



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

Caio William Batista dos Santos

Influência do Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal na garantia do direito à
saúde: Estudo dos seus primeiros 16 meses de funcionamento em relação ao
serviço de internações em leitos UTI

Brasília (DF), setembro de 2012

Caio William Batista dos Santos

Influência do Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal na garantia do direito à saúde: Estudo dos seus primeiros 16 meses de funcionamento em relação ao serviço de internações em leitos UTI

Monografia apresentada à Faculdade de Ceilândia na Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do diploma de graduação em Saúde Coletiva.

Professor Orientador Dr. José Antonio Iturri de La Mata

Brasília (DF), setembro de 2012.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho, a Deus pela sua infinita graça, minha família e amigos que me apoiaram e a meu orientador que conseguiu explorar minha capacidade de concatenar ideias e arrazoar.

Obrigado.

“Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida.”

Confúcio

“A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos.”

Hannah Arendt

RESUMO

O Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal foi instituído em maio de 2011 com base na portaria nº107 do Conselho Nacional de Justiça que cria o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Este Comitê tem em suas funções propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos no que tange a assistência a saúde devido à magnitude e crescimento exponencial de demandas judiciais na busca da prestação de serviços de saúde, já que este é uma garantia legal por base da Constituição Federal. O maior caso de judicialização da saúde no DF encontra-se na falta de acesso à leitos de terapia intensiva (UTI), seja por falta de disponibilidade, capacidade de pagamento, informação ou aceitabilidade. Com isso o trabalho descreve as principais características do Comitê Executivo de Saúde do DF, suas mudanças influenciadas no processamento das demandas individuais por internações UTI nos âmbitos dos serviços de saúde, na defensoria pública e no judiciário como também a influência nas dimensões de disponibilidade e informação que afetam o direito coletivo do acesso à internação desses leitos UTI. Após análise de suas características e influências o trabalho propôs uma relação entre a garantia do direito individual e a garantia do direito coletivo ao acesso do serviço estudado onde pode se encontrar uma possível relação harmônica entre ambos.

Palavras-chave: Comitê Executivo de Saúde, Judicialização, Direito à saúde, Acesso.

RESUMEN

El Comité Ejecutivo de Salud del Distrito Federal fue establecido en mayo de 2011 basado en el decreto N ° 107 del Consejo Nacional de la Judicatura la creación del Foro Nacional para la Vigilancia Judicial y la resolución de las demandas de atención de salud. Este Comité tiene entre sus funciones y proponer medidas concretas para mejorar los procedimientos reglamentarios, la mejora de la eficacia de los procedimientos judiciales y la prevención de nuevos conflictos cuando se trata del cuidado de la salud debido La magnitud y el crecimiento exponencial de las demandas en pos de brindar servicios de salud, ya que esto es una garantía legal basado en la Constitución Federal. El mayor evento de judicialización de la salud DF es la falta de acceso a las camas de cuidados intensivos (UCI), ya sea por falta de disponibilidad, capacidad de pago, información o acetabilidad. Con este trabajo se describen las características principales del Comité Ejecutivo de la Salud del DF, sus cambios influyeron en la tramitación de las reclamaciones individuales por ingresos en UCI en las áreas de servicios de salud, el defensor público y el poder judicial, así como la influencia de las dimensiones de la disponibilidad y información que afecta el derecho colectivo de acceso a los mismos ingreso en la UCI camas. Después de analizar sus características e influencias del trabajo propuesto una relación entre la garantía de los derechos individuales y colectivos garantía del derecho a acceder al servicio estudiado donde se puede encontrar una relación armoniosa entre los dos.

Palabras clave: Comité Ejecutivo de Salud, Judicialización, Derecho a la Salud, Acceso.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. MARCO TEÓRICO.....	11
4. OBJETIVOS	22
5. METODOLOGIA.....	23
6. RESULTADOS.....	25
7. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	39
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
9. ANEXOS.....	45
10. APÊNDICES.....	48

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório e tornando então garantido o atendimento público a qualquer cidadão. O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (Ministério da Saúde, 2012) sendo a porta de entrada para implementação de todas estas leis a garantia ao acesso a esses serviços a qualquer cidadão.

A definição do que seja acesso à saúde e a criação de um modelo que possa mensurar esse acesso tem sido objeto de muito interesse, já que esses aspectos são fundamentais para o desenvolvimento de planos e metas sustentáveis no setor saúde. Com base nisso o este estudo procura conceituar acesso à saúde em quatro dimensões; são elas: disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade dos quais serão melhor descritos no decorrer do trabalho (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

As desigualdades em saúde são um tema central das discussões que envolvem políticas públicas em diversas nações, no mundo todo. As dificuldades no acesso à saúde estão diretamente ligadas aos cenários políticos nacionais e internacionais, às políticas sociais e econômicas e a fenômenos como globalização e crescimento econômico (SANCHEZ e CICONELLI, 2012) questão onde leva a situação de desigualdades sociais que pode ser desdobrada em duas grandes temáticas: a desigualdade no estado de saúde, ou seja, questões relativas à produção do processo saúde/doença e seus determinantes sociais, e as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde (BARATA, 2012).

Em decorrência destas desigualdades no acesso, o sistema de saúde enfrenta um desafio, a falta do direito a saúde impedindo assim a garantia do serviço. Este que oferecido constitucionalmente causa uma ação, a reivindicação individual desta garantia por vias do sistema de justiça, onde definimos este conceito como os seguintes agentes públicos: Defensoria Pública, Ministério Público e Tribunal de

Justiça. Em alguns casos quando a ação do judiciário intervém na ação da administração do Estado esta se denomina controle jurisdicional dos atos da administração pública, onde o Estado indica um serviço que por lei este tem a obrigação de cumprir.

O não cumprimento desta garantia e o acúmulo e crescimento da intervenção do sistema de justiça no controle dos atos da administração pública cria um fenômeno conhecido como “Judicialização da Saúde” onde a sociedade civil, por meio da atuação do Sistema de Justiça, vem buscando subsídios para pleitear este direito.

O crescimento deste fenômeno expressa uma tensão entre o direito individual e o direito coletivo. A decisão jurídica do caso individual, portanto, posta a quem teve a oportunidade de acesso ao Judiciário, não pode desconsiderar a política pública destinada a garantir o mesmo direito de toda uma coletividade, sob pena de privilegiar os interesses de uma pequena parcela da população (BADIM e DALLARI, 2008).

Estes conflitos sanitários, originariamente de natureza coletiva, acabam sendo interindividualizados na via processual e encontram tutela no sistema judiciário acarretando num outro problema que para o autor Jairo Bisol dificulta ainda mais a gestão de uma saúde pública marcada pelo subfinanciamento e de forma direta e objetiva: a atuação judiciária, hoje no Brasil, é desestruturante das políticas sanitárias e do Sistema Único de Saúde, de um modo geral. (BISOL, 2008)

A judicialização da saúde é um fenômeno que pode prejudicar a execução de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o cumprimento de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, insumos e serviços de saúde acarreta gastos elevados e não programados. Em 2005, o Governo Federal gastou diretamente R\$ 2,5 milhões com aquisição de medicamentos solicitados pela via judicial e foi citado como réu em 387 processos. Em 2007, o gasto passou para R\$ 15 milhões destinados ao atendimento de aproximadamente três mil ações. Em 2008, as despesas alcançaram R\$ 52 milhões. (Machado MAA et al, 2011)

Devido à magnitude deste problema que tem como projeção seu crescimento se nada for feito e por ser um fenômeno que acontece em todos os estados do país,

dificultando a gestão e aumentando a demanda de trabalho do poder judiciário, o Conselho Nacional de Justiça cria por meio da portaria nº 107, de 6 abril de 2010 (ANEXO I) o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde e implica também em seu artigo 3º na instituição de comitês executivos. Daí experiências para a tentativa de amenizar esses casos acontecem em diversos estados, como no caso do Rio Grande do Norte, o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS) no qual já recebeu menção honrosa em encontros do judiciário pelo excelente trabalho.

No caso do Distrito Federal essa resolução toma forma no Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal (CES-DF) criado em maio de 2011, sendo que nele participam diversas instancias de gestão tanto do poder judiciário quanto do poder executivo do Distrito Federal, que neste trabalho de conclusão de curso serão considerados como os “atores” do processo estudado.

Durante o período estudado, de maio de 2011 a setembro de 2012, o Comitê Executivo de Saúde (CES-DF) era coordenado pelo juiz titular responsável pela 8ª Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal.

No fenômeno da judicialização no DF a demanda pelo serviço de internação em leito UTI representou no período entre 2005 a 2012, 66% dos casos de demandas judiciais. (PENALVA, 2011)

O serviço de internação em leito de terapia intensiva (UTI) é destinado à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes aí internados há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva. (SOUZA ET. AL. 1985)

A dimensão desta reivindicação do leito UTI ao Estado levou a escolhê-lo como foco temático deste estudo que pretende descrever alguns aspectos da influência do CES-DF no fenômeno da judicialização especificamente na reivindicação por leito UTI durante os primeiros 16 meses de funcionamento do Comitê Executivo de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Temas relacionados a judicialização da saúde são novos porque o estudo desse fenômeno é ainda uma novidade, com isso este trabalho vêm para acrescentar informações sobre o tema que tem tomado bastante relevância na administração pública e no sistema de justiça brasileiro. O poder judiciário tem intervindo cada vez mais na administração pública, entretanto, sua influência pode interferir num aspecto positivo e com isso procurar formas para auxílio na gestão da saúde com a possibilidade de alcançar total plenitude do Sistema Único de Saúde, demanda de uma sociedade inteira.

Também tem uma importância para a academia por ser um tema exploratório e onde há o encontro de diferentes atores sociais, com dificuldade em se articular, porém na busca de um meio para se conciliar uma necessidade. Um tema onde a gestão de saúde e o sistema de justiça se integram para obtenção de um acesso a um paciente. Ações das partes que demonstram um desconhecimento mútuo, tanto de suas ações, quanto suas finalidades.

3. MARCO TEÓRICO

Baseado na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde e mediante ao artigo 196 da Constituição Federal e considerando as leis nº 8.080 e nº 8.142 são direitos dos cidadãos que utilizam do Sistema Único de Saúde: Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, 2006)

A concretização destes princípios e garantias à saúde está linearmente ligada ao conceito de acesso à saúde. Partindo desse pressuposto a pesquisa se iniciou analisando as dimensões que podem ser descritas o estudo sobre acesso, conceito tem se tornado cada vez mais amplo, ponderadas pelo artigo “Conceitos de acesso a saúde”, que tem por objetivo analisar o conceito de acordo com autores referência no assunto, chega-se num aprofundamento em que acesso é descrito em quatro dimensões.

São essas as dimensões: disponibilidade “relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte; relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados”. Poder de pagamento “relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos”. Informação “grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde”. Aceitabilidade “natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais”. Estas dimensões que apesar de seu grau de detalhamento de cada uma delas, uma apenas não é suficiente para garantir o acesso do indivíduo, nem avaliá-lo (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

O sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da

população. Um dos fatores que contribuem para essa situação é a inacessibilidade de numerosos grupos da população aos serviços de saúde (UNGLERT, C. V. de S. et al, 1987) que analisando com as dimensões o mais crítico para o serviço tem sido a falta de disponibilidade, devido a escassez de seu financiamento.

O Direito à saúde é parte integrante de um conjunto de direitos chamados Direitos Sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. A partir da Constituição Federal de 88 esse direito se tornou legalizado no país, em seu artigo 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”, antes disso o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, na forma da seguridade social, as outras pessoas tinham acesso a estes serviços como um favor e não como um direito.

Baseado na teoria O Direito achado na Rua (módulo 1 – cidadania e direito à saúde) “O direito a saúde é um direito intimamente vinculado à solidariedade estatal, e, para além deste vínculo, um direito profundamente ligado à cidadania. Cada indivíduo, vivendo no território de um Estado, é cidadão deste Estado e tem direito à saúde. Esta concepção do ‘direito à saúde’ é consequência da evolução do próprio conceito do ‘direito’, pois como o direito de votar ou ser eleito, o ‘direito à saúde’ foi progressivamente estendido para toda a sociedade civil, produzindo todos os efeitos vinculados à cidadania. No início, os direitos subjetivos (direito inerente ao ser humano, considerando como indivíduo) nada mais eram que direitos unicamente abstratos (direito a vida, à livre expressão, ao exercício dos exercícios do cidadão, etc.)” (ARNAUD e CAPELLER, 2008) conceito que no decorrer das transformações do direito alcançam concretude e respaldo para sua garantia.

A contemplação da garantia à saúde cria, no campo do direito, o Direito Sanitário que, segundo Sueli Dallari “se interessa tanto pelo Direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que tem por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado” (DALLARI, 2008) para esta

autora o direito público rege as relações dos Estados entre si, as relações do Estado com sua própria estrutura e as relações entre Estado e os particulares; o direito privado, por sua vez, regula as relações entre os indivíduos como tais, entre os particulares.

O direito à saúde embora garantido de forma integral e universal pela Constituição Federal (art. 196), não é garantido plenamente na prática. O SUS, apesar de configurar uma política consistente e sólida, com inegáveis avanços, não consegue ofertar a todos os cidadãos brasileiros cuidados integrais e universais de saúde. A partir daí a sociedade civil, por meio da atuação do Sistema de Justiça, vem buscando subsídios para pleitear este direito. A inserção destes atores na articulação, pactuação e reivindicação da saúde como uma garantia convencionou chamar no estudo do Direito Sanitário de “Judicialização da saúde”.

Para Silvia Badim, em seu artigo “Judicialização do direito à saúde”, a importância das discussões sobre a garantia do direito a saúde acabou trazendo para o centro do debate a atuação do Poder Judiciário nesta causa. Para ela: “Se, por um lado, a crescente demanda judicial acerca do acesso a medicamentos, produtos para a saúde, cirurgias, leitos de UTI, dentre outras prestações positivas de saúde pelo Estado, representa um avanço em relação ao exercício efetivo da cidadania por parte da população brasileira, por outro, significa um ponto de tensão perante os elaboradores e executores da política no Brasil, que passam a atender um número cada vez maior de ordens judiciais, garantindo as mais diversas prestações do Estado. Prestações estas que representam gastos públicos e ocasionam impactos significativos na gestão pública da saúde no país” (BADIM 2008).

Em outro artigo “Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde”, Míriam Ventura cita que “Os vínculos entre Direito e Saúde Coletiva intensificaram-se nas últimas décadas, com a consolidação de jurisprudências e intervenções do Poder Judiciário na gestão de saúde, inclusive no que se refere à Assistência Farmacêutica (AF). O processo judicial, individual e coletivo, contra os Poderes Públicos, teve início na década de 90, com as reivindicações das pessoas vivendo com HIV/Aids para medicamentos e procedimentos médicos. As reivindicações fundamentam-se no direito constitucional à saúde, que inclui o dever

estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade conjunta da União Federal, estados e municípios. A ampla estratégia de advocacia empreendida pelas organizações não-governamentais (ONGs), em todo Brasil, resultou numa jurisprudência favorável à responsabilização dos entes federativos no cumprimento imediato desta prestação estatal (RIOS, 2003; VENTURA, 2003; SCHEFFER et al., 2005), e em avanços nas políticas públicas de saúde às pessoas com HIV/Aids, em especial o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais (LOYOLA, 2008). De fato, parece que este segmento conseguiu estabelecer uma relação positiva entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.” (MIRIAM VENTURA ET AL, 2010)

Também para Míriam Ventura “De maneira geral, os estudos sobre a judicialização da saúde enfatizam mais fortemente os efeitos negativos deste tipo de demanda na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde. Uma das principais justificativas é que este tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros grupos e indivíduos (BARATA; CHIEFFI, 2009; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Outros estudos apontam, com maior ênfase, as deficiências e insuficiências do sistema de saúde e do sistema judiciário brasileiro para responder de forma satisfatória às novas e crescentes demandas de saúde, num contexto normativo que atribui obrigações legais amplas ao Estado brasileiro (MESSEDER et al., 2005; BORGES, 2007; ROMERO, 2008; SANT’ANA, 2009).”

De acordo com o autor Jairo Bisol, é crescente o número de debates entre a obsolescência do modelo jurídico-normativo atual, onde se baseia segundo o autor como um “direito codificado”, onde os juristas são formados para serem aplicadores de código, fazendo com que a proteção judiciária dos direitos sanitários, concebidos originalmente para serem operados como direitos de natureza coletiva, acaba pulverizada em milhares de pedidos de tutelas individuais. Para ele: “Tais conflitos, originariamente de natureza coletiva, são interindividualizados na via processual e encontram tutela no sistema judiciário, multiplicando a irracionalidade no interior do

Sistema Único de Saúde e dificultando ainda mais a gestão de uma saúde pública marcada pelo subfinanciamento” (BISOL, 2008). Ele ainda acrescenta “Liminares dessa natureza são concedidas, inclusive, para o acesso a medicamentos não autorizados pelo Ministério da Saúde e pela Vigilância Sanitária, expondo muitas vezes o gestor à ação criminosa de máfias locais de médicos e advogados e até mesmo máfias internacionais, como restou comprovado recentemente na CPI da Saúde no Distrito Federal. São também liminares para procedimentos de alta complexidade ou para atendimentos ambulatoriais que acabam provocando injustiça maior, atropelando os direitos dos que aguardam pelo mesmo tipo de procedimento em uma lista de espera, organizadas segundo critérios clínicos e não judiciários. Em conclusão, de forma direta e objetiva: a atuação judiciária, hoje no Brasil, é desestruturante das políticas sanitárias e do Sistema Único de Saúde, de um modo geral” (BISOL, 2008).

Analisando a amplitude deste problema, judicialização da saúde, é um fenômeno que pode prejudicar a execução de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o cumprimento de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, insumos e serviços de saúde acarreta gastos elevados e não programados. Em 2005, o Governo Federal gastou diretamente R\$ 2,5 milhões com aquisição de medicamentos solicitados pela via judicial e foi citado como réu em 387 processos. Em 2007, o gasto passou para R\$ 15 milhões destinados ao atendimento de aproximadamente três mil ações. Em 2008, as despesas alcançaram R\$ 52 milhões. (Machado MAA et al, 2011).

Diante de toda essa discussão em torno de garantia a saúde, um debate que sempre permeia é a concepção de direito individual e coletivo, onde encontramos o seguinte posicionamento “A decisão jurídica do caso individual, portanto, posta a quem teve a oportunidade de acesso ao Judiciário, não pode desconsiderar a política pública destinada a garantir o mesmo direito de toda uma coletividade, sob pena de privilegiar os interesses de uma pequena parcela da população, conforme Santos. Lopes indaga: ‘a prestação do serviço depende da real existência dos meios: não existindo escolas, hospitais e servidores capazes e em número suficiente, o que fazer? Prestá-lo a quem tiver tido a oportunidade e a sorte de obter uma decisão judicial e abandonar a imensa maioria à fila de espera?’”. (DALLARI e

BADIM, 2007) Este trabalho então visa ampliar essa visão em que o direito individual sempre deve ocasionar um desfavorecimento no direito coletivo.

No DF, o ponto de contato inicial dos cidadãos que acionam o sistema de justiça na busca pelo acesso a um serviço de saúde com maior frequência é a Defensoria Pública - Núcleo da Saúde/DF (PENALVA, 2011), que pelo seu sítio da Defensoria esse núcleo tem por função “atender o paciente da Rede Pública de Saúde quando tiver problema(s) em qualquer uma das fases do atendimento, como na marcação de consultas, na aquisição de medicamentos, durante os tratamentos realizados etc. A atuação dessa área também abrange a ação de transferências de UTI’s. Além disso, o Núcleo da Saúde trata de questões como cirurgias variadas (entre elas, a cirurgia de mudança de sexo), drogadição, ou seja, problemas com drogas ilícitas e com drogas lícitas (como o álcool), internações psiquiátricas e internação compulsória.”.

Em alguns casos a ação de judicialização infringe um princípio do direito, quando se há exigência da garantia a saúde para apenas o indivíduo que aciona o sistema de justiça, o princípio da igualdade, prevendo a igualdade de aptidão, uma igualdade de possibilidades virtuais, ou seja, todos os cidadãos têm o direito de tratamento idêntico pela lei, em consonância com os critérios albergados pelo ordenamento jurídico. No caso da saúde cria-se uma dissonância no respaldo em que àquele que tem mais informação tem uma maior suscetibilidade ao direito a saúde em decorrência daquele que não tem. Violação na qual acontece devido ao respaldo do princípio da dignidade da pessoa humana elencado também no rol dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988, que tem por precursor Kant no livro *Fundamentação da metafísica dos costumes* no qual cita “No reino dos fins, tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem preço, pode ser substituída por algo equivalente; por outro lado, a coisa que se acha acima de todo preço, e por isso não admite qualquer equivalência, compreende uma dignidade.”, Respaldo então a defesa que a falta de oferta de serviço não é alegação para defesa do Estado, afinal saúde e a vida humana não tem preço.

Outra alegação da Defensoria Pública para obtenção do serviço é corroborado pela ação de Controle jurisdicional dos atos da administração pública, ocorrendo que, sendo o Estado omissivo a prestação de um serviço público que ele

garante ao cidadão, o sistema judiciário tem o dever de impor que seja cumprida tal obrigação.

Na tentativa de conciliar melhor os casos de judicialização da saúde em todo o território brasileiro, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio da resolução Nº 107, DE 6 ABRIL DE 2010, institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos. A partir deste foram criados comitês em caráter estadual para resolução das demandas judicializadas da saúde no intuito de sanar este problema.

Experiências exitosas nesse campo tem sido os CIRADS que significam Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde, que visa a solucionar, administrativamente, as demandas envolvendo o cidadão e o Sistema Único de Saúde - SUS.

A solução administrativa dos conflitos da saúde é viabilizada por meio da análise, pelo CIRADS, dos casos concretos em que o assistido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não tenha recebido o devido atendimento pelo referido sistema, a fim de identificar tanto os casos em que o pleito pode ser atendido administrativamente, evitando a sua judicialização, quanto aqueles em que se pode conciliar em ações judiciais já em curso, nas hipóteses em que o tratamento de saúde (fornecimento de medicamentos, insumos, materiais e serviços de saúde) esteja previsto no âmbito do SUS e não tenha sido prestado, bem como naquelas hipóteses em que, por algum motivo, o médico tenha indicado tratamento diverso dos que são oferecidos pelo SUS.

Constitui objetivo do CIRADS, também, a apresentação de propostas, perante as autoridades competentes, tendentes ao aperfeiçoamento do SUS. A prática do CIRADS ocorre no estado do Rio Grande do Norte que iniciou seus trabalhos em julho de 2009 e recebeu menção honrosa no VII Edição do Prêmio Innovare 2010.

Em relação à magnitude dos crescentes casos relacionados à judicialização, a situação do Distrito Federal não é muito diferente, porém desde início de 2011 foi

criado o Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal baseado na RESOLUÇÃO N. 107/CNJ – que Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, no qual estão presentes diversas autoridades tanto do setor judiciário do poder local quanto da Secretaria de Estado de Saúde – SESDF. Este comitê guarda peso no mínimo moral, para as ações dos gestores, assim como não tem o poder de dispensar licitação, mas pode legitimar o processo, no qual seu foco está na garantia do direito coletivo, porém consegue também interferir nas ações do direito individual como poderá ser visto neste trabalho.

A instauração do comitê cria uma aproximação de diversos “atores sociais” envolvidos em casos decorrentes a este fenômeno: Defensoria Pública, Ministério Público, Justiça Federal, Tribunal de Justiça, etc. No qual tem também por finalidade abolir o desconhecimento mútuo entre os atores e suas atuações e criação de uma maior articulação entre os entes.

Já na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para se garantir uma melhor forma de acesso em que o serviço não fique no controle do estabelecimento de saúde criando uma segregação e falta de informação, o Distrito Federal criou a Diretoria de Regulação do DF, no qual gerencia 4 áreas, a Gerência Reguladora da Atenção Ambulatorial na qual é responsável pela regulação das consultas ambulatoriais em algumas especialidades no sistema de saúde; Gerência Reguladora de Alta Complexidade Interestadual responsável pelo controle de pacientes em tratamento fora do DF; Gerência de Acompanhamento e Contratualização para pacientes recebendo serviços de saúde na rede privada, porém pago pelo Estado; e Gerência Reguladora da Internação Hospitalar responsável por organizar, priorizar e controlar pacientes que necessitam de leitos UTI no DF na rede pública.

Para controle e organização do serviço de terapia intensiva citada acima a Secretaria de Estado de Saúde organiza seu domínio de leitos por meio do mecanismo de regulação, que nesse caso é coordenada pela Gerência Reguladora da Internação Hospitalar do Distrito Federal deve ser organizada da seguinte forma: o paciente é inserido no sistema pela porta da urgência e emergência, nesse caso o médico avalia sua situação e elabora uma análise clínica. Havendo a necessidade

de leito UTI o profissional de saúde responsável pelo paciente encaminha a informação para a Central de Regulação, esta informação chega imediatamente a Ger. Reg. Internação Hospitalar que neste complexo existem médicos específicos, chamados médicos reguladores, que avaliam a análise passada pelo médico de origem em caráter de prioridade. O grau de prioridade é dado por cores, sendo três prioridades, vermelha maior risco, amarela risco intermediário e verde baixo risco ou eletivo. Assim que um leito é desocupado, se é informado para regulação e esta é a única que pode inserir um novo paciente, em leitos regulados, sendo àquele cuja necessidade está na lista de espera, este leito sendo adequado para o paciente, o mesmo já é alocado imediatamente obtendo seu acesso ao serviço. (Ministério da Saúde / DATASUS / SISREG, 2008)

Dentro de acesso, garantia à saúde, judicialização e analisando a realidade do Distrito Federal foi encontrado um trabalho denominado “Judicialização do Direito à Saúde: O caso do Distrito Federal” da autora Janaína Penalva que analisou as tendências do Poder Judiciário frente às demandas sobre o direito à saúde, por meio de um estudo de caso de demandas judiciais cíveis por acesso à assistência em saúde no Distrito Federal. Foram analisadas 385 ações que tramitavam na 2ª Vara de Fazenda Pública do Distrito Federal, no período entre 2005 e 2010. O estudo levou a duas conclusões principais: a judicialização da saúde é um fenômeno complexo que engloba outros bens além dos medicamentos e a tese de que a judicialização favorece as elites não se comprovou no Distrito Federal.

A análise também mostrou que dos processos judiciais em que se requeria a garantia de algum aspecto do direito à saúde mostrou que, no Distrito Federal, o principal bem judicializado é o acesso à UTI com 66% e seguida medicamentos com 15% e assistência médica com 13%.

Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) são consideradas como locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes aí internados há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva. (SOUZA ET. AL. 1985), assim como algumas características peculiares de uma UTI são “o ambiente permeado por tecnologia de ponta, situações iminentes de emergência e

necessidade constante de agilidade e habilidade no atendimento ao cliente.”
(BOLELA ET. AL. 2006)

Entender a situação da oferta de leitos de terapia intensiva tem por base de estudo a Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002. Cujas finalidades são estabelecer os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS que junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde é possível estabelecer se o Distrito Federal tem uma quantidade de leitos abaixo, medial ou acima do padronizado pela portaria. Já o custo para manutenção de um leito UTI na rede de serviço é dado pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

O contexto do Distrito Federal em relação a leitos UTI tem sido com base no estudo feito e nas abordagens baseadas pelas dimensões de acesso é possível se inferir algumas considerações, o Distrito Federal possui de acordo com a Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde 2.570.160 habitantes, num território de 5.787,78 km². Nesse espaço existem 33 hospitais sendo eles públicos e privados, dos quais o SUS possui 4.903 leitos.

Públicos são um total de 10 hospitais alocados no território, além do Hospital Universitário de Brasília que faz parte da rede conveniada e outros 6 hospitais privados que fazem parceria como rede contratada. A tabela 1 do apêndice demonstra um quantitativo de leitos UTI relativo a agosto de 2012. A portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002 diz que em linhas gerais, estima-se a necessidade de leitos hospitalares da seguinte forma:

- a) Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes;
- b) Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média para municípios grandes, regiões, etc.).

Na dimensão capacidade de pagamento, a análise é feita observando o custo para manutenção de um leito UTI na rede de serviço é dado pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Com base nesta tabela o custo da diária de uma unidade de terapia intensiva varia em três valores, R\$139,00, R\$478,72 e R\$508,63 referentes a especificidade do caso. Como visto nas tabelas 1 e 2, na tentativa de oferecer mais leitos para a população

o SES-DF faz contratos de utilização de leitos na rede privada. O valor da diária de um leito UTI nos hospitais da tabela 2 contratados varia de R\$400,00 à aproximadamente R\$ 600,00 já com custos de medicamentos e outros procedimentos essa diária do paciente pode chegar até R\$3.450,00 (dados da SES-DF de janeiro a julho de 2012). A criação de um novo leito UTI requer um alto investimento. Cada unidade deve ter uma cama com balança, que custa R\$ 22 mil. Além disso, é necessário um respirador, orçado em R\$ 56 mil, e um monitor, que não sai por menos de R\$ 13 mil. Além dos R\$ 91 mil em equipamentos, ainda há os gastos com infraestrutura, geradores, coleta de lixo e, principalmente, contratação de pessoal para fazer o atendimento aos pacientes (CORREIO BRAZILIENSE, 2011).

Daí criou-se a ideia do estudo, analisar as influências do Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal quanto a leitos UTI, a elaboração de um fluxo de como ocorre todo esse processo desde a necessidade do acesso até o caso julgado e judicializado e as ações que o comitê originou para que esse processo fosse alterado garantindo um melhor acesso na questão do direito individual, também como as ações do comitê para garantia do direito coletivo, observando sempre que esta é uma aproximação progressiva de uma realidade mutável.

Assim como quando se fala da dimensão informação como dimensão do acesso se faz referência tanto a disponibilidade de informação para usuários quanto os fluxos de informações entre os atores que participam do Comitê.

4. OBJETIVOS

Estudar a influência do Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal (CES-DF) como forma de intervenção no fenômeno de judicialização da demanda pelo serviço de leito UTI no Distrito Federal no período de maio de 2011 a setembro de 2012.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:




- Descrever as principais características do Comitê Executivo de Saúde do DF;
- Descrever mudanças influenciadas pelo CES-DF no processamento das demandas individuais por internações UTI nos âmbitos dos serviços de saúde, na Defensoria Pública e no Judiciário do DF;
- Descrever mudanças influenciadas pelo CES-DF nas dimensões de disponibilidade e informação que afetam o direito coletivo do acesso à internação a leitos UTI;
- Sugerir relações entre a garantia do direito individual ao acesso e a garantia do direito coletivo ao acesso do serviço estudado, leito UTI.





5. METODOLOGIA

A coleta de dados foi dada por pesquisa de campo relacionado ao tema comitê e relacionado ao tema judicialização uma pesquisa bibliográfica. O trabalho se iniciou com entrevistas com os três principais atores no processo de obtenção ao leito UTI no DF e negociadores desse conflito sanitário. Pela Secretaria de Estado de Saúde, a Diretoria de Regulação e pelo Sistema de Justiça a Defensoria Pública Núcleo de Saúde e o Tribunal de Justiça.

Após entendimento melhor sobre o assunto, foi elaborado um questionário semiestruturado (APÊNDICE I) e aplicado para cada um dos atores, além de aquisição de material de apoio relacionado ao trabalho. Estas foram feitas após cada participante assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II) no qual a entrevista seria gravada e transcrita para a coleta de dados. Foram obtidas algumas atas das reuniões do Comitê Executivo de Saúde com a finalidade de se entender quais temas eram debatidos, os maiores desafios e a finalidade do comitê para solução de demandas individuais e coletivas. As entrevistas foram gravadas e transcritas, porém devido a sigilosidade das falas os textos íntegros não entrarão no trabalho, apenas falas que serão acompanhadas de contextualização.

Para elaboração dos fluxos dos processos para obtenção ao leito UTI no DF, antes da ação do Comitê e depois, foi utilizado o modelo de Fluxo da “*American National Standards Institute*”, o fluxo ANSI (RODRIGUES, 2008) que terá como seguinte simbologia:

SIMBOLO (S)	SIGNIFICADO
	Início ou fim de um processo
	Atividade
	Alternativa

	Decisão
	Documento
	Espera
	Resposta a decisão (SIM ou NÃO)

Para entendimento do estudo é necessário definição de alguns conceitos utilizados no estudo.

- Processamento – Sequenciamento de passos num orientados a um fim. Neste TCC utiliza-se eventualmente "fluxo" como sinônimo de processo.
- Demanda por serviço – Não se refere a “demanda judicial”, refere-se a exigência de atendimento feita pelo usuário junto a um serviço de saúde (hospital). Essa demanda por serviço pode gerar ou não um processo judicial.
- Informação – trata-se tanto como dimensão do acesso referenciada no marco teórico quanto a disponibilidade de informação para usuários e também aos fluxos de informações entre os atores que participam do Comitê.

Foram pesquisadas das 4 dimensões estudadas apenas 2 foram questionadas nas entrevistas com os atores, as dimensões disponibilidade e informação. A pesquisa não focou nas dimensões capacidade de pagamento e aceitabilidade durante a coleta de dados.

6. RESULTADOS

O estudo analisou entrevistas com um juiz de Vara de Fazenda Pública, o coordenador da Defensoria Pública do DF Núcleo Saúde e o coordenador da Diretoria de Regulação da Secretaria de Saúde do DF, com no mínimo três encontros com cada um deles. Analisou as atas das reuniões do Comitê Executivo de Saúde dos dias 10 de agosto de 2011, 13 de setembro de 2011, 05 e 17 e 26 de outubro de 2011, 13 de dezembro de 2011, 14 de fevereiro de 2012, 30 de março de 2012 e esteve presente na reunião do Comitê no dia 21 de junho de 2012.

Analisando o caso Distrito Federal observa-se que para leitos hospitalares totais, a taxa de proporção no DF está de 1,907 leitos para cada 1.000 habitantes, para alcançar a necessidade mínima protocolada o DF necessitaria de 6.425 leitos para alcançar a média de 2,5 leitos para cada 1000 habitantes. Já no caso leitos UTI o DF contando apenas com rede própria e rede conveniada este possui 334 leitos que calculando a média protocolada pela portaria temos uma taxa de 6,81% dos leitos como unidades de terapia intensiva, se baseando pela média mínima necessária que o DF deveria ter que são 6.425 leitos, a taxa passaria para 5,19% do total de leitos o que ainda estaria dentro do padrão.

6.1 O Comitê Executivo De Saúde Do Distrito Federal

De acordo com a resolução nº 107 do CNJ, o Fórum Nacional do Judiciário tem por competência: o monitoramento das ações judiciais que envolvam prestações de assistência à saúde, como o fornecimento de medicamentos, produto ou insumos em geral, tratamentos e disponibilização de leitos hospitalares; o monitoramento das ações judiciais relativas ao Sistema Único de Saúde; a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário; o estudo e a proposição de outras medidas consideradas pertinentes ao cumprimento do objetivo do Fórum Nacional.

No âmbito do Fórum Nacional serão instituídos comitês executivos sob a coordenação de magistrados indicados pela Presidência e/ou pela Corregedoria Nacional de Justiça, para coordenar e executar as ações de natureza específica, que forem consideradas relevantes, a partir dos objetivos do artigo anterior.

O objetivo do Comitê de Saúde do DF é ser um espaço de articulação e conciliação entre as partes, não analisando casos individuais, porém tratando do direito a saúde de forma coletiva baseado na resolução nº 107 do CNJ.

Com base em algumas falas e seus contextos, análises foram feitas para demonstrar a finalidade e o caráter do CES-DF:

“É possível ver um aumento na atenção a saúde em caráter de melhora da oferta.” (Juiz) O Comitê trabalha com priorizar os fatores que dificultam o acesso da população ao serviço de saúde, isso na busca tanto de maior oferta dos serviços quanto na qualidade da atenção a saúde.

“O foco do comitê tem se ampliado...” (Defensor Público) De acordo com a resolução nº 107 do CNJ o trabalho inicial do Comitê era monitorar as ações judiciais, entretanto, nesse espaço de tempo já são possíveis observar proposição de medidas concretas para auxílio de demandas pelo serviço e não apenas demandas judiciais.

“O foco não é o varejo o foco é o atacado, o foco não é o individual o foco é o coletivo, isto está muito claro para a gente.” (Defensor Público) O Comitê é um espaço de inúmeros agentes públicos expertises em suas áreas, com isso o crescente número de demandas judiciais sobre o mesmo tema são prioridades não com o objetivo de resolução de demanda individual específica, mas mediar formas para resolução de determinado problema.

“Primeiro que eu não posso considerar o comitê executivo como o comitê de judicialização o nome não é bem esse, na verdade ele se ampliou, o foco dele não é só reduzir as ações judiciais, ou seja enfrentar os focos de ações judicial. Ele se tornou um espaço plural de debate de vários aspectos da saúde no DF.” (Defensor Público) Além de se trabalhar no monitoramento e proposição de medidas concretas que envolvam prestação de assistência a saúde o CES-DF é também um espaço articulação e conhecimento mútuo entre os atores participantes que em alguns casos conseguem resolver demandas de formas conciliadas.

“Um espaço, por exemplo, de acompanhamento de o que a secretaria de saúde tem feito, então é um trabalho amplo e coletivo, raramente a gente discute casos individuais concretos, ou seja, a gente não chega no comitê executivo pega assim 20 ações judiciais e diz vamos resolver essas aqui.” (Defensor Público) Por ter como ator parceiro a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), o espaço se tornou um ambiente onde o poder executivo enxerga o fenômeno da judicialização não por base apenas de demandas judiciais, mas também como indicadores necessidade de mudanças no serviço.

“Nós temos um espaço onde as atuações do comitê legitimam as ações do gestor.” (Juiz) Pela gestão pública ser considerada bastante burocrática os atores do Comitê com base nas dificuldades dela e com suas expertises condicionam respaldos jurídicos para tomadas de decisão da SES-DF.

“É também um espaço de mediação dos conflitos ao largo da judicialização.” (Defensor Público) Dependendo do caso questões individuais também são levadas para o Comitê devido sua complexidade, por meio de conciliação medidas podem ser tomadas tornando-as mais efetivas.

“Não faz sentido você juntar um grupo tão grande e qualificado de pessoas de todas as instituições para discutir um caso, que em muitas vezes não diz respeito a todos, melhor, 99% das vezes não diz respeito a todos que estão ali, não faz sentido.” (Defensor Público) Cada reunião envolve aproximadamente 20 pessoas das mais diversas áreas, seja do sistema de justiça, seja da secretaria de saúde e nível federal, reforçando a ideia de que este espaço visa medidas de atenção a saúde coletiva mesmo dessa forma algumas pautas acabam não dizendo respeito a todos os atores.

“Há uma junção de forças no comitê, guarda um respaldo no mínimo simbólico, representativo e político, mas não normativo.” (Juiz) Mesmo sendo instituído por um Fórum Nacional do Conselho Nacional de Justiça, seu poder não pode ser normativo com isso a tomada de decisão final ainda é do juiz, do secretário de saúde, do defensor público e de cada ator no espaço.

“A coisa é jogado luz naquele problema, então há uma pressão.” (Defensor Público) Por a cada reunião existir tantos atores os problemas de saúde

ganham uma grande visibilidade, ganhando mais impulso para sua resolução tornando-as prioridade.

“Então é como se o comitê observa um problema, chancela a necessidade de uma solução pra isso ele cria uma legitimidade para a própria secretaria agir dentro dela.” (Defensor Público) Pela gestão pública ser marcada por inúmeros desafios, esse espaço consegue dar prioridade para uma necessidade e assessoria para completude da atenção a demanda.

6.2 Mudanças do Comitê no processamento das demandas individuais ao acesso a leito UTI

Com base no estudo foi possível encontrar influências nos âmbitos da Defensoria Pública, do poder Judiciário e do Serviço de Saúde no processamento das demandas individuais ao acesso a leito UTI.

1. Defensoria Pública do Distrito Federal Núcleo Saúde

Foi perceptível que a maior ação do Comitê em relação a garantia individual ao leito UTI para todos os agentes públicos envolvidos, foi uma mudança na forma de articulação em que os atores participam nesse processo. A Central de Regulação organiza sua lista de espera por leito UTI através de um programa chamado “TRACKCARE”. Nesse software se enxerga os contatos do paciente, onde esse paciente está alocado, a prioridade desse paciente nesta lista, a necessidade do tipo de leito que esse paciente necessita, se existe um mandado judicial para esse paciente, um resumo clínico, encaminhamentos entre outras informações.

Este programa só era visto pela Central de Regulação, fazendo esse ator do Sistema de Justiça não entender como se dava essa lista, dificultando o processo de trabalho de comunicação com a família que o procura de forma emergencial por um serviço, abrindo margem para exigir uma ação judicial. O comitê por se tornar um espaço de articulação negociou com a Secretaria de Saúde para que o Sistema de Justiça também tivesse acesso a essa lista, porém com nível de segurança de informações diferentes. Isso garantiu uma maior transparência do processo, acarretando num maior discernimento dos

atores envolvidos na tomada de decisão e transparência também aos familiares que vão a defensoria em busca de ajuda para obtenção do serviço de leito UTI e são melhor esclarecidos pelo acesso que os defensores tem da lista.

Além disso, a negociação individual por leitos acontece no espaço do Comitê informalmente pelos atores, pois é um ambiente de encontro que na tentativa de formas mais harmônicas conciliam suas necessidades e dificuldades pessoalmente com possibilidade de resolver determinada demanda, ou não. Para Defensoria Pública foi um grande avanço do Comitê, pois acarretou na criação de um vínculo, um canal de comunicação direta entre defensor público e gestor de saúde. Esse espaço de comunicação tornou a relação do conflito sanitário uma forma mais conciliadora, por meios extrajudiciais.

2. Poder Judiciário do Distrito Federal

A obtenção do acesso ao instrumento de regulação que a Secretaria de Saúde utiliza para organização dos leitos regulados pelo poder judiciário tornou o processo mais transparente, auxiliando na decisão judicial e mostrando as dificuldades de escassez de leitos, principalmente especializados demonstrando também sua baixa rotatividade.

Outra influencia, é que o esclarecimento que os juízes têm pelas informações e pactuações feitas no comitê em que a decisão judicial se baseasse mais nos critérios técnico-clínicos e na sentença exige que seja observado os critérios da regulação, dando mais respaldo as ações da Central de Regulação e obedecendo mais os critérios da fila. Entretanto, nem sempre as decisões são tomadas assim, visto que existem pacientes que necessitam de um serviço e já estão a espera dele há muito tempo, ai a decisão muda e o mandado judicial ordena internação imediata do paciente sujeitando seu descumprimento multa para o Estado ou prisão do gestor de saúde.

3. Secretaria de Saúde do DF

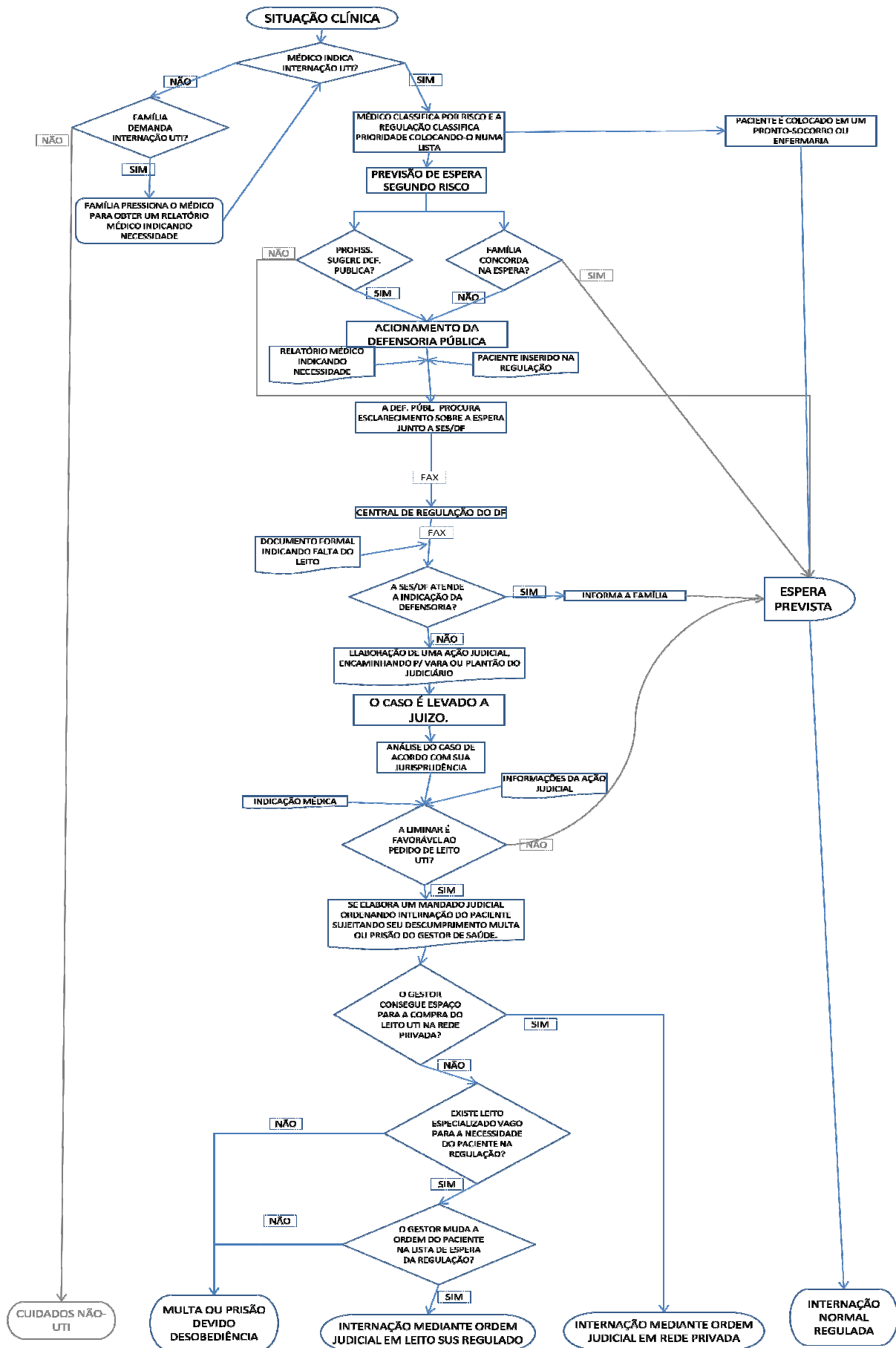
Com o espaço do Comitê a secretaria de saúde conseguiu negociar e articular melhor os processos de possíveis casos de ações judiciais devido a transparência do processo. Nesse âmbito o comitê tem atuado mais no esclarecimento aos magistrados e em orientações quanto ao que significa a regulação do acesso aos leitos de UTI, respaldando critérios clínicos ocasionando no desenvolver da ordem da fila; porém nem sempre isso acontece devido a alguma ação judicial que aparece e a SES-DF não consegue obter um leito UTI na rede privada.

Com base nessas informações foi possível a elaboração de um fluxo de processo de como se dá uma demanda individual por um leito UTI, desde o estágio inicial que é a situação clínica do paciente até a obtenção ou não de um leito UTI. O fluxo 1 demonstra esse caminho antes das influências ocasionadas pela ação do Comitê e o fluxo 2 demonstra as alterações ocorridas devido as influências do Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal, que foram o acesso a lista de regulação da secretaria de saúde por todos os atores do sistema de justiça e a mudança no perfil da sentença judicial baseada nos critérios clínicos desenvolvidos pelos protocolos da secretaria de saúde.

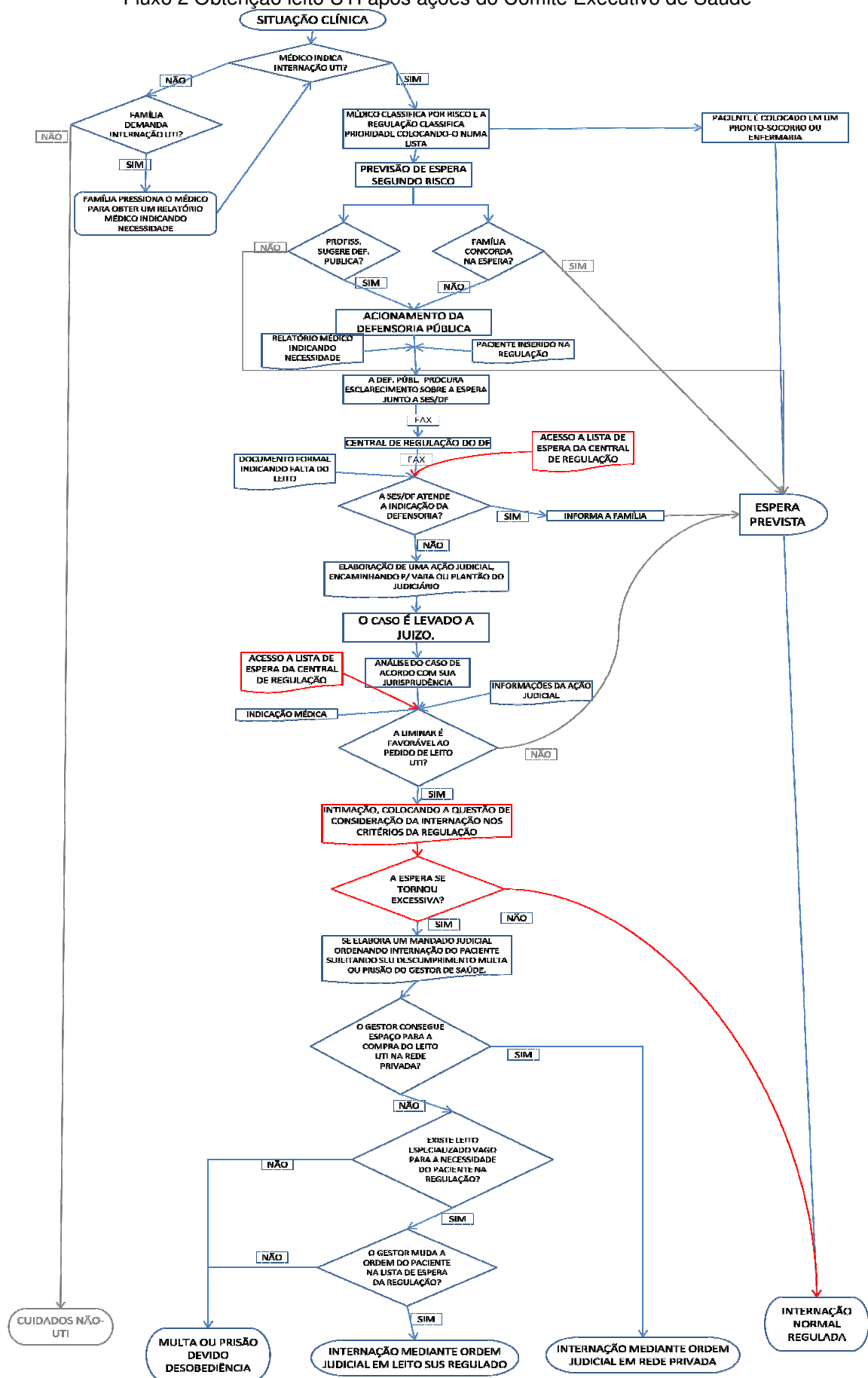
Uma divergência encontrada pelos pesquisadores entre os atores foi uma diferença nos discursos dos entrevistados relacionando a ações/conduas diferentes nos casos de ações judicializadas acontecendo que a sentença dada por um juiz de vara de fazenda, ou um do plantão do judiciário que tem por liminar judicial a internação do paciente imediata e a retirada do mesmo da fila de espera ocasionando em multa ou prisão no caso de desobediência não tem ocorrido da forma devida. Essa ação deve ocasionar que o paciente não se sobressaia sobre os outros na fila devido a judicialização, ele deve sair dela e ser atendido pela rede privada com verbas de outro orçamento, afinal “terceiro não pode ser prejudicado por ação do direito entre A e B”. Entretanto a execução da ordem judicial é mal realizada, devido o passado financeiro e o descrédito do setor privado no Governo do Distrito Federal, acarretando que a rede privada de serviços, tirando as contratadas, apresentem a negativa quanto a leito UTI por receio de repasse da verba. Isso ocasiona um impasse da gestão pública e o gestor não consegue obter o

leito na rede privada e com receio de prisão ou multa se vê pressionado a sobressair o paciente sobre os outros na fila de espera.

Fluxo 1 Obtenção leito UTI antes do Comitê Executivo de Saúde



Fluxo 2 Obtenção leito UTI após ações do Comitê Executivo de Saúde



6.3 Mudanças no processamento das demandas coletivas influenciadas pelo Comitê Executivo de Saúde nas dimensões de disponibilidade e informação que afetam acesso à internação a leitos UTI

O espaço do Comitê Executivo de Saúde tem sido de maior importância nas questões relacionadas a situação da gestão de saúde de todo o Distrito Federal. Com base em algumas falas, análises foram feitas para exemplificar a influência do Comitê nas dimensões disponibilidade e informação que afetaram o direito coletivo do acesso a internação de leitos UTI.

4. Disponibilidade

“O comitê procura junto a SES desencadear ações de âmbito coletivo, como por exemplo cobrar a ampliação de leitos de UTI na rede, etc, baseado em informações agregadas de demandas judiciais.” (Defensor Pública) É constante por base de análise das atas encontrar como pontos de pauta sobre o número de casos que aparecem na Defensoria Pública devido a dificuldade de acesso a leitos UTI, com isso ocorre uma cobrança e um foco nesse problema na tentativa de tentar amenizá-lo.

“E ai no comitê foi negociado o reforço da neurocirurgia do base, a criação e ampliação de leitos.” (Diretor de Regulação) Com base nas tabelas 1 e 2 que demonstram o quantitativo de leitos de UTI disponíveis pela SES-DF é possível observar que em maio de 2012 a SES-DF contava apenas com 8 leitos especializados com suporte neurocirúrgico no Hospital de Base, já em agosto de 2012 a SES-DF obtinha 27 leitos especializados com suporte neurocirúrgico no Hospital de Base, um aumento de 19 leitos que pela fala dos entrevistados tiveram influência do CES- DF para sua obtenção.

“Negociamos no comitê ampliação dos leitos de UTI, eles ampliaram e agora diminuiu drasticamente relação de UTI.” (Defensor Público) Também com base nas tabelas 1 e 2 que demonstram o quantitativo de leitos de UTI disponíveis pela SES-DF é possível observar que em maio de 2012 a SES-DF contava com um total de 236 leitos UTI utilizados na rede própria de serviço, 58 da rede contratada, e 10 da rede conveniada, contabilizando 304 leitos UTI. Já em agosto de 2012 as SES-DF contava com

309 leitos UTI utilizados na rede própria de serviço, 61 leitos na rede contratada e 10 leitos da rede conveniada, totalizando 380 leitos UTI, um aumento de 25% no número de leitos que devido as falas dos entrevistados tiveram influência do CES-DF.

5. Informação

“Nesse âmbito o comitê tem atuado mais no esclarecimento aos magistrados e em orientações quanto ao que significa a regulação do acesso aos leitos de UTI.” (Diretor de Regulação) Como falado na finalidade e caráter do Comitê, este se tornou um espaço de diálogo e articulação, isso garantiu uma maior possibilidade da gestão dos leitos devido a mudança da sentença judicial, visto no fluxo 2.

“Segundo que é o fato mais interessante é porque dentro da secretaria de saúde a resolução desse problema de saúde ganha relevância e legitimidade e prioridade.” (Defensor Público) Por ser um tema de grande desafio, a obtenção de leitos UTI tem sido um dos carros chefe na busca de dimensionar melhor esse problema no sistema de saúde do Distrito Federal.

“Então não é só o que o comitê decide que influencia positivamente a saúde é a oportunidade, existia um espaço onde os diferentes atores vão conviver, por exemplo a partir do comitê nos estreitamos os laços de relação com alguns gestores da secretaria de saúde e juntos começamos a elaborar formas mais... a partir do comitê também, o comitê ajudou bastante nesse sentido.” (Defensor Público) Fator que influenciou bastante na disponibilidade de leitos UTI no DF.

“Eu colocaria dois motivos fáceis, o primeiro é que quando a coisa é levada ao comitê há uma pressão para que a coisa aconteça, a defensoria levou, é uma ação da defensoria só? Não, se a defensoria levou e todos do comitê concordam que isso é um problema, vai ter pressão do judiciário, do ministério público, da procuradoria do DF, e de outros setores que se fazem presentes” (Defensor Público) Isso é uma

ação de transparência que o Comitê conseguiu trazer voltado para o tema leitos UTI.

“Lá o governo apresenta seus planos de metas em relação a leitos UTI e necessidades em geral e faz de lá um lugar para prestação de contas.” (Diretor de Regulação) Além de mostrar a implementação de novos leitos, a secretaria de saúde no Comitê Executivo de Saúde apresenta seus planos de metas para obtenção desses leitos, dando mais transparência para cobranças de prazos e propostas.

É consenso entre os entrevistados que na relação comitê com a garantia do direito coletivo que este originou grandes avanços, a criação de um vínculo entre os atores ocasionando num maior entendimento nas ações e diminuindo como citado acima nas divergências entre os atores essas disparidades, destacando-se o caráter de um espaço de diálogo entre atores institucionais do CES-DF. Além de um espaço onde se pode ver o planejamento, execução e acompanhamento do incremento dessa oferta.

6.4 Sugestão de relações entre a garantia do direito individual ao acesso e a garantia do direito coletivo ao acesso ao serviço estudado, leito UTI

Por base de uma análise da combinação dos pontos de vista dos entrevistados, foi possível encontrar uma avaliação em que foi possível encontrar relações entre a garantia do direito individual e direito coletivo de forma harmônica sendo por base desta alegação, a decisão do juiz priorizando a lista da regulação, porém impondo a execução da ação do mandado judicial cria uma nova análise. Ao se priorizar a lista, mas também garantir o direito ao serviço para aquele paciente demandado judicialmente, a secretaria de saúde se vê na obrigação de agir com mais rapidez, para que os paciente prioritários na frente do judicializado pela lista de espera sejam atendidos e o paciente com liminar judicial também seja em tempo hábil. Isso faz que tanto a garantia do direito coletivo seja respeitada, de uma forma possivelmente mais rápida, quanto este paciente com liminar seja atendido com agilidade e sem passar pelos mais priorizados na lista de espera.

Tabela 1 – Quantitativo de leitos de UTI e resumo (Agosto de 2012)

QUANTITATIVO DE LEITOS DE ÚTI							
UNIDADE EXECUTANTE		ADULTO			PEDIÁTRICA	NEONATAL	TOTAL
		GERAL	CORONÁRIA	NEURO-TRAUMA			
REDE PRÓPRIA							
HBDF	Regulados	4	8	20	6	1	39
	Eletivos	5	8	7	3	2	25
	Captação de Órgãos	1	0	0	0	0	1
	Inativos	0	1	2	0	0	3
	Subtotal	10	16	27	9	3	65
HRAN	Regulados	9	0	0	0	0	9
	Eletivos	1	0	0	0	0	1
	Inativos	0	0	0	0	0	0
	Subtotal	10	0	0	0	0	10
HMIB	Regulados	6	0	0	15	29	50
	Eletivos	4	0	0	1	0	5
	Crônicos	0	0	0	4	0	4
	Inativos	5	0	0	0	4	9
	Subtotal	10	0	0	20	29	59
HRC	Regulados	10	0	0	0	8	18
	Eletivos	0	0	0	0	0	0
	Inativos	0	0	0	0	0	0
	Subtotal	10	0	0	0	8	18
HRG	Regulados	20	0	0	0	0	20
	Eletivos	0	0	0	0	0	0
	Inativos	0	0	0	0	0	0
	Subtotal	20	0	0	0	0	20
HRPA	Regulados	8	0	0	0	0	8
	Eletivos	2	0	0	0	0	2
	Inativos	0	0	0	0	0	0
	Subtotal	10	0	0	0	0	10
HRS	Regulados	8	0	0	0	0	8
	Eletivos	2	0	0	0	0	2
	Inativos	0	0	0	0	0	0
	Subtotal	10	0	0	0	0	10
HRSAM	Regulados	20	0	0	0	0	20
	Eletivos	0	0	0	0	0	0
	Inativos	0	0	0	0	0	0
	Subtotal	20	0	0	0	0	20
HRSM	Regulados	61	0	0	11	10	82
	Eletivos	0	0	0	0	0	0
	Crônicos	0	0	0	10	0	10
	Inativos	1	0	0	0	0	1
	Subtotal	61	0	0	21	10	92
HRT	Regulados	8	0	0	6	6	20
	Eletivos	0	0	0	0	0	0
	Inativos	0	0	0	2	0	2
	Subtotal	8	0	0	6	6	20
TOTAL DE LEITOS		169	16	27	56	56	324
REDE CONVENIADA							
HUB	Regulados	4	0	0	0	4	8
	Eletivos	2	0	0	0	0	2
	Inativos	0	0	0	0	0	0
	TOTAL DE LEITOS	6	0	0	0	4	10
REDE CONTRATADA							
ICDF	Regulados	0	11	0	5	0	16
HOME	Regulados	10	0	0	0	0	10
ITI	Regulados	3	0	0	0	0	3
OXTAL	Regulados	8	0	0	0	0	8
SANTA MARTA	Regulados	10	0	0	0	6	16
SÃO FRANCISCO	Regulados	4	0	0	0	4	8
TOTAL DE LEITOS		35	11	0	5	10	61
RESUMO							
REDE PRÓPRIA							
LEITOS UTI		ADULTO			PEDIÁTRICA	NEONATAL	TOTAL
		GERAL	CORONÁRIA	NEURO-TRAUMA			
Regulados		154	8	20	38	54	274
Eletivos		14	8	7	4	2	35
Captação		1	0	0	0	0	1
Crônicos		0	0	0	14	0	14
Inativos		6	1	2	2	4	15
	Subtotal	169	16	27	56	56	324
REDE CONVENIADA							
Regulados		4	0	0	0	4	8
Eletivos		2	0	0	0	0	2
Inativos		0	0	0	0	0	0
	Subtotal	6	0	0	0	4	10
REDE CONTRATADA							
Regulados		35	11	0	5	10	61
	Subtotal	35	11	0	5	10	61
TOTAL		210	27	27	61	70	395

Tabela 2 – Quantitativo de leitos de UTI e resumo (Maio de 2012)

Leitos UTI - Rede Própria							
Unidade Executante		ADULTO	PEDIÁTRICO	NEONATAL	CORONÁRIO	TRAUMA	Subtotal
HBDF	Total Leitos	12	9	3	8	8	40
	Regulados	4	8	2	3	8	25
	Captação	1					1
	Eletivos	7	1	1	5	0	14
	Inativos	0	0	0	0	0	0
HRAN	Total Leitos	10					10
	Regulados	10					10
	Eletivos	0					0
	Inativos	0					0
HRAS	Total Leitos	10	20	29			59
	Regulados	4	16	25			45
	Eletivos	0	0	0			0
	Inativos	6	4	4			14
HRC	Total Leitos	10		8			18
	Regulados	10		8			18
	Eletivos	0		0			0
	Inativos	0		0			0
HRG	Total Leitos	20					20
	Regulados	10					10
	Eletivos	0					0
	Inativos	10					10
HRPa	Total Leitos	10					10
	Regulados	8					8
	Eletivos	1					1
	Inativos	1					1
HRS	Total Leitos	10					10
	Regulados	7					7
	Eletivos	1					1
	Inativos	2					2
HRSam	Total Leitos	20					20
	Regulados	10					10
	Eletivos	0					0
	Inativos	10					10
HRSM	Total Leitos	61	11	10			82
	Regulados	60	11	10			81
	Eletivos	0	0	0			0
	Inativos	1	0	0			1
HRT	Total Leitos	8	6	6			20
	Regulados	8	5	6			19
	Eletivos	0	0	0			0
	Inativos	0	1	0			1
TOTAL REDE PRÓPRIA	Total Leitos	171	46	56	8	8	289
	Regulados	131	40	51	3	8	233
	Eletivos	3	0	0	0	0	3
	Inativos	37	6	5	5	0	53
Leitos UTI - Rede Contratada							
Unidade Executante		ADULTO	PEDIÁTRICO	NEONATAL	CORONÁRIO	TRAUMA	Subtotal
HOME		7					7
ICDF			5		11		16
ITI		3					3
SÃO FRANCISCO		4		4			8
SANTA MARTA		10		6			16
SÃO MATEUS		8					8
TOTAL REDE CONTRATADA		32	5	10	11	0	58
Leitos UTI - Rede Conveniada							
Unidade Executante		ADULTO	PEDIÁTRICO	NEONATAL	CORONÁRIO	TRAUMA	Subtotal
HUB	Total Leitos	6		4			10
	Regulados	4		4			8
	Eletivos	2		0			2
	Inativos	0		0			0
TOTAL REDE CONVENIADA	Total Leitos	6		4			10
	Regulados	4		4			8
	Eletivos	2		0			2
	Inativos	0		0			0
TOTAL DE LEITOS	Total Leitos	209	51	70	19	8	357
	Regulados	167	45	65	14	8	299
	Eletivos	5	0	0	0	0	5
	Inativos	37	6	5	5	0	53

TOTAL GERAL DE LEITOS DE UTI SES - RESUMO				
	SES	Contratado	Conveniada	TOTAL
Leitos Existentes	289	58	10	357
Regulados	233	58	8	299
Eletivos	3	0	2	5
Inativos	53	0	0	53

7. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Na relação leitos UTI existem divisões sendo eles Adulto (Geral, Coronária e Neuro-trauma), pediátrica e neonatal. O leito UTI para cirurgias coronarianas ou com suporte neurocirúrgico são considerados leitos especializados e são esses os maiores casos de judicialização. A unidade coronária possui apenas 16 leitos e a unidade com suporte neurocirúrgico possuem 27 unidades todos esses 43 leitos se localizam no Hospital de Base.

Neste caso o paciente acometido pela situação clínica de necessitar de um leito UTI, como mostrado no fluxo 1, é encaminhado para o hospital mais próximo e colocado no pronto-socorro ou enfermaria, havendo real necessidade do paciente a um leito UTI o médico responsável classifica seu risco e envia seus dados para a Central de Regulação. Este caso é analisado por um médico também na regulação e inserido na lista de espera por leito UTI segundo seu risco, o paciente então será dirigido para UTI do hospital em que houver um leito disponível, podendo ser no que ele está ou qualquer outro hospital com leitos regulados.

Com estas análises é possível concluir que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal possui em relação a leitos UTI um valor adequado de acordo com o padronizado pelo Ministério da Saúde, o problema então não é a falta desses leitos para o DF, entretanto as bases de cálculo são feitas pela população do DF e não por toda a população atendida pela Secretaria de Saúde, que tem por público também o entorno da capital do Brasil, que engloba por volta de 1,5 milhão de pessoas a mais, além de os serviços mais especializados, como exemplo as UTI's especializadas coronarianas ou neuro-trauma que só possuem unidades no Hospital de Base ou no Instituto do Coração do DF, recebem pacientes do Brasil inteiro.

Com base no contexto da saúde do Distrito Federal o custo tanto de criação de um leito UTI, quanto manutenção desse leito é bastante dispendioso além do que as dificuldades com os processos de licitação e a lei de responsabilidade fiscal que tenta impor o controle dos gastos de estados e municípios dificultam ainda mais a abertura de mais oferta desse serviço.

Na dimensão Informação, é visível em todo o sistema e serviço de saúde assimetrias de informações, dentre elas incentivos pela procura do serviço judicial, quando um próprio funcionário do serviço de saúde indica a defensoria pública a um paciente que se vê não assistido como única possibilidade de acesso a esse serviço.

Por fim, na dimensão Aceitabilidade é possível observar em alguns casos que o paciente tem no serviço de saúde público a uma falta de confiança, devido as críticas que o SUS recebe, podendo gerar uma barreira no acesso, acarretando na necessidade de um serviço de saúde com base na judicialização e não na forma regulada. Já a divergência entre os atores está diretamente ligada ao desconhecimento mútuo dos processos de trabalho, a judicialização não vem para interferir no direito a saúde de terceiros, entretanto, pelo sistema judiciário entender pouco da ação do poder executivo ocorre um choque nas tomadas de decisões acarretando numa má realização de execução dada pela ordem jurídica, além da dificuldade que o serviço executivo tem na obtenção de informações com sua assessoria jurídica.

Este Comitê tem entre seus efeitos a ação positiva de diminuir essas assimetrias de informações. Um espaço de diálogo onde a negociação evita os conflitos sanitários e a transparência legitimam e dão força as partes. A cada nova necessidade, o foco do comitê se amplia, por ser também um espaço onde a aproximação progressiva de uma realidade mutável, faz do comitê um também espaço flexível, onde não tem função de apenas reduzir as ações judiciais, mas é a judicialização um indicador de pauta para suas reuniões.

Mesmo não sendo um espaço onde se discute casos, o comitê garantiu grandes avanços na garantia do direito individual. O acesso ao sistema de informação utilizado pela secretaria de saúde para o controle da regulação aos leitos UTI pelo Sistema de Justiça transpareceu as dificuldades que o sistema tem e os desafios que o serviço busca para sua melhoria na condição em que o Sistema Judiciário entende e se compromete a seguir critérios mais técnico-clínicos padronizados refletindo no questionamento de “apenas uma prescrição médica é absoluta para uma decisão judicial?”. Este posicionamento vai desde a porta de entrada do Sistema de Justiça, a Defensoria Pública, que pelo Comitê abriu um canal de comunicação com o serviço de saúde, isso é mais uma alternativa para se

tratar essas situações de maneira extrajudicial e de acordo com a negociação entre as partes tais medidas nem precisam ser levadas a juízo.

Nas ações do Comitê para a garantia do direito coletivo a esses leitos grandes avanços também foram dados, um deles e para alguns pontos de vista o principal, é a garantia da oferta numa forma em que o Comitê se tornou um espaço de cobrança e fiscalização para o incremento dessa oferta, entretanto não é possível inferir que os aumentos dos leitos mostrados nos dados dos resultados são em consequência apenas da influência do Comitê. Deve se levar em consideração que, por exemplo, os meios de comunicação que constituem um ator bastante forte e distante desse espaço também pode ter influenciado consideravelmente nessa situação.

Outro fator, também comentado nas entrevistas na relação de acesso na garantia do direito coletivo e chamou bastante a atenção no estudo, foi o entendimento que o poder judiciário teve de questionar padrões médicos, no qual o serviço não alcançava a completude de sua efetividade pela falta de uma padronização mais eficiente para a alta de pacientes que estavam internados em leitos UTI, como por exemplo o número de rondas feitas pelos médicos para alta dos pacientes.

Uma categoria bastante visível para os atores são as ações que o Comitê teve de caráter político-institucional, onde todos eles viam com grande clareza, mais uma vez ratificando a teoria da justificativa de haver um desconhecimento mútuo entre os atores e uma falta de articulação entre eles.

Já no conceito transparência as opiniões também foram de grande convergência, este ambiente deu forças para anseios antes demonstrados por apenas um dos atores do Comitê por sua falta de articulação, e que agora tem-se dado realmente foco no problema e num pensamento coletivo onde são avaliadas formas para se contornar essa dificuldade com base em respaldo jurídico e executivo nas tomadas de decisão pela Secretaria de Saúde do DF. Um espaço de apresentação de planos e metas na busca de encontrar meios e formas aplicáveis de maneira que não haja barreiras legais e no tempo mais hábil possível para se alcançar tal objetivo.

As ações do Comitê na garantia mútua dos direitos a leitos UTI, onde a garantia do direito individual pode influenciar diretamente na obtenção da garantia do acesso coletivo, desbanca alguns conceitos de autores em citar a judicialização apenas como um fenômeno desestruturante das políticas sanitárias e do Sistema Único de Saúde, de um modo geral.

O Comitê conseguiu recriar os debates sobre a obsolescência do modelo jurídico-normativo atual, onde a partir dele os juristas perceberam a necessidade de refletir mais em suas decisões de caráter tanto individual quanto do ponto de vista da gestão na tentativa da garantia do direito coletivo, onde suas decisões não são apenas baseadas na aplicação do código voltada para um processo, um indivíduo e sim diante de toda uma visão mais ampla e mais apropriada da realidade nas tomadas de decisão geral, não apenas leitos UTI.

Com relação a leitos UTI dentro do Comitê houve uma percepção de que a decisão judicial acarreta numa divergência entre esses atores, fatores adversos impedem o serviço de saúde de aplicar a ordem jurídica de maneira correta isso conjunto a sentença de multa ou prisão não dá outra opção ao gestor de saúde a não ser de quebrar a fila e trazer aquele paciente que tinha uma prioridade menor para o topo da fila, prejudicando a garantia do direito coletivo. Percebendo isso se tem ocasionado cada vez mais que a decisão judicial emitida remeta a obediência dos critérios da lista técnica da central de regulação, porém o paciente judicializado deve receber seus cuidados em tempo apto sem sobressair em relação a fila, impulsionando o Estado a criar e otimizar suas ações garantindo o direito coletivo em paralelismo com a garantia do direito individual.

Portanto o Comitê Executivo de Saúde é um avanço para a sinergia das ações relacionadas a judicialização e deficiências que o sistema de saúde tem, um recinto onde articulação, negociação, conciliação além de fiscalização e cobrança são seus “*modus operandi*”, espaço que visa a contemplação do acesso ao serviço de saúde ao cidadão que tem essa garantia por direito.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. **CIRADS**. Disponível em: <
[http://www.agu.gov.br/sistemas/site/TemplateImagemTexto.aspx?idConteudo=97046
&id_site=1180](http://www.agu.gov.br/sistemas/site/TemplateImagemTexto.aspx?idConteudo=97046&id_site=1180)> Dia 10/12/2011 11:32.

AITH, FMA. Consolidação do Direito Sanitário no Brasil. In: COSTA, AB. JÚNIOR, JGS. DELDUQUE, MC. OLIVEIRA MSC. DALLARI SG. **O Direito Achado na Rua Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Primeira Edição. Brasília, 2008. Unidade 1, Módulo 3, p 65-75.

ARNAUD, A. CAPELLER, W. Cidadania e direito à saúde. In: COSTA, AB. JÚNIOR, JGS. DELDUQUE, MC. OLIVEIRA MSC. DALLARI SG. **O Direito Achado na Rua Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Primeira Edição. Brasília, 2008. Unidade 1, Módulo 1, p 31-47.

BARATA, Rita Barradas. **Desigualdades sociais no acesso a serviços odontológicos**. Rev. Saúde Pública [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 205-208.

BISOL, J. **Judicialização desestruturante: reveses de uma cultura jurídica obsoleta**. In: COSTA, AB. JÚNIOR, JGS. DELDUQUE, MC. OLIVEIRA MSC. DALLARI SG. **O Direito Achado na Rua Introdução Crítica ao Direito à Saúde**. Primeira Edição. Brasília, 2008. Unidade 5, Módulo 1, p 327-32.

BOLELA, F. JERICÓ, MC; **Unidades De Terapia Intensiva: Considerações Da Literatura Acerca Das Dificuldades E Estratégias Para Sua Humanização**. Esc Anna Nery R Enferm 2006 ago; 10 (2): 301-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde)

CORREIO BRAZILIENSE. **LEITOS DE UTI VÃO DUPLICAR ATÉ O FIM DE 2012 NO DF, MAS PODE FALTAR MÉDICO**. Publicado em 22/09/2011 07:55, Disponível em
<http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2011/09/22/interna_cidade_sdf,270877/leit-os-de-uti-vao-duplicar-ate-o-fim-de-2012-no-df-mas-pode-faltar-medico.shtml> Dia 22/08/2012 00:13.

Defensoria Pública do Distrito Federal. **Áreas de Atuação**. Disponível em <
http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2717> Dia 12/11/2011 12:53.

DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em < <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>> Dia 30/08/2012 15:50.

KANT, Immanuel. **Fundamentação Da Metafísica Dos Costumes E Outros Escritos**. Trad. Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2004, p. 58.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila et al. **Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.3, pp. 590-598.

MARQUES, SB. DALLARI, SG. **Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.1, pp. 101-107.

MARQUES, SB. **Judicialização Do Direito À Saúde,** *Revista de Direito Sanitário,* São Paulo, v. 9, n. 2 p. 65-72 Jul./Out. 2008

MARQUES, SB. **Judicialização Da Saúde E A Proposta De Regulamentação Da Integralidade De Assistência Farmacêutica E Terapêutica No Brasil.** livro *Estudos de Direito Sanitário A produção normativa da Saúde,* Brasília-DF, p. 143-153 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS / SISREG. **Sistema de Regulação: SISREG.** Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627> Dia 10/12/2011 15:20.

PENALVA, J. **Judicialização do Direito à Saúde: O caso do Distrito Federal.** Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero - Anis, Belo Horizonte, 2011.

PORTAL DA SAÚDE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde.** Disponível em <<http://189.28.128.178/sage/>> Dia 12/11/2011 12:36.

RODRIGUES, RC. **Fluxogramas de Processo: Como Fazer Passo a Passo.** Brasil: Qualiblog, 2008. 24 págs.

SANCHEZ, RM. CICONELLI, RM. **Conceitos De Acesso À Saúde.** *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31 (3):260-8.

SARLET, I.W. e MOLINARO, C.A., **Democracia - Separação de poderes eficácia e efetividade do Direito à saúde no Judiciário Brasileiro, Observatório do Direito á Saúde.** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SOUZA M, POSSARI JF, MUGAIAR KHB. **Humanização Da Abordagem Nas Unidades De Terapia Intensiva.** *Rev Paul Enferm* 1985 abr; 5(2): 77-9.

UNGLERT, CV de S; ROSENBERG, CP; JUNQUEIRA, CB. **Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 1987, vol.21, n.5, pp. 439-446.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais and SCHRAMM, Fermin Roland. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.** *Physis* [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 77-100.

9. ANEXOS

ANEXO I – Documento 1 – Resolução para criação de Comitês Executivos



Conselho Nacional de Justiça

RESOLUÇÃO Nº 107, DE 6 ABRIL DE 2010

Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, no uso de suas atribuições constitucionais e regimentais, e,

CONSIDERANDO o elevado número e a ampla diversidade dos litígios referentes ao direito à saúde, bem como o forte impacto dos dispêndios decorrentes sobre os orçamentos públicos:

CONSIDERANDO os resultados coletados na audiência pública nº 04, realizada pelo Supremo Tribunal Federal para debater as questões relativas às demandas judiciais que objetivam prestações de saúde;

CONSIDERANDO o que dispõe a Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, de 30 de março de 2010;

CONSIDERANDO o deliberado pelo Plenário do Conselho Nacional de Justiça na 102ª Sessão Ordinária, realizada em 6 de abril de 2010, nos autos do ATO 0002243-92.2010.2.00.0000;

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of a single continuous line that forms a large, open 'S' shape.

R E S O L V E :

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, o Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos.

Art. 2º Caberá ao Fórum Nacional:

I - o monitoramento das ações judiciais que envolvam prestações de assistência à saúde, como o fornecimento de medicamentos, produtos ou insumos em geral, tratamentos e disponibilização de leitos hospitalares;

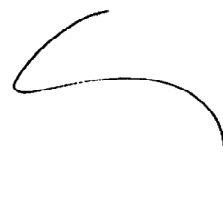
II - o monitoramento das ações judiciais relativas ao Sistema Único de Saúde;

III - a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à otimização de rotinas processuais, à organização e estruturação de unidades judiciárias especializadas;

IV - a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário;

V - o estudo e a proposição de outras medidas consideradas pertinentes ao cumprimento do objetivo do Fórum Nacional.

Art. 3º No âmbito do Fórum Nacional serão instituídos comitês executivos, sob a coordenação de magistrados indicados pela Presidência e/ou pela Corregedoria Nacional de Justiça, para coordenar e executar as ações de natureza específica, que forem consideradas relevantes, a partir dos objetivos do artigo anterior.



Parágrafo único. Os relatórios de atividades do Fórum deverão ser apresentados ao Plenário do CNJ semestralmente.

Art. 4º O Fórum Nacional será integrado por magistrados atuantes em unidades jurisdicionais, especializadas ou não, que tratem de temas relacionados ao objeto de sua atuação, podendo contar com o auxílio de autoridades e especialistas com atuação nas áreas correlatas, especialmente do Conselho Nacional do Ministério Público, do Ministério Público Federal, dos Estados e do Distrito Federal, das Defensorias Públicas, da Ordem dos Advogados do Brasil, de universidades e outras instituições de pesquisa.

Art. 5º Para dotar o Fórum Nacional dos meios necessários ao fiel desempenho de suas atribuições, o Conselho Nacional de Justiça poderá firmar termos de acordo de cooperação técnica ou convênios com órgãos e entidades públicas e privadas, cuja atuação institucional esteja voltada à busca de solução dos conflitos já mencionados precedentemente.

Art. 6º O Fórum Nacional será coordenado pelos Conselheiros integrantes da Comissão de Relacionamento Institucional e Comunicação.

Art. 7º Caberá ao Fórum Nacional, em sua primeira reunião, a elaboração de seu programa de trabalho e cronograma de atividades.

Art. 8º As reuniões periódicas dos integrantes do Fórum Nacional poderão adotar o sistema de videoconferência, prioritariamente.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ministro **GILMAR MENDES**



10. APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO

[INÍCIO] Pedir para situar o fenômeno da judicialização

1. Quais são os tipos de ações judiciais que chegam a este serviço?
2. A Gerência quantificou esses tipos de ações judiciais?
3. Em aproximação qual é a maior demanda em relação a tipos leitos de UTI?
4. Descreva como eram processados esses pedidos ANTES do Comitê; (como era O FLUXO antes: Depois da indicação do médico, o usuário fazia o que? Procurava onde? Quem negava? As vezes nem procurava e entrava direto com a demanda? Como chegava na Defensoria Pública? O que é a Defensoria fazia? Quais informações procurava? Como passava à fase Judicial (demanda mesmo)?
5. Descreva as mudanças desse fluxo DEPOIS da ação do Comitê (ou em decorrência da ação do Comitê) usando as mesmas questões do item 4 e adicionando: O Comitê, na base da negociação, diálogo e intercâmbio de informações entre os atores conseguiu ampliar as opções extra-judiciais?
6. Caso sim, nessa fase extra-judicial (ou pré-judicial) residiu mudanças e o ganho?
7. Em que ações específicas foi possível perceber mudanças feitas pelo comitê?

APENDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Senhor (a) está sendo convidado(a) para participar, na condição de entrevistado(a), da pesquisa: “TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE SAÚDE COLETIVA NOS CAMPOS DE DIREITO SANITÁRIO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE”. O estudo vem sendo desenvolvido pela Faculdade de Ceilândia a Universidade de Brasília (FCE/UnB) Brasil, com a orientação do Professor Doutor José Antonio Iturri de La Mata, professor adjunto da Universidade.

O objetivo do estudo é analisar a demanda de saúde que teve a maior frequência de requerimentos judiciais no período de 2011 a 2012 no Distrito Federal , e descrever de que formas esse tipo de demanda tem sido influenciado pela ação do Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal, observando como se dava o caminho do processo antes e depois da criação do Comitê, fazendo um estudo preliminar sobre a atuação do Comitê nesse aspecto específico e tentando compreender sua repercussão tanto em relação ao direito individual e quanto ao direito coletivo.

A inclusão do(a) Senhor(a) no estudo se explica pelo importante papel desempenhado no tema de estudo assim como sua legitimidade no poder das informações necessárias para o entendimento de todo o processo. A participação do(a) senhora(a) nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista/informações aos pesquisadores responsáveis pelo trabalho, com duração prevista de 30 minutos por meio presencial ou virtual, de acordo com a sua disponibilidade.

Destaque-se que os resultados das análises finais sobre esse estudo são de propriedade intelectual da UnB e dos pesquisadores, visto que serão consideradas informações provenientes de diversas fontes. Serão omitidos, preservados todos os nomes e formas de identificação dos entrevistados e evitadas citações diretas de falas no trabalho final a ser elaborado. Em situações específicas, se for necessária à referência a uma dada entrevista como fonte de informação, esta será, preferencialmente, identificada por código dos entrevistados.

Dessa forma o Senhor(a) tem liberdade de aceitar ou não em participar nessa pesquisa. Ressaltamos que sua participação como entrevistado(a) trará uma imensa contribuição para a compreensão do tema em estudo.

Pesquisadores:

Caio William Batista dos Santos

Endereço: UnB/Ceilândia
QNN 14 Área Especial, Ceilândia Sul
CEP: 72220-140

Telefones: (55) 61-9253-9610

E-mail: caiobs@gmail.com, iturri@unb.br

Declaro que li entendi e concordo com os objetivos e condições de minha participação na pesquisa, assinando este Termo de Consentimento, da seguinte forma:

- Entrevista gravada;
- Entrevista Escrita e
- Entrevista fotografada e filmada.

[Nome legível do(a) entrevistado(a) com assinatura]