profissionais, educativas, assistenciais e contratuais. Nesse sentido, a institucionalização de comitês de ética deve ser estimulada, pois estes contribuem para discussões relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde, ao uso eficaz desses serviços, além do direcionamento nas situações clínicas conflitantes (CARBALLO, 2001; SIMON, 2002).

A adoção do critério custo-efetividade na alocação de recursos faz surgir aspectos que devem ser avaliados neste contexto, como a real indicação dos tratamentos, a chance de melhora na qualidade de vida dos sujeitos após a intervenção disponibilizada, a autonomia dos sujeitos e o benefício individual, que pode impedir ou limitar o tratamento de menor custo de uma parcela grande da população (COUCEIRO, 2006; CARBALLO, 2001; EMANUEL, 2000). Um dos direcionamentos na busca de uma oferta de serviços de saúde justa e eficaz para os cidadãos é a utilização de evidências científicas para a escolha de tratamentos e intervenções e a diferenciação entre necessidades de saúde e preferências individuais, além de ser uma obrigação moral buscar uma relação razoável entre o custo, a assistência e a sua efetividade (COUCEIRO, 2006; CARBALLO, 2001). Aproximando essa discussão do contexto estudado, as solicitações por via judicial podem priorizar demandantes sem indicação real de internação em unidade intensiva, além de interferirem na ordem da lista de espera da CRIH (VILARINS, 2012).

Há relatos da necessidade de levar em consideração os princípios da dignidade humana e da solidariedade na alocação de recursos. Da dignidade humana, no sentido de conceder a todos os cidadãos os mesmos direitos, independente da posição que ocupam na

sociedade (COUCEIRO, 2006; CNECV, 1995); da solidariedade na alocação de recursos, a fim de direcioná-los para onde mais se necessite, observando sempre os desprotegidos ou vulneráveis, que não podem exercer seus direitos. Por meio da solidariedade, objetiva-se alcançar a proteção coletiva. Ademais, ela é considerada um princípio ético fundamental para a vida em sociedade (CASALI, 2006; COUCEIRO, 2006; CARBALLO, 2001; COLMENERO, 2011).

Pelo exposto, percebe-se que não existe orientação ética única para a alocação de recursos em saúde. A literatura apresenta percepções de autores sobre a destinação desses bens, como é o caso de John Rawls, Diego Gracia e Beauchamp; Childress (RAWLS, 1997; EKMEKCI, 2015; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1979; GRACIA, 1990; GRACIA, 2002).

Rawls, autor da teoria da justiça, defende a criação de um sistema de distribuição de bens sociais que seja justo e estimule o desenvolvimento individual baseado na igualdade de oportunidades. Orienta a adoção de um critério em que o procedimento só pode ser considerado equitativo se houver equidade no resultado (RAWLS, 1997; EKMEKCI, 2015). No presente estudo, não houve igualdade de acesso ao recurso escasso (leitos intensivos). Os demandantes romperam a isonomia da fila da CRIH. Aqui, o direito individual (de buscar a justiça) feriu o direito coletivo (de ter acesso igualitário à fila de espera por leito de UTI). Conseqüentemente, os resultados (óbito ou melhora clínica) não foram iguais entre os que conseguiram e os que não conseguiram leito. De acordo com os pressupostos de Rawls, não houve equidade.

Gracia (1990) defende que a justiça sanitária deve sempre ser entendida no sentido de justiça distributiva, e postula que as questões de justiça devem ser avaliadas sob duas dimensões: a dimensão dos princípios e a dimensão das conseqüências. A avaliação referente aos princípios considera injusto quando se viola qualquer dos princípios deontológicos; já em relação às conseqüências, considera-se injusto quando não se consegue alcançar o máximo benefício com o mínimo custo. Outrossim, Gracia destaca que o bem-estar coletivo parece ser a teoria mais bem aceita para explicar a justiça distributiva. A judicialização do acesso a leitos de UTI, na percepção de Gracia, seria injusta do ponto de vista da avaliação da necessidade coletiva, pois ele acredita que a justiça só é alcançada com uma igualdade de oportunidades (GRACIA, 2002).

Beauchamp; Childress acreditam que o método para alcançar a justiça não corresponde à aplicação de princípios morais, mas à medida dos benefícios em função dos custos, devendo-se avaliar se esta foi ou não justa quando há evidência de resultados práticos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1979). De acordo com os autores, o acesso a leitos de UTI só

é justo se os benefícios suplantam os custos. Os números referentes à melhora clínica dos doentes devem ser maiores do que os custos envolvidos no tratamento. O estudo demonstrou um maior número de óbitos do que de melhoras clínicas (altas da UTI), apesar do alto custo da internação nessa unidade, o que leva a pensar que, de algum modo, a alocação dos recursos não está sendo justa.

Essas constatações levam à reflexão de que, talvez, a busca pela justiça, caminho encontrado por muitos cidadãos para obter um direito garantido por lei – direito à vida, à saúde – não seja a melhor alternativa para a resolução dos problemas referentes à alocação de recursos na área da saúde no Brasil.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou o cenário da judicialização do acesso à leitos de UTI no DF. O panorama identificado evidenciou que a população dessa Unidade da Federação acessa o Poder Judiciário via Defensoria Pública e que todas as solicitações realizadas por esta via foram acatadas. Contudo, a obtenção da liminar jurídica não representou uma garantia de acesso ao leito intensivo. Percebeu-se que há uma limitação do número de leitos de UTI disponíveis, vez que as demandas jurídicas vêm aumentando nos últimos anos e que a quantidade de leitos SUS no DF não é suficiente. Ademais, o Poder Judiciário trata as demandas de acesso a vagas de UTI como demandas emergenciais, visto que o tempo entre a solicitação e a efetivação da internação pode representar risco de vida.

Os resultados evidenciados nesta pesquisa podem contribuir com informações relevantes sobre o fluxo de acesso à via judiciária no DF, além de disponibilizar dados que podem ser utilizados para modificar o cenário atual. Tais dados podem ser percebidos pelo elevado tempo de espera a que a população vem sendo submetida até acessar efetivamente o leito intensivo, a duração da internação em tempo maior que o recomendado, a prevalência de idosos com adoecimento por doenças crônico-degenerativas e a alta taxa de mortalidade encontrada.

A relevância desta pesquisa fundamenta-se nas contribuições que a análise desse panorama pode disponibilizar aos gestores dos serviços de saúde, no sentido de repensar os processos de trabalho, ao Estado, como detentor da atribuição de elaborar e implementar as políticas públicas de saúde, na perspectiva de inserir abordagens mais inclusivas e focadas na eficiência dos serviços disponibilizados, e ao judiciário que vem atuando como um agente implementador das políticas de saúde, substituindo o poder executivo, e que pode contribuir com outras alternativas para a condução desta temática.

As evidências científicas devem ser a base direcionadora para a distribuição dos recursos. Ademais, a utilização de um formulário institucional com vistas à identificação das informações mínimas no relatório de indicação de UTI, o redimensionamento dos serviços de UTI, o uso de indicadores para avaliar o tempo de internação e a implementação de índices prognósticos são medidas que podem ser adotadas pelos gestores dos serviços de saúde, a fim de compor maior eficiência ao uso de leitos de UTI, um recurso escasso.

Em relação ao Estado, sugere-se o direcionamento das ações de saúde à prevenção de doenças crônicas, tendo em vista que este perfil de enfermidades torna-se cada vez mais prevalente, demandando leitos intensivos. Outrossim, durante o planejamento de novas

unidades, deve haver a avaliação do perfil necessário dentre os tipos de UTI, e este deve considerar os dados das principais demandas de internação, visto existir carência de determinados tipos de unidade no DF.

A implementação do princípio da informação nos fluxos de acesso à via judiciária e nas unidades de saúde podem contribuir para que as demandas de acesso a leitos de UTI sejam verdadeiramente justificadas do ponto de vista científico. Outrossim, o planejamento de unidades para suporte paliativo e semi intensivo facilitariam os processos de trabalho.

Os aspectos bioéticos que emergiram com a análise dos dados evidenciaram que leitos de UTI no DF podem ser considerados um recurso escasso. A judicialização do acesso a essa modalidade de internação sugere que essa interferência do judiciário promove uma distribuição injusta do recurso público. Ademais, percebeu-se que o equilíbrio entre o direito individual e o coletivo somente poderá ser alcançado quando adotados os princípios da equidade e da justiça, permitindo a igualdade do acesso. E que para que a distribuição de recursos seja justa sugere-se adotar os princípios da responsabilidade, da proteção, do consentimento informado, da informação, da minimização dos conflitos de interesse, da melhora da saúde, da dignidade humana, da solidariedade e da equidade.

Os fatores que limitaram a pesquisa foram os registros clínicos incompletos contidos no prontuário eletrônico da SESDF e a indisponibilidade de acesso aos dados clínicos da população internada na rede conveniada/contratada.

A judicialização do acesso aos leitos de UTI no DF é, portanto, uma realidade, e requer interação entre todos os atores sociais envolvidos, com objetivo de propiciar mudanças que beneficiem a população que necessita dessa modalidade de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICH V.; PAUTASSI, L. El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. **Salud colectiva**. Buenos Aires, v.4, n.3, p.261-282, 2008.

ALVES, C.J. et al. Avaliação de índices prognósticos para pacientes idosos admitidos em unidades de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. v.21, n.1, p.1-8, 2009.

AMIB – Associação Brasileira de Medicina Intensiva. **Regulamento técnico para funcionamento de unidades de terapia intensiva – AMIB**. São Paulo, 24 de abril de 2009. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/fileadmin/RecomendacoesAMIB.pdf>> Acesso em 12 mar.2017.

ANVISA. **Instrução normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010**. Publicada no DOU nº 37, de 25/02/2010, seção 1, p.52. Dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva. Disponível em: <<http://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/15131108-instrucao-normativa-no-4-de-24-de-fevereiro-de-2010.pdf>>. Acesso em 12 mar.2017.

AROUCA, S. **Democracia é saúde**. In: Conferência nacional de saúde, 8, 1986, Brasília, DF. Anais. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

ASENSI, F.D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.33-55, 2010.

ASSIS M.M.A, DE JESUS W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.11, p.2865-2875, 2012.

BACKES, M.T.S, et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Esc anna nery (impr.)**. v.6, n.4, p.689-696, 2012.

BARADARI, A.G. et al. Comparison of patients' admission, mean and highest sofa scores in prediction of icu mortality: a prospective observational study. **Mater sociomed**.v.28, n.5, p.343-347, 2016.

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p.855-868, 2014.

BARBOSA, A.P. **Qualidade em serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado). Escola de administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 1995.

BARREIRO, G.S.S, FURTADO, R.P.M. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, v.49, n.2, p.293-314, 2015.

BARROS, N.C.B. et al. Cuidados paliativos na uti: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Rev Enferm UFSM**. v.2, n.3, p.630-640, 2012.

BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola; 2002.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of Medical Ethics**. Oxford University Press, New York. 1979.

BEZERRA, G.K.A. **Modelo de Regressão Logística para previsão do óbito na Unidade de Terapia Intensiva**. 90p. Dissertação (Mestrado). Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

BIAN, Y. et al. Application of the APACHE II score to assess the condition of patients with critical neurological diseases. **Acta Neurologica Belgica**. v.115, n.4, p.651-656, 2015.

BITTENCOURT, G.B. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no BRASIL. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.** Brasília, v.5, n.1, p.102-121, 2016.

BOING, A.C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no BRASIL. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.691-701, 2013.

BORGES, D. C.L.; UGÁ, M.L.D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, BRASIL, em 2005. **Cad. Saúde Pública**. v.26, n.1, 2010.

BRAGA, P.S. et al. **Curso de Direito Processual Civil**. v.5. Execução. 7. ed. Conforme Novo CPC, 2017.

BRASIL. STF, STA nº 175, Rel. Min.Gilmar Mendes, DJe nº 26 abr. 2010.

BRASIL. ANVISA. RESOLUÇÃO – **RDC nº 189, de 18 de julho de 2003**. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências.

BRASIL. ANVISA. RESOLUÇÃO – **RDC nº 26, de 11 de maio de 2012**. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

BRASIL. ANVISA. RESOLUÇÃO – **RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002**. D.O.U de 18/11/2002. Altera a Resolução – RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

BRASIL. ANVISA. RESOLUÇÃO – **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde/Conselho**

Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde:** evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVILL_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.** Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 90, de 15 de setembro de 2015.** Dá nova redação ao art. 6º da Constituição Federal, para introduzir o transporte como direito social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc90.htm>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. **Defensoria Pública do Distrito Federal.** Disponível em: <http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2717>

BRASIL. **Lei Complementar n.141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 13/1/2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. **Lei No. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília: DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. [on line]. Brasília; 2010 [acesso em 01 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos.../RDC-7_ANVISA%20240210.pdf>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <<<http://www.datasus.gov.br/cnes>>>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Federal n.7.508, de 28 de junho de 2001.** Regulamenta a Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29/6/2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.827, de 16 de Outubro de 2012.** Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7827.htm>. Acesso em 12 mar.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOAS 01/2002 (Norma Operacional Assistencial de Saúde), 2002.** Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Nota informativa 2010. **Credenciamento de leitos de uti de 14 de setembro de 2010.** Disponível em: <<http://linus.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/crianca-rn/crianca-rn/nota-informativa-2010-credenciamento-leitos-uti.pdf>>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 4 ago. 2008. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.1.101, 12 jun.2002**. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo**. Portaria n.466, de 04 de Junho de 1998. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/>>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos**/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 3432 12 de agosto de 1998**. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF. **Portaria nº 200 de 6 de agosto de 2015**. Divulga os critérios para admissão e alta em UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). Diário Oficial do Distrito Federal, 6 de agosto de 2015, Seção 1. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/images/agencia_brasilia/DODF-7-8-2015-SAUDE.pdf>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Secretaria de estado de saúde do Distrito Federal (BRASIL). **Portaria nº. 42, de 31 de agosto de 2006**. Aprovar as Diretrizes e Critérios para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva na SES/DF.

BRASIL. Secretaria De Estado de Saúde do Distrito Federal (BRASIL). **Portaria nº 199 de 6 de agosto de 2015**. Atualiza as disposições da Portaria SES/DF nº 41(Cria, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF – CRIH, a qual será responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos assistenciais de saúde do DF, vinculados ao SUS, sejam próprios, conveniados ou contratados), de 30 de agosto de 2006 e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, 6 de agosto de 2015, Seção 1. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/images/agencia_brasilia/DODF-7-8-2015-SAUDE.pdf>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (BRASIL). **Portaria nº 41 de 30 de agosto de 2006.** Cria, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF – CRIH, a qual será responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos assistenciais de saúde do DF, vinculados ao SUS, sejam próprios, conveniados ou contratados e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, 30 de agosto de 2006, Seção 1.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 34, de 20 de fevereiro de 2014.** Instituir o Núcleo Gestor de Leitos (NGL) nos Hospitais da rede de Atenção da SES/DF.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria SES/DF nº 16, de 13 de fevereiro de 2012,** que institui a Autoridade Gestora de Leitos Hospitalares (AGLH) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/70570/Portaria_16_13_02_2012.html>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria SES/DF nº 187, de 18 de novembro de 2010,** que normatiza os critérios para remoção de pacientes após alta médica nas unidades de terapia intensiva da rede SES/DF.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito federal. **Relatório diário da situação de leitos de UTI.** <http://www.saude.df.gov.br/images/transparencia/2016/2017/Relatorio_Situacao_Leitos_UTI-V3-2017-06_26.pdf>. Acesso em 31 nov. 2016.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 189, de 07 de outubro de 2009.** Implantação do Complexo Regulador no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. do df. 08/09/2009. Seção 1.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (BRASIL). **Portaria nº 200 de 6 de agosto de 2015.** Divulga os critérios para admissão e alta em UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). Diário Oficial do Distrito Federal, 6 de agosto de 2015, Seção 1.

BUSSAB, W.O.; MORETTIN, P.A. **Estatística básica.** 6. ed. rev.atual. São Paulo: Saraiva, São Paulo: Saraiva, 2014.

CABRAL, I.; REZENDE, L. F. R. Análise das ações judiciais individuais para fornecimento de medicamentos em São João da Boa Vista. **R. Dir. sanit.** São Paulo, v.16, n.1, p.59-77, 2015.

CALDEIRA, V.M. H. et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade. **Rev.Assoc Med Bras.** v.56, n.5, p.528-3, 2010.

CARBALLO, F.; JÚDEZ, J.; VIOLÁND, F.A.C. Uso racional de recursos. **Medicina Clínica**. v.117. n.17, 2001.

CARDOSO et al. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. **Critical Care**. v.15, n.R28, p.1-8, 2011.

CARNEIRO, P.L.; MACHADO, R. C.; SANT`ANNA, A. Papel dos critérios de prioridade de triagem na admissão de pacientes críticos. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v.7, n.7, p.4747-53, 2013.

CARRASCO, O.V. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. **Rev Med La Paz**. v.22, n.1, p.59-68, 2016.

CARVALHO, E.C; DAVID, H.M.S.L. Judicialização da saúde, problema e solução: questões para a enfermagem. **Rev.Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro v.21, n.4, 2013.

CASALI, G.M. O princípio da solidariedade e o artigo 3º da constituição da república federativa do BRASIL. **Revista Eletrônica Direito e Política**. Itajaí, v.1, n.1, 3º quadrimestre de 2006.

CERVO, A.L. et al. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CFM. RESOLUÇÃO - **CFM Nº 2.156/2016**. Publicada no D.O.U. de 17 de novembro de 2016, Seção I, p.138-139. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva.

CHECKLEY, W. Mortality and denial of admission to an intensive care unit. **Am J Respir Crit Care Med**. v.185, n.10, p.1038-40, 2012.

CHURPEK, M.M. et al. **Delayed Intensive Care Unit Transfer Associated With Increased Mortality In Ward Patients**. University of Chicago, Chicago/IL, 2013.

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1995. **Parecer 14**. Questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a saúde, Lisboa, Portugal. p.51-93.

COLMENERO, M. El ritual de la falta de camas. **Med. Intensiva**. v.35, n.3, p.139-142, 2011.

CONASS. Coleção para entender a gestão do sus. **Regulação em saúde**. v.10. Atualização junho de 2015. 15p.

CORDEIRO, K.S. **Direitos Fundamentais Sociais**: dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

COSTA, M.F.L.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv.Saúde**. Brasília, v.12, n.4, 2003.

COUCEIRO, A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. **An.Sist. Sanit. Navar**. v.29, supl.3, p.61-74, 2006.

DATASUS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

DELALIBERA, L.F. **Análise de decisões judiciais que demandam leitos de UTI contra o Distrito Federal.** [TCC]. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

DELDUQUE, M.C., CASTRO, E.V.A. Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no BRASIL. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.506-513, 2015.

DIAS, R. D. M. **A informação na regulação da saúde suplementar.** 2004. 137f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

DINIZ, D. et al. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacarídeos. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.479-489, 2012.

DINIZ, D.; MACHADO, T.R.C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, BRASIL. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.19, n.2, p.591-98, 2014.

EKMEKC, P.E. et al. Enhancing John Rawls's Theory of Justice to Cover Health and Social Determinants of Health. **Acta Bioeth.** v.21, n.2, p.227-236, 2015.

EMANUEL, E. J. "Justice and Managed Care: Four Principles for the Just Allocation of Health Care Resources". **Hastings Center Report.** v.30, n.3, p- 8-16, 2000.

EUROPEAN. Observatory of health systems and policies. In: CONASS, 2007. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>>. Acesso em 05 de dezembro de 2016.

EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L. Central de Regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, BRASIL: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.767-776, 2008.

FAVARIN, S.S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Rev. Enferm. UFSM.** v.2, n.2, p.320-329, 2012.

FERNANDES, N.M. S. et al. Uso do escore prognóstico APACHE II e ATN-ISS em Insuficiência renal aguda tratada dentro e fora da unidade de terapia Intensiva. **Rev Assoc Med Bras.** v.55, n.4, p.443-41, 2009.

FERRARI, D. **APACHE II Sistema de pontuação de mortalidade estimada (Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II.** Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/ApacheScore.htm>

FERRAZ, O.L.M.; VIEIRA, F.S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de Ciências Sociais.** Rio de Janeiro, V.52, no. 1, p.223-251, 2009.

FERREIRA, A.B.L.F. A saúde entre o público e o privado: o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos. **RDisan.** São Paulo, v.13, n.2, p.305-309, 2012.

FLEISCHMANN, C. et al. Assessment of Global Incidence and Mortality of Hospital-treated Sepsis. Current Estimates and Limitations. **Am J Respir Crit Care Med**. v.193, n.3, p.259-72, 2016.

FLEURY, S. **Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil**. In: MATTA< G.C. (org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJSV, 2008, p.49-87.

FORTE, P. A. C. et al. Selecionar quem deve viver: um estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de Recursos em emergências médicas. **Rev Assoc Med Bras**. v.48, n.2, p.129-34, 2002.

FORTES P. A. C. **Critérios éticos em microalocação de escassos recursos em saúde**. In: Barchifontaine CP, Pessini L, organizadores. Bioética: alguns desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola; 2001. p.163-80.

FORTES, P.A.D.C.A. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. **Revista Bioética**. v.16, n.1, p.25-39, 2008.

FREITAS, E. E. C.; SCHRAMM, F. R. A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo. **Rev Bras Ter Intensiva**. v.21, n, 4, p.432- 436, 2009.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Bioética**. v.5, n.1, p.27-33. 1997.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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

GONTIJO, G.D. A judicialização do direito à saúde. **Rev.Med. Minas Gerais**. v.20, n.4, p.606- 611, 2010.

GRACIA D. Que és un sistema justo de servicios de salud? principios para la asignación de recursos escasos. **Bol Of Sanit Panam**. v.108, p.570-85, 1990.

GRACIA, G.D. De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. **Acta bioeth**. v.8, n.1, p.27-39, 2002.

GREENLAND, S.; ROBINS, J. Accepting the limits of studies. **American Journal of Epidemiology**. v.139, n.8, p.769-771, 1994.

GRENVIK, A.; PINSKY, M. Evolution of the intensive care unit as a clinical center and critica care medicine. **Crit Care Clin**. v.25, p.239–250, 2009.

GUIA, C.M. et al. Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**. v.26, n.1/2, p.9-19, 2015.

HISSA, P.N.G. et al. Análise comparativa entre dois escores na previsão de mortalidade em unidade terapia intensiva. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v.11, n.1, p.21-6, 2013.

IBGE. **Contagem da População.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao.

JORGE E.A. **Financiamento setorial do SUS e a questão da municipalização saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo à Participação Popular e o Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC; 1994. Cap.5. p.45-54.

JÚNIOR, C.W.M.R. **Perfil de pacientes encaminhados para internação através da central de Regulação de leitos de Fortaleza.** Repositório Institucional UFC. Fortaleza, 2014.

JÚNIOR, J.A.L.S. et. al. Sepses Brasil: estudo epidemiológico da sepses em unidades de terapia intensiva brasileiras. **Rev Bras Ter Intensiva.** v.18, n.1, p.9-17, 2006.

KEEGAN, M.T., SOARES, M. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognóstico e mortalidade ajustada ao risco. **Rev Bras Ter Intensiva.** v.28, n.3, p.264-269, 2016.

KNAUS, W.A. et al. APACHE II: a severity of disease classification system. **Crit Care Med.** v.13, p.818-29, 1985.

KOTTOW, M. Sanitary justice in scarcity. **Cadernos de Saúde Pública.** v.15, sup.1, p.43-50, 1999.

KWOK M. et al. Using patient admission characteristics alone to predict mortality of critically ill patients: A comparison of 3 prognostic scores. **Journal of Critical Care.** v.31, p.21-25, 2016.

LARA, L., GUARESCHI, N.M.F; BERNARDES, A.G. Reforma Sanitária e a privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direitos. **Psicologia & Sociedade.** v.28, n.2, p.360-368, 2016.

LIMA, H.R. Controle externo, administração pública e transparência administrativa. **Revista da AGU.** Brasília, v.7, n.17, p.137-178, 2008.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing.** v.41, n.4, p.25-29, 2001.

MACHADO, T. Judicialização da saúde e contribuições da teoria de justiça de Norman Daniels. **R. Dir. sanit.** São Paulo, v.16, n.2, p.52-76, 2015.

MARTINS, J.T. et al. Pesquisa epidemiológica da saúde do trabalhador Uma reflexão teórica. Semina: **Ciências Biológicas e da Saúde.** Londrina, v.35, n.1, p.163-174, 2014.

MARTINS, L. **Cinquenta anos de jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal Alemão.** Montevideu: Fundação Konrad Adenauer, 2005 (organizador e coautor).

MASSAÚ, G.C., BAINY, A.K. O impacto da judicialização da saúde na Comarca de Pelotas. **R. Dir. sanit.** v.15, n.2, São Paulo, 2014.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SCHWARTZ, I. V.D. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Cien Saúde Colet.** v.18, n.4, p.1079-88, 2013.

MIRANDA, G. M.D. et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trab. Educ. Saúde.** Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.131-145, 2017.

MORITZ, R. D. et al. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. **Rev.Bras Ter Intensiva.** v.21, n, 2, p.141-147, 2009.

NASCIMENTO, C.B. **A judicialização no Distrito Federal, no Setor Saúde, na área de álcool e drogas.** Dissertação. Fiocruz. Brasília, 2015.

NEWDICK, C. **Who should we treat?** Rights, rationing, and resources in the NHS. Oxford, Oxford University Press, 2005.

NUNES, C.F.; RAMOS, A.R.JR. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste. Brasil: dimensões e desafios. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.192-199, 2016.

OLAECHEA, P.M. et al. Characteristics and outcomes of patients admitted to spanish icu: a prospective observational study from the envin-helics registry (2006-2011). **Med Intensiva.** v.40, n.4, p.216-29, 2016.

OLIVEIRA, A.B.F. et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. **Rev Bras Ter Intensiva.** v.22, n.3, p.250-256, 2010.

OLIVEIRA, G.J. Efetivação do direito à saúde: ampliação do debate e renovação da agenda. **R. Dir. sanit.** São Paulo, v.16, n.1, p.78-86, 2015.

OLIVEIRA, R. G.; SOUZA, A.I.S. O perfil das demandas judiciais por direito à saúde pública do município de Leopoldina-MG. **Rev.Saúde Pública SUS MG.** v.2, n.2, p.35-45, 2014.

PADILHA, K.G. et al. Disfunções orgânicas de pacientes internados em unidades de terapia intensiva segundo o Logistic Organ Dysfunction System. **Rev Esc Enferm USP.**v.43, esc 2, p.1250-5, 2009.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde.** v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PALOMBA, H. et al. Análise comparativa da sobrevida de idosos e não idosos com sepse grave ou choque séptico ressuscitados. **Einstein.** v.13, n.3, p.357-63, 2015.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M.C.; AMARAL, R.G.O. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no BRASIL. **Rev.salud pública.** v.14, n.2, p.340-349, 2012.

PEGORARO, O. **Ética e justiça**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

PEPE, V.L. et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.26, n.3, p.461-471, 2010.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PERROT, J.; CARRIN, G.; EVANS, D. **Application of contracting in health systems: key messages**. World Health Organization, The Department of Health Systems Financing (HSF). The views expressed in this Technical Brief for Policy-Makers, 2005.

PESSINI L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Rev.bioét. (Impr.)**. v.24, n.1, p.54-63, 2016.

PINTO, C.B. S, OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.39 (especial), p.171-183, 2015.

PINZÓN-FLÓREZI, C.E. et al. Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean. **Rev Saúde Pública**. v.50, n.56, 2016.

RAWLS J. **Uma teoria de justiça**. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2002.

RAWLS, J. **Teoría de la justicia**. Trad. de Marfa Dolores González. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1979, p.84.

REVEIZ, L. Litigios por Derecho a la Salud entres Países de América Latina: Revisión Sistemática de la Literatura. **Revista e Salud.com**. v.9, n.34, 2012.

RIBEIRO, C.G. et al. O paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. **Reme – rev. Min.Enf**. v.9, n.4, p.371-377, 2005.

RODRIGUES, I.L. et al. Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem. **Care Online**. v.8, n.3, p.4757-4765, 2016 .

RODRÍGUEZ, E.L.R. Los conflictos de intereses. **Acta Bioethica**. v.17, n.1, p.47-54, 2011.

ROQUE, K.E.; TONINI, T.; MELO, E.C. P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.32, n.10, p.1-15, 2016.

ROUQUAYROL, M.Z. et al. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 1999.

SANCHES, R. C. N. et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Escola Anna Nery**. v.20, n.1, p.48-54, 2016.

SANTOS, A.O.S; DELDUQUE, M.C.; ALVES, S M.C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.32, n.1, 2016.

SCHRAMM, F.R.; KOTTOW, M. Princípios bioéticos em saúde pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de saúde pública**. v.17, n.4, p.949-956, 2001.

SCRIVEN, E. The future of regulation and governance. **The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health**. v.127, n.2, p.72-77, 2007.

SEKULIC A.D. et al. Scoring systems in assessing survival of critically ill ICU patients. **Med Sci Monit**. v.21, p.2621-2629, 2015.

SILVA, A.F. et al. Análise da judicialização da Saúde Pública no Espírito Santo. **Rev.SJRJ**. Rio de Janeiro, v.19, n.35, p.75-90, 2012.

SILVA, D.V. da et al. Perfil epidemiológico e fatores de risco para mortalidade em pacientes idosos com disfunção respiratória. **Rev Bras Ter Intensiva**. v.21, n.3, p.262-268, 2009.

SILVA, L.M.S. et al. Índices prognósticos na prática clínica de enfermagem em terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev.Eletr. Enf**. v.16, n.1, p.179-90, 2014.

SILVA, P.L.B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **Perspec**. São Paulo, v.17, v.1, p.69-85, 2003.

SIMÃO, A.T. et al. **Centro de tratamento intensivo**. In: SIMÃO, A.T. Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, Atheneu, 1976, capítulo1, p.3-25.

SIMÕES, L.C.S. Consentimento Informado: o desafio médico-jurídico de nossos dias. **Rev Bras Ortop**.v.45, n.2, p.191-195, 2010.

SIMÓN, P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. **Rev Calidad asistencial**. v.17, n.4, p.247-59, 2002.

SIQUEIRA, J. P.F.H. **Da reserva do possível e da proibição do retrocesso social**. In: Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte. n.3, p.45-56, 2010.

SOUTO, L.R.F.; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.40, n.108, p.204-218, 2016.

STA 91+1/AL. STF, JUSBRASIL. DJ 26.02.2007. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/19139898/suspensao-de-tutela-antecipada-sta-91-al-stf>

STEDILE, N.L. R. et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.10, p.2957-2971, 2015.

STIVAL, S.L.M.; GIRÃO, F. A judicialização da saúde: breves comentários. Cad. Ibero-Amer. **Dir. Sanit**. Brasília, v.5, n.2, p.141- 158, 2016.

TCDF. **Auditoria operacional para avaliar o acesso da população às Unidades de Tratamento Intensivo da rede pública de saúde do DF**. Tribunal de Contas do Distrito Federal, 2014.

TRAVASSOS, D.V. et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.11, p.3419-3429, nov.2013.

VARGAS, I. et al. Regional-based integrated healthcare network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy Plan**. v.30, n.6, p.705-17, 2015.

VIEIRA, M.S. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalares. **Com. Ciências Saúde**. v.22, n.3, p.201-210, 2011.

VILARINS, G.C.M. **Regulação do acesso à terapia intensiva no Distrito Federal: um estudo exploratório**. 2012. 182f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

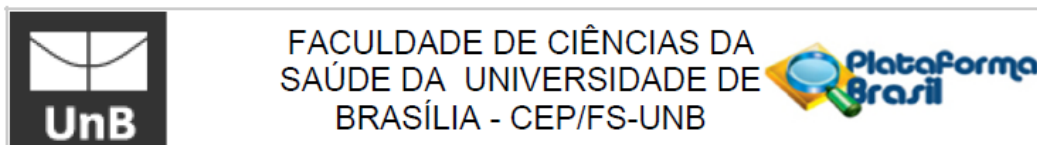
VILARINS, G.C.M.; SHIMIZUI, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.640-647, 2012.

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Rev. Adm. Pública**. v.48, n.5, p.1191-1206, 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008. Integrated health services: what and why? Geneva, Switzerland: **WHO**. World Health Statistics/WHO, 2014.

XING, X. et al. Performance of three prognostic models in patients with cancer in need of intensive care in a medical center in China. **PLoS ONE**. v.10, n.6, 2015.

ANEXO 1



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Judicialização do acesso aos leitos de Terapia Intensiva no Distrito Federal

Pesquisador: GIZELE PEREIRA MOTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51222515.3.0000.0030

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

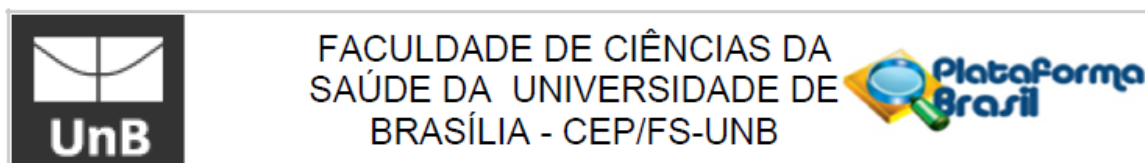
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.359.998

Apresentação do Projeto:

A Constituição Federal (CF) de 1988 reconhece a saúde como um direito fundamental. (BARREIRO, 2015, CF, 1988). O artigo 196 da CF explicita que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. A regulamentação desse direito foi promovida pela Lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde (LOS), que define o Sistema Único de Saúde (SUS), como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1988). A LOS dispõe acerca das condições para a integralidade da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e idealiza o SUS baseado em três princípios, a saber: universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1988). Por integralidade da assistência, segundo Art. 7, II da LOS, entende-se o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Nesse sentido o Poder Público, por meio da legislação vigente tem a obrigação de garantir a saúde a todos, através das políticas sociais e econômicas com vistas à redução do risco de agravos e doenças (BRASIL, 1988). As políticas públicas, contudo, nem sempre conseguem contemplar as necessidades da população (GONTIJO, 2010). Fato este corroborado pela implantação insatisfatória do SUS, que limita, dessa forma, seus princípios. A mídia veicula

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.359.998

diariamente graves problemas estruturais, como: filas de espera, atendimento limitado e fragmentado, unidades de emergência super lotadas, falta de vagas em leitos de unidade tratamento intensivo (UTI), colocando, muitas vezes, a vida de seus usuários em risco (GOMES, 2014; GONTIJO, 2010). Diante deste cenário surge a chamada Judicialização da Saúde, situação em que os indivíduos recorrem a Justiça para obter bens e direitos, entre os quais incluem-se insumos, assistência à saúde, cirurgias previstas ou não pelo SUS, liberação de medicamentos, disponibilização de leitos de terapia intensiva, entre outros (BARREIRO, 2015; DINIZ, 2014; D'ESPINDOLA, 2013; GOMES, 2014; WANG, 2014). O Poder Judiciário vem assumindo papel relevante na definição de parâmetros político-sociais (BARREIRO, 2015; CARVALHO, 2013). O crescente número de ações judiciais propostas pelos usuários do SUS tem se tornado motivo de preocupação, visto que as ações individuais, muitas vezes, interferem no orçamento da saúde e em maior escala no uso racional de recursos. Outro aspecto relevante é o de que, ao ser dado o direito individual por meio judicial, dependendo do custo desse direito, pode-se ferir o direito da coletividade, ou seja, o acesso integral, universal e igualitário (BORGES, 2010; GOMES, 2014; GONTIJO, 2010; MASSAU, 2014). Inserido neste contexto, tem-se a crescente judicialização do acesso aos leitos de UTI. Diniz, et al (2014) estudou as demandas judiciais da saúde, entre os anos de 2005 a 2010, por meio de dados da 2ª Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal e encontrou que 66% das demandas judiciais eram referentes às solicitações de leitos de UTI; entre os processos pesquisados, 89% referiam-se aos três últimos anos pesquisados e que em 2007 as demandas por acesso a UTI eram de 37%, passando para 71% no ano de 2008. O acesso a leitos de UTI no Distrito Federal é organizado pela Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH). Esta unidade é responsável pela análise da solicitação, autorização da internação, encaminhamento e monitoramento dos pacientes gravemente enfermos aos leitos de UTI dos hospitais públicos, contratados e conveniados (SES/DF, 2015). A CRIH foi regulamentada pela Portaria 199 de 06 de agosto de 2015. Esta segue os critérios para admissão e alta em UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) instituídos pela Portaria 200 de 06 de agosto de 2015 (SES/DF, 2015). Por meio desses critérios, os pacientes são classificados em graus de prioridade, a saber: Prioridade 1, 2, 3 e 4 (SES/DF, 2015). A prioridade 1 inclui os pacientes gravemente doentes, instáveis, com chances significativas de recuperação, os quais necessitam de monitorização e tratamento intensivo que não podem ser prestados fora da UTI. Esses tratamentos compreendem: suporte ventilatório invasivo e não invasivo, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou intervenções agudas. Nessas

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.359.998

pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir a terapêutica necessária (SES/DF, 2015). Na prioridade 2 são incluídos pacientes sem instabilidade, mas que necessitam de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação e/ou potencial necessidade de intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estabelecido para estes pacientes (SES/DF, 2015). Já na prioridade 3 incluem-se pacientes instáveis, com baixa probabilidade de recuperação, seja pela doença de base e/ou natureza da sua doença aguda e/ou presença de comorbidades. Para esses pacientes pode haver limites e/ou esforços terapêuticos estabelecidos como a não intubação ou a não reanimação cardiopulmonar (SES/DF, 2015). Como prioridade 4 temos os pacientes que apresentam pouco ou nenhum benefício com a internação em UTI. Em regra, o tratamento intensivo não é recomendado para esses pacientes e, por isso deverão ser retirados da lista de espera por UTI pela CRIH (SES/DF, 2015). Após essa priorização, forma-se então uma lista de espera ordenada, baseada nos graus de prioridade, em que os pacientes são contemplados de acordo com a disponibilidade de leitos pelas unidades de saúde (VILARINS, 2012). Em contraponto, as demandas judiciais acabam gerando uma interferência nesse processo, visto que, na maioria das vezes, o Poder Judiciário contempla positivamente as ações ajuizadas individualmente. Os juízes têm a percepção de que a vida é soberana quando comparada a recursos financeiros e, muitas vezes, não levam em consideração os princípios, as normas e as políticas do SUS (GOMES, 2014; MACHADO, 2012). Com isso, há uma descaracterização do processo de priorização de gravidade clínica realizado pela equipe de reguladores da CRIH, tendo em vista a obrigatoriedade de se cumprir a determinação judicial (VILARINS, 2012). Diante do exposto, constitui-se como objeto desse estudo investigar os processos judiciais quanto as solicitações de leitos de UTI no Distrito Federal entre os anos de 2010 e 2015. Esse projeto de pesquisa baseia-se na seguinte questão norteadora: Qual o perfil das solicitações de leitos de UTI por via judicial nos últimos 5 anos no Distrito Federal e os aspectos éticos e bioéticos envolvidos no processo?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar os processos judiciais quanto as solicitações de leitos de UTI no Distrito Federal entre os anos de 2010 a 2015.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil das ações judiciais requerendo leitos de UTI ajuizadas entre 2010 a 2015 na Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal;
- Conhecer o perfil da população solicitante quanto as condições socioeconômicas, aspectos médicos e jurídicos;

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.359.998

-Apresentar aspectos éticos e bioéticos presentes nos processos de judicialização da saúde;
 -Identificar o índice prognóstico dos admitidos por mandato judicial nas Unidades de Terapia intensiva da SES/DF pelo uso do Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II - APACHE II, e pelo Score for Neonatal Acute Physiology - Perinatal Extension – SNAP II PE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não é do interesse do pesquisador conhecer dados individuais sobre o sujeito requerente no processo, mas caracterizar a população que solicitou, por via judicial, acesso a leitos de UTI. Este é um estudo de base populacional, ou seja, busca-se conhecer o perfil epidemiológico, clínico e jurídico da população requerente de leitos de UTI.

Benefícios:

A pesquisa tem o intuito de promover uma discussão construtiva sobre a interferência da Judicialização do acesso a leitos de UTI, levantar possibilidades de novas abordagens nesse processo e contribuir com sugestões de como amenizar o impacto da judicialização na saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de Brasília - UnB, de Gizele Pereira Mota, sob orientação da pesquisadora Luciana Neves da Silva Bampi, que submete o projeto como pesquisadora responsável. 473 participantes de pesquisa. O cronograma de execução informa realização da pesquisa entre Agosto de 2015 e Junho de 2017, com etapas de "Levantamento bibliográfico" realizado entre Agosto e Setembro de 2015, "Elaboração do Projeto de Pesquisa" realizado em Outubro de 2015, "Apresentação do Projeto ao Comitê de Ética" realizado em Novembro de 2015, "Realização da Coleta de Dados" a ser realizada entre Janeiro e Março de 2016, "Análise dos Dados" a ser realizado entre Abril e Dezembro de 2016, "Conclusão" a ser realizada entre Janeiro e Abril de 2017 e "Defesa de Tese" a ser realizada em Junho de 2017. Orçamento financeiro apresentado no projeto da Plataforma Brasil e na planilha orçamentaria é de R\$ 3.482,50, a ser financiado pelos próprios pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

- Carta de Encaminhamento ao CEP - "Carta_de_Encaminhamento_ao_CEP.pdf" e "Carta_de_Encaminhamento_ao_CEP.doc", tratando-se do mesmo documento, postados em 20/11/15;
- Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_625308.pdf",

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.359.998

postado em 23/11/15;

- Orçamento no valor total de R\$ 3.482,50, consistindo de materiais de papelaria, gastos com impressão, revisão de português, compra de computador, deslocamento e telefone - "PLANILHA_DE_ORCAMENTO.pdf" e "PLANILHA_DE_ORCAMENTO.docx", tratando-se do mesmo documento, postados em 20/11/15;

- Termo de consentimento de uso de informações, assinado pelo Juiz de Direito da Primeira Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, Sr. Lizandro Garcia Gomes Filho, datada de 22/10/2015 - "Termo_de_Consentimento_de_uso_de_informacoes_Juiz_editavel.docx" e "Termo_consentimento_informacao_Juiz.pdf", postado em 20/11/15;

- Autorização para acesso aos autos datada de 22/10/2015, autorizando a pesquisadora a ter acesso aos autos da Primeira Vara da Fazenda Pública, assinada por Thaissa Satie Silva Taniguchi - "Autorizacao_acesso_aos_autos.pdf", postado em 20/11/15;

- Termo de concordância institucional datada de 18/11/2015, concordando com a realização da pesquisa na Faculdade de Ciências da Saúde, assinada pela Diretora Maria Fátima de Sousa - "TermoConcordancia_Institucional.pdf" e "Termo_de_Concordancia_Institucional_FSUNB_editavel.doc", tratando-se do mesmo documento, postado em 20/11/2015;

- Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável assinado pela pesquisadora responsável informando ciência da Res. CNS 466/2012 e comprometendo-se com a privacidade e sigilo das informações, em tornar os resultados e comunicar o CEP sobre alterações no projeto de pesquisa, assinado pela pesquisadora Gizele Pereira Mota e datada de 18/11/2015 - "Termo_de_responsabilidade_e_compromisso.pdf" e "Termo_de_responsabilidade_compromisso.doc", tratando-se do mesmo documento, postados em 20/11/2015;

- Folha de Rosto com assinatura e carimbo da Profa. Maria Fátima de Sousa, diretora da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, e assinatura da pesquisadora responsável - "Folha_de_Rosto.pdf", postado em 23/11/2015;

- Termo de anuência de Instituição coparticipante, assinado pelo subsecretário de atenção à saúde, Robinson Capucho Parpinelli, em 12/11/2015 - "Termo_de_anuencia_Coparticipante_SESDF_editavel.doc" e "Termo_de_anuencia_Instituicao_Coparticipante_FEPECS.pdf", tratando-se do mesmo documento, postados em 20/11/2015;

- Currículos Lattes de Luciana Neves da Silva Bampi e Gizele Pereira Mota - "CV_Luciana_Bampi.pdf", "CV_Gizele_Pereira_Mota.pdf", postados em 20/11/2015;

- Cronograma de pesquisa - "Cronograma_de_pesquisa.pdf" e "Cronograma_de_pesquisa.docx",

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.359.998

tratando-se do mesmo documento, postados em 20/11/2015;

- Projeto Detalhado - "Projeto_de_Pesquisa_Gizele_Pereira_Mota.docx", postado em 20/11/2015;

- Carta de requerimento dispensa de TCLE - "Dispensa_de_TCLE.pdf" e "Dispensa_de_TCLE.doc", tratando-se do mesmo documento, postados em 20/11/2015;

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O item V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS constante na Resolução 466/2012 diz "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico." Diante disso, solicita-se assegurar o sigilo, a confidencialidade e a proteção da imagem que deverá estar explicitado no item riscos e benefícios do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

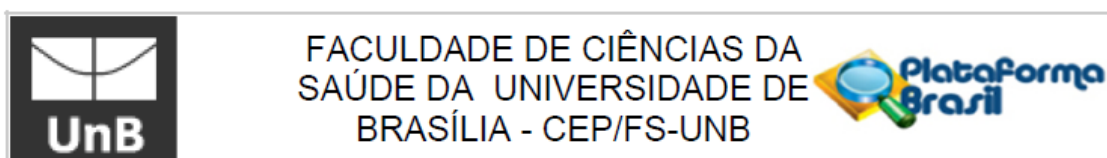
Solicita-se responder aos questionamentos do CEP em carta resposta anexa na plataforma apontando onde se encontram as alterações (informar modificação realizada, indicando, parágrafo, página e documento, no qual encontram-se as alterações realizadas). Tal procedimento facilita a análise do relator e permite celeridade nas análises e emissão dos respectivos pareceres.

Documentos devem ser disponibilizados também em formato que possibilite o uso dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto (Norma Operacional CNS 001/2013). No caso de documentos assinados e escaneados, solicita-se a apresentação também em versão que permita recurso de "copiar" e "colar".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_625308.pdf	23/11/2015 19:32:18		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/11/2015	GIZELE PEREIRA	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

Continuação do Parecer: 1.359.998

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	19:31:55	MOTA	Aceito
Orçamento	PLANILHA_DE_ORCAMENTO.pdf	20/11/2015 12:34:10	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Orçamento	PLANILHA_DE_ORCAMENTO.docx	20/11/2015 12:33:55	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_pesquisa.pdf	20/11/2015 12:32:55	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_pesquisa.docx	20/11/2015 12:32:41	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Outros	CV_Luciana_Bampi.pdf	20/11/2015 12:28:09	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Outros	CV_Gizele_Pereira_Mota.pdf	20/11/2015 12:27:48	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_consentimento_informacao_Juiz. pdf	20/11/2015 12:26:13	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Consentimento_de_uso_de_i nformacoes_Juiz_editavel.docx	20/11/2015 12:20:21	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_acesso_aos_autos.pdf	20/11/2015 12:19:23	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia_Coparticipante_SE SDF_editavel.doc	20/11/2015 12:18:44	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia_Instituicao_Coparti cipante_FEPECS.pdf	20/11/2015 12:17:56	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Concordancia_Institucional_ FSUNB_editavel.doc	20/11/2015 12:17:17	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordancia_Institucional.pdf	20/11/2015 12:15:33	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_Encaminhamento_ao_CEP.pd f	20/11/2015 12:11:16	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_Encaminhamento_ao_CEP.do c	20/11/2015 12:10:46	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_compromis so.doc	20/11/2015 12:10:04	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_e_compro misso.pdf	20/11/2015 12:07:30	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Gizele_Pereira_M ota.docx	20/11/2015 12:06:57	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Dispensa_de_TCLE.pdf	20/11/2015 12:03:40	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

Continuação do Parecer: 1.359.998

Justificativa de Ausência	Dispensa_de_TCLE.pdf	20/11/2015 12:03:40	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_de_TCLE.doc	20/11/2015 12:03:11	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

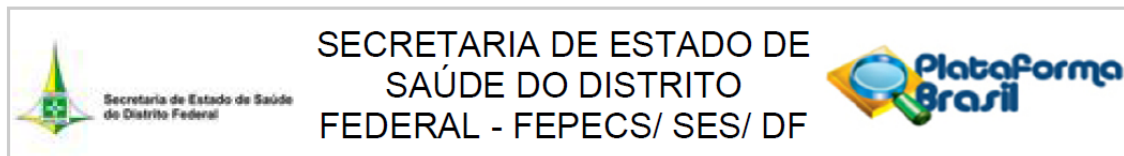
Não

BRASILIA, 16 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Judicialização do acesso aos leitos de Terapia Intensiva no Distrito Federal

Pesquisador: GIZELE PEREIRA MOTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51222515.3.3001.5553

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.399.380

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado na área de enfermagem da UnB, que visa descrever o perfil das ações judiciais requerendo leitos de UTI na SES.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o perfil da população solicitante quanto às condições socioeconômicas, aspectos médicos e jurídicos; apresentar aspectos éticos e bioéticos presentes nos processos de judicialização da saúde e identificar o índice prognóstico da população admitida por mandato judicial, nas Unidades de Terapia Intensiva da SES/DF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Menciona não ser do interesse da pesquisa conhecer dados individuais sobre o requerente no processo, mas caracterizar a população que demandou o pleito por via judicial o acesso a leitos de UTI. Por benefícios cita que a pesquisa tem o intuito de promover uma discussão construtiva sobre a interferência da Judicialização do acesso a leitos de UTI, levantar possibilidades de novas abordagens nesse processo e contribuir com sugestões de como amenizar o impacto da judicialização na saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo populacional, descritivo, longitudinal e retrospectivo. Serão analisados os processos de 1ª instância da VFP -DF, que solicitaram acesso a leitos de UTI no DF, e os índices

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

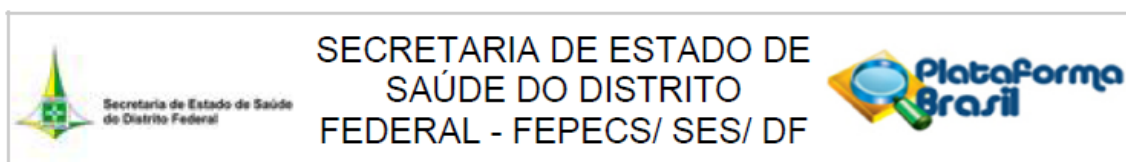
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.399.380

prognósticos de toda a população que foi contemplada com leito de UTI nos hospitais públicos da SES/DF, no período de junho de 2010 a junho de 2015. Será necessário também, a realização de consulta aos prontuários eletrônicos TRACK-CARE, dos sujeitos contemplados com leitos de UTI via mandato judicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: Folha de rosto; termo de concordância da faculdade de saúde da UnB, termo autorizativo do juizado da VFP-DF; critérios de exclusão e inclusão; benefícios; cronograma; planilha de custos; curriculum; bibliografia. Propôs dispensa de TCLE, em face da pesquisa ser retrospectiva e somente recolher dados de pacientes, sem identificá-los.

Recomendações:

Recomenda-se atenção a necessidade de que sejam reportados os riscos, ainda que haja menção ao sigilo dos dados coletados; em razão de que as informações colhidas poderão ser publicizadas de alguma forma. Com relação aos riscos, de acordo com a resolução 466 de 12/12/2012, capítulo V, toda pesquisa implica em riscos. São consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

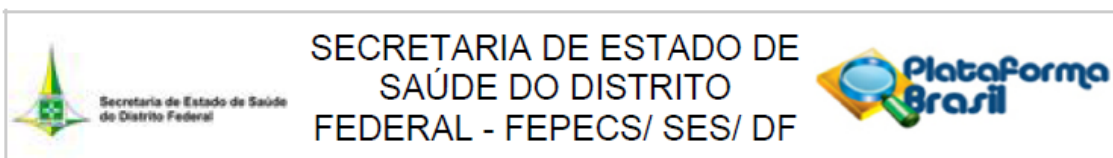
Conclusão: Recomenda o CEP/FEPECS que sejam reportados no projeto, os riscos a publicidade das informações coletadas judicialmente e por meio do sistema track-care.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_625308.pdf	23/11/2015 19:32:18		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/11/2015 19:31:55	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_625308.pdf	20/11/2015 12:39:43		Aceito
Orçamento	PLANILHA_DE_ORCAMENTO.pdf	20/11/2015 12:34:10	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Orçamento	PLANILHA_DE_ORCAMENTO.docx	20/11/2015 12:33:55	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_pesquisa.pdf	20/11/2015 12:32:55	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

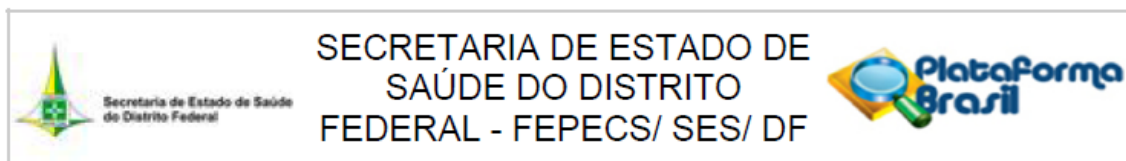


Continuação do Parecer: 1.399.380

Cronograma	Cronograma_de_pesquisa.docx	20/11/2015 12:32:41	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Outros	CV_Luciana_Bampi.pdf	20/11/2015 12:28:09	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Outros	CV_Gizele_Pereira_Mota.pdf	20/11/2015 12:27:48	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_consentimento_informacao_Juiz.pdf	20/11/2015 12:26:13	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Consentimento_de_uso_de_informacoes_Juiz_editavel.docx	20/11/2015 12:20:21	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_acesso_aos_autos.pdf	20/11/2015 12:19:23	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia_Coparticipante_SE SDF_editavel.doc	20/11/2015 12:18:44	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia_Instituicao_Coparticipante_FEPECS.pdf	20/11/2015 12:17:56	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Concordancia_Institucional_FSUNB_editavel.doc	20/11/2015 12:17:17	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordancia_Institucional.pdf	20/11/2015 12:15:33	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_Encaminhamento_ao_CEP.pdf	20/11/2015 12:11:16	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_Encaminhamento_ao_CEP.doc	20/11/2015 12:10:46	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_compromisso.doc	20/11/2015 12:10:04	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_e_compromisso.pdf	20/11/2015 12:07:30	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Gizele_Pereira_Mota.docx	20/11/2015 12:06:57	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_de_TCLE.pdf	20/11/2015 12:03:40	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_de_TCLE.doc	20/11/2015 12:03:11	GIZELE PEREIRA MOTA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.399.380

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 01 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com


APÊNDICE 1**Termo de Consentimento de uso de informações**

Pesquisa: Judicialização do Acesso aos leitos de UTI no Distrito Federal

Pesquisador Responsável: Gizele Pereira Mota e Luciana Neves da Silva Bambi

Eu, Lizandro Garcia Gomes Filho, Juiz de Direito da 1ª Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal autorizo a utilização dos dados constantes nos processos relacionados às solicitações de acesso a leitos de terapia intensiva no Distrito Federal, referente aos anos de 2010 a 2015, para que deles sejam coletadas informações sobre o perfil da população solicitante, aspectos socioeconômicos, médicos e jurídicos, éticos e bioéticos. Há o compromisso dos pesquisadores de que será assegurado o sigilo, a confidencialidade e a proteção da imagem, garantindo-se que as informações obtidas com o estudo serão utilizadas no âmbito acadêmico.

Brasília, 22, de outubro, 2015.


LIZANDRO GARCIA GOMES FILHO
Juiz de Direito
1ª Vara de Fazenda Pública

APÊNDICE 2



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

O Subsecretário de Atenção à Saúde, Robinson Capucho Parpinelli, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal está de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa **Judicialização do acesso aos leitos de UTI no Distrito Federal**, de responsabilidade da pesquisadora **Gizele Pereira Mota**, com a finalidade de **investigar os processos judiciais quanto às solicitações de leitos de UTI no Distrito Federal entre os anos de 2010 a 2015** em pacientes e/ou servidores da SES/DF, com previsão de início em 10 / 01 /2016.

O estudo envolve:

- () realização de entrevistas;
- () administração de medicamentos;
- () procedimentos clínicos ou cirúrgicos;
- () exames laboratoriais ou de imagem;
- (X) pesquisa em prontuários;
- () outro: _____

O pesquisador responsável informa que o projeto de pesquisa está sendo analisado pelo CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e **está ciente que as etapas do estudo envolvendo a SES-DF ou Entidades Vinculadas, somente poderão ser iniciadas** após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF.

Brasília, 12 / 11 / 2015

Pesquisador responsável: Gizele Pereira Mota
Assinatura

Representante da SES-DF ou EV: _____
Robinson Capucho Parpinelli
Subsecretário de Atenção à Saúde
Assinatura/carimbo

Chefia responsável pela Unidade: _____
Assinatura/carimbo

APÊNDICE 3

Instrumento de Coleta de dados

1. Numero do Processo originário:

2. Data da apresentação do pedido:

3. Tipo de ação: (1) ordinária (2) mandato de segurança (3) medida cautelar

4. Réu: (1) Município (2) Indivíduo (3) Estado (4) Distrito Federal (5) União (6) hospital (7) outro

5. Origem do processo: (1) defensoria pública (2) Assistência jurídica paga pela união (3) advogado de ONG (4) escritório particular (5) escritório modelo (6) ministério publico federal (7) outros

6. O pedido foi examinado? (1) sim (2) não houve julgamento de mérito

7. Qual a razão de não ter havido julgamento de mérito? (1) perda do objeto (2) ilegitimidade das partes (3) desistência (4) óbito (5) coisa julgada (6)outra razão

Dos Fatos:

8. Doença (diagnóstico):

- (1) Doenças do aparelho circulatório
- (2) Doenças do aparelho respiratório
- (3) Doenças do aparelho digestivo
- (4) Neoplasias
- (5) Causas externas (acidentes)
- (6) Doenças do período neonatal
- (7) Doenças renais
- (8) Doenças neurológicas
- (9) Doenças endócrinas
- (10) Doenças hematológicas
- (11) Malformações congênitas
- (12) Doenças Hepáticas
- (13) Sepses
- (14) Doenças respiratórias + Doenças Circulatórias
- (15) Traumas Diversos
- (16) Trauma + SEPSE
- (17) Doenças digestivas + sepses
- (18) Doenças renais + Doenças Circulatórias
- (19) Doenças Digestivas + Doenças renais
- (20) Doenças circulatórias + Doenças digestivas
- (21) Doença Renal + SEPSE
- (22) Doenças respiratórias + SEPSE
- (23) Doenças neurológicas + Infectocontagiosas
- (24) Gestante em gestação de alto risco
- (25) Doenças Infectocontagiosas

9. Demanda :

(1) Vaga em UTI na Rede Pública (2) Vaga em UTI na Rede Privada de Saúde, em caso de não haver vaga na Rede Pública de Saúde (3) Vaga em Uti da rede pública ou privada

10. Tipo de uti solicitada:

- (1) Geral
- (2) Cirúrgica
- (3) Coronária
- (4) Neuro-trauma
- (5) Materna
- (6) Pediátrica
- (7) Neonatal
- (8) Ucin
- (9) Com suporte dialítico
- (10) Coronária com suporte dialítico
- (11) Neurotrauma com suporte dialítico
- (12) cirúrgica com suporte dialítico
- (13) Pediátrica com suporte de cirurgia cardíaca
- (14) Neonatal com suporte de cirurgia cardíaca

11. Valor do custo da demanda (como está no pedido)?

- (1) Menor que 10.000,00
- (2)Entre 10.00,01 a 20.000,00
- (3)Entre 20.000,01 a 30.000,00
- (4)Entre 30.000,01 a 40.000,00
- (5)Entre 40.000,01 a 50.000,00
- (6) Entre 50.000,01 a 60.000,00
- (7) Entre 60.000,01 a 70.000,00
- (8) Entre 70.000,01 a 80.000,00
- (9) Entre 80.000,01 a 90.000,00
- (10) Entre 90.000,01 a 100.000,00
- (11) Acima de 100.000,01

Informações sobre o requerente

12. **Sexo:** (1) masculino (2) feminino

13. Data de Nascimento:

1. Neonatal (0 a 28 dias)
2. Pediátrico : 29 dias até 2 anos Lactente
3. Pediátrico: 2 a 6 anos – pré escolar
4. Pediátrico: 6 anos a 11 anos, 11meses e 29 dias – escolar
5. Adolescente: 12 anos a 17 anos e 11 meses e 29 dias
6. Adulto : 12 anos a 20 anos
7. Adulto: 21anos a 30 anos
8. Adulto: 31 anos a 40 anos

- 9. Adulto: 41 anos a 50 anos
- 10. Adulto: 51 anos a 60 anos
- 11. Idoso: 61 anos a 70 anos
- 12. Idoso: 71 anos a 80 anos
- 13. Idoso: 81 anos a 90 anos
- 14. Idoso: 91 anos a 100 anos

14. Cidade Satélite em que reside ou Município de residência fora do DF: 1. Brasília, 2. Gama, 3. Taguatinga, 4. Brazlândia, 5. Sobradinho, 6. Planaltina, 7. Paranoá, 8. Núcleo Bandeirante, 9. Ceilândia, 10. Guará, 11. Cruzeiro, 12. Samambaia, 13. Santa Maria, 14. São Sebastião, 15. Recanto das Emas, 16. Lago Sul, 17. Riacho Fundo, 18. Lago Norte, 19. Candangolândia, 20. Águas Claras, 21. Riacho Fundo II, 22. Sudoeste/Octogonal, 23. Varjão, 24. Park Way, 25. SCIA (Setor Complementar de Indústria e Abastecimento - "Cidade Estrutural" e "Cidade do Automóvel), 26. Sobradinho II, 27. Jardim Botânico, 28. Itapoã, 29. SIA (Setor de Indústria e Abastecimento), 30. Vicente Pires, 31. Fercal, 32. Outros (quando ocorrência se der em cidade fora do Distrito Federal)

15. Quais os principais argumentos do pedido do requerente?

(1) dignidade, (2) diminuição do risco de transmissão da doença, (3) direito à saúde, (4) direito à vida , (5) integralidade , (6) expectativa de vida, (7) qualidade de vida , (8) risco de agravo da doença, (9) risco de dano irreparável ou de difícil reparação, (10) risco de morte , (11) universalidade (12) 3,9, 10 (13) 3,8,9,10 (14) 1, 4, 5, 8, 10 (15) 1,3,4,5, 9,10, 11 (16) 3,4,5 (17) 3,4, 8, 9

16. Há pedido médico? (1) no serviço público, (2) no serviço privado, (3) não é possível identificar, (4) não há pedido médico

Informações sobre o Poder Público

17. Argumentos utilizados pelo Poder Público?

- (1) Grave estado de saúde
- (2) Direito a saúde
- (3) Dever do estado
- (4) Paciente carente de recursos
- (5) Direito a vida
- (6) Ausência de leitos de uti disponíveis
- (7) Outros
- (8) Todos os itens juntos (1,2,3,4,5 e 6)

18. Decisão liminar ; (1) Favorável (2) favorável parcialmente (3) desfavorável ao requerente (4) sem decisão liminar

Julgamento da ação

19. Houve Julgamento da ação? (1) sim (2) não

20. Provimento : (1) sem julgamento de mérito (2) integral (3) parcial (4) desprovimento do pedido (5)sem julgamento do mérito

21. Caso seja favorável, a sentença contém o nome do Hospital? (1) Não (2) Sim .
Como esta descrito ? _____

22. Houve agravo ou recurso? (1) sim (2) não

23. Quantas vezes ? (0) nenhuma (1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) 4 vezes (5) 5 vezes (6) mais de 5 vezes

24. Houve provimento do agravo ou recurso?(0) não se aplica (1) sim (2) não

Dados complementares

25. No período inicial é sugerido o nome do Hospital? (1) sim (2) não

26. Data da decisão: _____

27. Houve manifestação por parte do Ministério Público? (1) sim (2) não

28. Em que momento do processo? (1) no pedido inicial (2) Após a decisão (3) após a contestação (4) após a sentença (5)após agravo ou recurso (6) outro (7) não se aplica

29. Julgou o pedido inicial ? (1) procedente (2) improcedente (3) não se aplica

30. APACHE II

(1) 0 – 4 PONTOS

(2) 5-9 PONTOS

(3) 10-14 PONTOS

(4) 15-19 PONTOS

(5) 20-24 PONTOS

(6) 25-29 PONTOS

(7) 30-34 PONTOS

(8) 35-100 PONTOS

(9) Uti conveniada – sem acesso aos dados

(10) Não internou na UTI

(11) Uti ses df – não usava trackcare na época

(12) Tempo de internação menor que 24 horas

31. SNAP II PE

(1) Até 11 pontos

(2) 12 a 23 pontos

(3) 24 a 32 pontos

(4) 33 a 50 pontos

(5) Acima de 50 pontos

(6) Uti conveniada – sem acesso aos dados

(7) Não internou na uti

(8) Sem dados de evolução do trackcare

O escore varia de 0 (baixa severidade) a 115 (alta severidade)

QUESTIONAMENTOS QUE SURGIRAM COM A COLETA DE DADOS:

32. **Tempo entre a solicitação da uti e o pedido por via judicial:** (1) até 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) dias (5) dias (6) dias (7) dias (8) entre 8 e 10 dias (9) mais de 10 dias

33. **Prioridade definida pela CRIH:** (1) prioridade 1 (2) prioridade 2 (3) prioridade 3 (4) prioridade 4

34. **Conseguiu ser internado na UTI:** (1) sim (2) não (3) sim, mas com perfil diferente do solicitado

35. **Se sim, a vaga foi para qual tipo de uti :** (1) Uti SESDF (2) uti de leitos conveniados – rede privada

36. **Tempo em dias até conseguir leito:** (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) dias (5) 5 dias (6) entre 6 a 10 dias (7) entre 10 a 15 dias (8) entre 16 e 20 dias (9) entre 21 dias e 30 dias (10) não conseguiu leito (11) internação inicial feita em uti rede privada e em seguida solicitou vaga na rede pública

37. **Se não conseguiu o leito, por quais motivos:** (1) óbito (2) perdeu a indicação por melhora clínica (3) não foi disponibilizado leito (4) não conseguiu contato com médico solicitante (5) procedimento cardíaco não disponível

38. **Duração da internação:** (1) menos que 24 horas (2) de 1 dia a 7 dias (3) 7 a 10 dias (4) 11 a 15 dias (5) entre 16 a 20 dias (6) entre 21 e 30 dias (7) mais que 30 dias (8) desconhecido, pois se internou na rede privada

39. **Desfecho:** (1) alta da uti para enfermaria (2) alta hospitalar (3) alta para outra uti (4) óbito (5) morte encefálica (6) desconhecido (7) Permaneceu no setor de internação

APÊNDICE 4

Instrumento de coleta de dados prognósticos - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II - APACHE II.

Sexo:

Data de Nascimento:

APACHE II:

Este instrumento deve ser preenchido com os piores resultados obtidos nas primeiras 24 horas de internação do paciente na UTI. O APACHE II é composto de 3 componentes.

A- Componente A: 12 variáveis em seus valores piores nas primeiras 24 horas de internação em UTI.

B- Ajuste de pontos para idade maior de 44 anos.

C- Doenças Crônicas ou severas.

A - Variáveis Fisiológicas:

	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura	≥41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	≤29,9
Pressão arterial média	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤49
Frequência Cardíaca	≥180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤39
Frequência Respiratória	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5
Glasgow									
PAO2					>70	61-70		55-60	≤55
Ph arterial	≥7,7	7,6-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Sódio Sérico(mEq/l)	≥180		160-179	155-159	150-154	130-149	120-129	111-119	≤110
Potássio Sérico(mEq/l)	≥7	6-6,69		5,5-5,9	3,5-5,4	3- 3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina Sérica(mg/dl)	≥3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,2		<0,6		
Hematócrito	≥60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucócito	≥40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1

1. Usar se FIO2 > 50%

2. Usar se FIO2 < 50%

Escala de Coma de Glasgow

ABERTURA OCULAR	PONTOS
Espontânea	4
Ao Chamado	3
À dor	2
Nenhuma	1
Comunicação Verbal	Pontos
Orientado	5
Confuso	4
Sons inapropriados	3
Sons incompreensíveis	2
Nenhum	1
Resposta Motora	Pontos
Obedece a comandos	6
Localiza dor	5
Ausência de dor	4
Flexão anormal à dor	3
Extensão á dor	2
Nenhuma	1

B. Idade ajustada:

Idade (anos)	Pontos
<44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5
>75	6

C. Ajuste para doença crônica:

Para qualquer dos seguintes:

1. Biópsia comprovando cirrose
2. Insuficiência Cardíaca classe IV- grave

3. Doença broncopulmonar crônica grave (uso de oxigênio domiciliar, hipercapnia)
4. Diálise crônica
5. Imunossupressão

Adicionar 2 pontos para cirurgia eletiva ou neurocirurgia e 5 pontos para cirurgia de emergência.

Total do escore APACHE II: A+ B + C = _____

Temperatura (C) 38-38.4 (0 points) ▼
 Pressão Arterial Média (mmHg) 70-109 (0 points) ▼
 Frequência Cardíaca 70-109 (0 points) ▼
 Frequência Respiratória 12-24 (0 points) ▼
 A-aPO2(FiO2>50%) or PaO2(FiO2<50%) < 200 or PaO2 > 70 (0 points) ▼
 Arterial pH or HCO3 7.33-7.49 ; 32-40.9 (0 points) ▼
 Na+ Sérico (meq/l) 130-149 (0 points) ▼
 K+ Sérico (meq/l) 3.5-5.4 (0 points) ▼
 Creatinina Sérica com ou sem IRA 0.6-1.4 (0 points) ▼
 Hematocrito 30-45.9 (0 points) ▼
 Leucócitos (10³/Eg/l) 3-14.9 (0 points) ▼
 Glasgow Coma Escala Colocar o Valor Aproximado
 15
 Idade (anos) < 44 (0 points) ▼
 Problemas Crônicos de Saúde
 Se Presentes: 1) Cirrose-Biópsia 2) New York Heart Association Class IV 3) Severa COPD: Hipercapnia,O2 Dependente, Hipertensão Pulmonar 4) Diálise Crônica or 5) Imunocomprometido
 Nenhuma (0 points)
 Não-Cirúrgico (5 points)
 Cirurgia de Emergência (5 points)
 Cirurgia Eletiva (2 points)

Total de Pontos:

0-4 points : Approximate death rate 4% non-op, 1% post-op ▲

5-9 points : 8% non-op, 3% post-op

10-14 points : 15% non-op, 7% post-op

15-19 points : 24% non-op, 12% post-op

20-24 points : 40% non-op, 30% post-op

25-29 points : 55% non-op, 35% post-op

30-34 points : Approximately 73% both

35-100 points : 85% non-op, 88% post-op ▼