



Universidade de Brasília  
Curso de Gestão de Políticas Públicas

MILENA GOMES BEZERRA

**O Ciclo de Política Pública judicializado: um estudo sobre o serviço de acesso a  
leitos de UTI's no Distrito Federal**

Brasília – DF

2016

MILENA GOMES BEZERRA

**O Ciclo de Política Pública judicializado: um estudo sobre o serviço de acesso a leitos de UTI's no Distrito Federal**

Relatório de pesquisa a ser apresentado como trabalho de conclusão da disciplina de “Residência em Políticas Públicas”.

Professora Orientadora: Suylan  
de Almeida Midlej e Silva

Brasília – DF

2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BEZERRA, Milena Gomes  
EES74c O Ciclo de Política Pública judicializado: um estudo sobre o serviço de acesso a leitos de UTI's no Distrito Federal / Milena Gomes BEZERRA; orientador Suylan de Almeida Midlej e Silva. -- Brasília, 2016. 53 p.

Relatório de Pesquisa (Graduação - Gestão de Políticas Públicas) -- Universidade de Brasília, 2016.

1. Serviço de acesso a leitos de UTI no Distrito Federal. 2. Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde. 3. Observação participante. 4. Judicialização. 5. Ciclo de Políticas Públicas Judicializado. I. Silva, Suylan de Almeida Midlej e, orient. II. Título.

## RESUMO

A pesquisa discute a inserção da política pública de saúde na prestação de serviços de leitos de UTI do Distrito Federal no modelo de ciclo de políticas públicas judicializado. Esse fenômeno será analisado sob a ótica da Defensoria Pública do Distrito Federal em um núcleo especializado em Assistência Jurídica de Mediação e Saúde. O objetivo desta pesquisa é investigar de que forma o Serviço de Leitos de UTI do Distrito Federal tem sido judicializado durante sua implementação. O relatório tem como referencial teórico primeiramente os modelos de proteção social e política pública de saúde que informam o surgimento da concepção de proteção social, apresenta o modelo de seguridade social que é adotado no Brasil, conceituando a política social e a inserção da política de saúde; em seguida, são verificados os principais aspectos pertinentes ao fenômeno da judicialização relacionado às políticas públicas, por fim, expõe o modelo tradicional do ciclo de políticas públicas apresentado por Secchi (2010) e o modelo proposto por Barreiro e Furtado (2015) de ciclo de políticas públicas judicializado. A metodologia utilizada contou com a pesquisa documental de relatórios anuais de ações judiciais do Núcleo da Defensoria Pública do Distrito Federal, com estatísticas fornecidas pelo Tribunal de Justiça do Distrito federal e Territórios e com estatísticas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, baseou-se também na técnica de observação participante dentro do Núcleo de Assistência, possibilitando a execução de entrevistas e conversas informais. Os principais resultados obtidos na análise mostram que há um elevado número de demandas judiciais nas atividades do serviço de acesso a leitos de UTI. Dessa forma, percebeu-se que há uma ressignificação do ciclo de políticas públicas com a inserção do Poder Judiciário. Por fim, foram evidenciadas algumas falhas de gestão que demonstram que o Serviço de leitos de UTI por si só não atende a seu fim.

## Sumário

1	Introdução.....	6
2	Referencial teórico.....	12
2.1	Modelos de proteção social e política pública de saúde .....	12
2.2	Judicialização e políticas públicas .....	14
2.3	O ciclo de políticas públicas judicializado .....	16
3	Procedimentos metodológicos.....	20
3.1	Pesquisa documental.....	21
3.2	Observação participante .....	21
3.3	Entrevista .....	23
3.4	Análise de dados.....	23
4	Diagnóstico da Política Pública .....	25
4.1	Mediação jurídica para acesso aos leitos de UTI .....	25
4.2	Ocupação de leitos de UTI sob as decisões do TJDFT .....	27
4.3	A judicialização do serviço de acesso a leitos de UTI .....	29
5	Considerações Finais.....	35
6	Referências .....	37
7	Anexos .....	39

## 1 Introdução

O serviço público analisado é o Serviço de UTI que pertence à área governamental de saúde, em nível estadual/municipal, especificamente o Serviço de Leitos de UTI que atende à rede pública de saúde do Distrito Federal. O Serviço faz parte do Sistema Único de Saúde, que reflete um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e encontra sua legalidade na Constituição Federal (CF) de 1988, em seu art. 196, que garante 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.

A organização gestora da prestação deste serviço é a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), em uma unidade chamada Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH). Essa unidade foi instituída pela Portaria nº41, de 30 de agosto de 2006, que tem como objetivo regular as internações de leitos hospitalares na rede pública de saúde. A CRIH, por meio da recente Portaria nº199, de 06 de agosto de 2015, passa a ser subordinada à Gerencia de Regulação de Internação Hospitalar que, por sua vez, é subordinada à Diretoria de Regulação (DIREG), que se vincula à Subsecretaria de Planejamento, Avaliação e Controle. Entre outras atribuições, compete à CRIH analisar as solicitações de internações hospitalares priorizando os pacientes por fila eletrônica. A SESDF tem como missão “Garantir ao cidadão acesso universal à saúde mediante atenção integral e humanizada” (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) têm como finalidade, conforme estabelece a resolução da ANVISA nº07, de 2010, atender pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitoramento e terapia. Os pacientes graves são aqueles com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto-regulação, necessitando de assistência contínua. São unidades essenciais na prestação de serviços mínimos da saúde para pacientes em estado grave.

Atualmente, a política de leitos de UTI do Distrito Federal encontra-se com 402leitos de UTI, conforme anexo I (GERIH/DIREG/SUPRAC/SES, 2015), sendo que

353 são da rede própria, onze da rede conveniada e 38 da rede contratada. Faz-se necessário entender como esse serviço é executado e como ele é inserido na política pública de saúde permitindo, assim, a compreensão se este cumpre seus objetivos de proteção e recuperação conforme estabelece a Constituição Federal de 1988.

Delimitada a política e focalizado o Serviço de leitos de UTI que serão analisados por este trabalho, será descrita a organização escolhida para a pesquisa em campo, que é o Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal. A Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF) é inserida como uma função típica do Estado apresentada na Constituição de 1988 no art. 134 e na Lei Orgânica do Distrito Federal, com a redação dada pela emenda à Lei Orgânica nº 61 de 2012 no art. 114, que estabelecem a competência de orientar juridicamente, promover a defesa de direitos humanos e a defesa dos direitos individuais e coletivos de forma integral e gratuita aos necessitados. A Defensoria Pública é protegida por sua autonomia funcional em que propõe sua própria proposta orçamentária e é detentora de autonomia administrativa. Ela atua advogando a fim de preservar direitos individuais, coletivos, sociais entre outros direitos e se organiza conforme prevê Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, no art. 53, em órgão de administração superior, órgãos de atuação e órgãos de execução. Exerce suas funções institucionais no Distrito Federal por meio de núcleos que são inseridos como órgão de atuação.

No art. 107 da Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, dispõe-se que a Defensoria Pública do Estado poderá também atuar em núcleos especializados, como ocorre no Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde, especializada em ações voltadas à área de saúde que inclui os pedidos de acesso a leitos de UTI.

A Defensoria, agindo na posição de advogado e com essa função (CINTRA; GRINOVER; DINAMARCO, 2009), atua promovendo a observância da ordem jurídica e o acesso dos seus usuários a uma justa tutela jurisdicional. A defensoria tem o dever de garantir o direito fundamental de acesso a assistência jurídica integral e gratuita aos necessitados prevista no art. 5º LXXIV da Constituição Federal.

A escolha desta organização para imersão em pesquisa se fundamenta por ser um dos mais importantes veículos de acesso à justiça, tendo em vista que o serviço estudado tem como público alvo a população assistida que dispõe de poucos recursos financeiros. Boa parte dessa população, diante de uma situação em que o Estado nega um direito, recorre à Defensoria a fim conseguir assistência jurídica gratuita na proteção do seu direito subjetivo.

O Serviço de leitos da UTI no Distrito Federal compõe o Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. Conforme estabelece a Lei Orgânica do Distrito Federal, em seu art. 204, inciso II, a saúde é um direito de todos, que deverá ser efetivado mediante políticas que visem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Desta forma, com a Lei Distrital nº 2.368, de 1999, as unidades de terapia intensiva tornaram-se obrigatórias nos hospitais regionais da rede pública de saúde do Distrito Federal, sendo que a prestação deste serviço objetiva atender a demanda da população assistida.

A prestação é executada em articulação da rede própria e a rede privada por meio de convênio ou contrato de direito público, em conformidade com o art. 206 § 1º da Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF). A Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) UTI regula o acesso aos leitos disponíveis no DF obedecendo aos critérios para a admissão de pacientes em UTI, regulados pela recente Portaria nº 200, de 06 de agosto de 2015, da SES/DF (anexo II).

A escolha desse serviço como objeto de análise se justifica em face da demanda pelo Poder Judiciário para a efetivação do acesso ao leito, fazendo com que liminares da justiça<sup>1</sup> façam parte da rotina de trabalho dos executores. O Serviço de leitos de UTI encontra-se em crise. Segundo dados da mídia (G1 DF, 2015), em 2014 a demanda de atendimentos na Defensoria Pública relacionados às Unidades de Terapia Intensiva aumentou de forma considerável totalizando 1.109, sendo que desses, 786 foram transformadas em ações na justiça. Em meio à insuficiente prestação da política pública de saúde do DF, incluindo o serviço de leitos de UTI, o governador Rodrigo Rollemberg decretou situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal, com o Decreto nº 36.279, de janeiro de 2015.

Desta forma, este trabalho pretende analisar a interferência do Poder Judiciário dentro da implementação, especificadamente na execução das atividades que promovem o acesso aos leitos de UTI, reformulando o ciclo da política pública por meio da DPDF que possibilita lograr a tutela jurisdicional.

A unidade de análise a ser estudada são as atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde que resultam em ações judiciais direcionadas a acessar o Serviço de leitos de UTI. As ações têm grande importância na

---

<sup>1</sup> Liminares são previstas no art. 273 do Código de Processo Civil de 1973 em que o juiz pode antecipar, total ou parcialmente, os efeitos da tutela quando há fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação.



implementação de uma política, no caso, de um serviço, e geralmente são realizadas por um típico executor que tem sua competência legalmente instituída. Acontece que, em alguns casos, quando essa política falha, outros atores atípicos são envolvidos a fim de uma implementação forçada. O estudo das atividades do Núcleo envolve a articulação com outras instituições, como o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios e a SESDF, como também a articulação com as fases de desenvolvimento da política pública. A partir da análise destas atividades, é possível subsidiar a avaliação da eficácia ou não no alcance dos resultados pretendidos pela instituição, que é a entrega do serviço ao cidadão.

Portanto, a dimensão das atividades que compõe o processo de ocupação de leitos da SESDF será relacionada com as atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde que resultam na judicialização do serviço. A partir do fluxo das atividades desenvolvidas por este núcleo especializado, poderá se identificar a interferência do Poder Judiciário e seus impactos na execução do serviço. O processo de ocupação de leitos de UTI é de essencial relevância para a população, tendo em vista a sua essencialidade para os pacientes em estado grave, e sua execução pode resultar na vida ou morte do cidadão que demanda por este serviço. Assim, estudar as atividades desenvolvidas pela SESDF implica identificar os critérios de execução do serviço, que representam as normas que guiam as decisões e são elas fundamentais, tendo em vista que a partir delas são criados padrões do que se espera de determinada política, como também estudar as ações externas que impactam na prestação desse serviço.

A partir do estudo das atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde, que derivaram em ações judiciais poderá se analisar, se as atividades para o funcionamento da ocupação dos leitos da SESDF têm sofrido regularmente com a interferência do Poder Judiciário, ou lidam com esse fenômeno ocasionalmente.

A pergunta norteadora que guiou o estudo é: de que forma o Serviço de Leitos de UTI do Distrito Federal tem sido judicializado durante a sua implementação?

Esta pesquisa tem interesse em identificar a influência do Poder Judiciário no nível operacional da execução do Serviço Público de UTI. É importante notar o papel do Judiciário na implementação da política e como essa esfera de poder tem influenciado na execução das atividades e processos, resultando em uma ressignificação de todo o ciclo da política pública de saúde do Distrito Federal em acessos a leitos de UTI.

A própria jurisprudência do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) reconhece e se ampara na lei para sustentar sua atuação na execução da política:

Se a política social e econômica praticada pelo Distrito Federal em relação à saúde não é suficiente para garantir a internação de que a autora necessita, deve ele ser compelido no caso concreto a suprir a deficiência, sem que isso importe em invasão do Poder Judiciário em matéria de competência da Administração. (BRASIL, 2014, p.65)

Desta forma, para alcançar este objetivo de mensurar a intervenção do judiciário na execução do serviço, esta análise busca responder o papel dessas instituições externas ao executivo competente, como tribunais, juízes, defensores públicos, que de forma atípica fazem cumprir o papel do Poder Executivo intermediando e viabilizando o acesso aos leitos de UTI a partir de ações judiciais. Desta maneira, está pesquisa assumiu os seguintes objetivos:

### **Objetivo geral**

Investigar de que forma o Serviço de Leitos de UTI do Distrito Federal tem sido judicializado durante sua implementação.

### **Objetivos Específicos**

- Investigar como ocorre a inicialização e o acompanhamento das ações judiciais do Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde junto ao TJDFT.
- Averiguar quantos leitos de UTI tem sido ocupados mediante decisões do TJDFT.
- Relacionar a tramitação dos processos judiciais com o ciclo de políticas públicas.
- Investigar as consequências da intervenção do judiciário no Serviço de acesso a Leitos de UTI do DF.

O relatório será estruturado inicialmente por esta introdução. A segunda seção apresenta o referencial teórico em que são expostos os modelos de proteção social e política pública de saúde, nessa subseção são analisados o surgimento da concepção de proteção social, o modelo de seguridade social, e a inserção do serviço de leitos de UTI na política de saúde, a subseção seguinte é dedicada a analisar a judicialização em face das políticas públicas verificando suas principais objeções e, na última subseção, a exposição do modelo tradicional de ciclo de políticas públicas apresentado por Secchi

(2010) e o modelo reformulado proposto por Barreiro e Furtado (2015) de ciclo de políticas públicas judicializado que darão fundamento para análise do Serviço de Leitos de UTI, na seção seguinte são informados os procedimentos metodológicos utilizados com o fim de responder à pergunta norteadora deste trabalho e atingir os objetivos propostos. A quarta seção apresenta o diagnóstico da análise do Serviço de Leitos de UTI sob a ótica do Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde dentro das teorias expostas no referencial teórico, em que são focalizados os pontos problemáticos da interferência judicial na implementação da política. Por fim, nas considerações finais, serão refletidos os resultados encontrados no diagnóstico, bem como sugerido recomendações a este serviço.

## 2 Referencial teórico

Esta seção discute os principais temas que ajudaram a compreender a judicialização que vem ocorrendo no acesso a leitos de UTI no Distrito Federal, como resposta a uma possível falha de implementação. A seção apresenta os modelos de proteção social e política pública de saúde, em seguida, expõe os principais aspectos pertinentes ao fenômeno da judicialização e finalizada com a exposição do modelo tradicional de ciclo de políticas públicas apresentado por Secchi (2010) e conjuntamente o modelo proposto por Barreiro e Furtado (2015) de ciclo de políticas públicas judicializado.

A pesquisa visa compreender o ciclo da política pública e inserir a judicialização com base em um modelo de ciclo de políticas públicas judicializado apresentado por Guilherme Scodeler de Souza Barreiro e Renata Pedretti Morais Furtado em um artigo publicado em 2015 (mar/abr) na Revista de Administração Pública do Rio de Janeiro em que, após analisado o modelo tradicional do ciclo de políticas públicas exposto por Secchi (2010), insere o fenômeno da judicialização resultando na reformulação do ciclo da política pública.

### 2.1 Modelos de proteção social e política pública de saúde

A transição da sociedade feudal com a revolução burguesa para a sociedade do capital trouxe alterações nas relações sociais. Enquanto no sistema feudal a comunidade se organizava mediante vínculos de solidariedade, o advento da concepção liberal se baseou em uma ideia de igualdade abstrata, nesse sentido o conceito de assistência social foi rejeitado, uma vez que igualdade entre os indivíduos não gerava a obrigação de um homem para com o outro, agravando ainda mais as desigualdades. As desigualdades socioeconômicas e conseqüentemente a exclusão de setores da sociedade em contradição do ideal levou à mobilização de setores da sociedade em busca da efetivação da cidadania. Essa crescente coesão de mobilização social da segunda metade do séc. XIX começou a pesar politicamente dando visibilidade e importância para os direitos relacionados à proteção social. Tem início ao chamado Estado de Bem-Estar Social ou “*WelfareState*”, dando assim materialidade à concepção de proteção social “(...) pelo desenvolvimento de amplos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde,

educação e assistência, visando ampliar o bem-estar da população” (GIOVANELLA, 2012, p.30). Essa mudança de paradigma dá o germe a uma nova ideia de papel do Estado para com a sociedade, ampliando assim as instituições e a implementação de políticas públicas sociais.

A política social apresenta uma dinâmica multifacetada com ações de intervenção na redistribuição de recursos e oportunidades visando alcançar a igualdade e a cidadania, consiste em ações permanentes ou não que objetivam o desenvolvimento, a reprodução ou a transformação do sistema de proteção social e bem-estar (GIOVANELLA, 2012).

No Brasil a Constituição Federal de 1988, art. 194, adota o modelo de seguridade social composto por previdência social, seguridade social e saúde. Esse modelo é caracterizado pelo conjunto de políticas públicas que garante aos membros da sociedade o direito a um mínimo vital estabelecido, ele se baseia na ideia de universalidade na qual a garantia desse direito se estende para todos independentemente de contribuição anterior visando diminuir as desigualdades geradas pelo mercado. A sustentação deste modelo tem grande impacto na administração pública, pois o seu financiamento consome grande parte do orçamento público (GIOVANELLA, 2012).

Na política social se insere o modelo de seguridade social que inclui a política de saúde, essa por sua vez se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado, que possui entre os principais aspectos de gestão a garantia de padrões mínimos na definição de finalidades da política como a adoção de estratégias, metas e planos detalhados de ação. (GIOVANELLA, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o modelo de política de saúde adotado pelo Brasil que teve a sua implementação em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Conforme o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013), esse sistema organiza-se em uma rede de atenção à saúde que tem implantado redes temáticas prioritárias e entre essas redes encontra-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). A RUE é instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº1.600, de 7 de julho de 2011, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências funda-se em uma complexa rede composta por diferentes pontos de atenção. Os pontos de atenção, conforme conceitua o anexo da Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, são espaços onde se ofertam serviços de saúde, por meio de uma produção

singular. Entre outros componentes, a RUE é formada pelo componente hospitalar, que inclui o serviço de leitos de cuidados intensivos, conforme estabelece o inciso VII do art. 4º e o art. 11 da Portaria do Ministério da Saúde nº1.600 de 7 de julho de 2011, e que será o objeto deste relatório.

## 2.2 Judicialização e políticas públicas

Este estudo avalia o crescimento da intervenção do poder judiciário na etapa de implementação na prestação do Serviço de internação em UTI da política de saúde do Distrito Federal e visa compreender essa judicialização dentro do ciclo da política pública. Desta forma, é necessário entender como ocorre o fenômeno da judicialização.

As políticas públicas se materializam por meio da administração pública, que emite atos administrativos podendo eles serem vinculados ou discricionários. Quando discricionários, o agente executor age em conformidade com as liberdades de possibilidades estabelecidas pela lei dentro do chamado mérito administrativo, que é formado pela conveniência e oportunidades do executor. Essa liberdade está intimamente vinculada aos princípios da proporcionalidade e razoabilidade, entre outros, podendo o agente responder quando se afasta do objetivo proposto, autorizando o Poder Judiciário a interferir com o intuito de sanar ilegalidades. Assim, em regra, o Poder Judiciário não interfere em atos discricionários que tratam de questões de mérito, mas quando desviados dos princípios poderão ser revistos.

Duarte (2011) explica que é visto repetidamente em sociedades contemporâneas o crescimento institucional do Poder Judiciário no controle de políticas públicas, como consequência do processo democrático. O Estado democrático funda-se na soberania popular (SILVA, 2001), há de se observar que muitas vezes essa democracia ocorre via vontade da maioria colidindo nesta análise os direitos individuais, o princípio da separação dos poderes, princípios orçamentários e a reserva do possível<sup>2</sup> (DUARTE, 2011).

(...) se o que está em jogo é o direito à vida e à saúde não há solução juridicamente fácil nem moralmente simples quando estamos diante de concretização dos direitos fundamentais. Mas pode acontecer de a maioria política vulnerar direitos fundamentais. Quando isto ocorrer, caberá ao Poder

---

<sup>2</sup>O conceito de reserva do possível, conforme informa Sarlet e Figueiredo (2007, p.188), tem origem na Alemanha em que a efetivação de direitos sociais seriam condicionados às capacidades financeiras do Estado em que a disponibilidade destes recursos estariam no campo da discricionariedade governamental e parlamentar.

Judiciário agir sob amparo do Estado constitucional democrático de Direito.  
(DUARTE, 2011)

Conforme estabelece Secchi (2010), uma forma de categorizar atores políticos de uma política é a divisão de atores governamentais e atores não governamentais. Além dos políticos e burocratas, compõem o grupo de atores governamentais os juízes. Os magistrados são atores individuais que têm expressivo papel no processo de implementação de políticas públicas, pois eles têm a função de analisar a justiça da aplicação da lei tanto pela ação, quanto pela omissão em relação a uma determinada política. Entende-se omissão não somente a total ou absoluta, mas também a omissão parcial, podendo se subdividir em relativa, quando há exclusão de determinado grupo do direito, e em parcial, na qual existe uma política, mas estase encontra insuficiente.

Secchi (2010) também explica que em países de sistema *civil law* como no Brasil busca-se o detalhamento das normas com a finalidade diminuir a necessidade de interpretação, mas há uma tendência para a resolução de vácuos legais por meio da interpretação jurídica, valorizando ainda mais o papel dos juízes na atuação das políticas públicas.

Barroso (2009) apresenta três objeções à crescente intervenção judicial na vida brasileira. Primeiramente, o autor atenta para os riscos a legitimidade democrática, para o ele os membros do Poder Judiciário, embora não sejam eleitos, desempenham um poder político, pois teriam a legitimidade de invalidar decisões legislativas e executivas com o amparo de duas justificativas, uma de natureza normativa e outra filosófica. A de natureza normativa se refere ao fato da Constituição atribuir expressamente esse poder ao judiciário em que lhes cabe conferir sentido às normas. A segunda justificativa tem a natureza filosófica na qual em um Estado constitucional democrático podem surgir tensões entre direitos fundamentais e governo da maioria. Deste modo, a Constituição assume duas funções das quais deve estabelecer regras para a arena política da democracia, como também assegurar a preservação de valores e direitos fundamentais.

A segunda objeção diz respeito ao risco de politização da Justiça. Segundo Barroso (2009), no mundo contemporâneo não há mais a crença da neutralidade absoluta e objetividade do intérprete da lei, na visão pós-positivista “o Direito se aproxima da Ética, tornando-se instrumento da legitimidade, da justiça e da realização da dignidade da pessoa humana” (BARROSO, 2009, p.13). Assim, a interpretação sempre terá uma dimensão política por haver interferência da subjetividade dos juízes, balizadas e limitadas pelo ordenamento jurídico. Ao mesmo tempo, essas interpretações judiciais

não poderão ser políticas ao ponto de admitir escolhas livres de discricionariedade plena.

A terceira e última objeção apresentada por Barroso (2009) é a capacidade institucional do Judiciário e seus limites. O autor apresenta duas ideias da doutrina constitucional. A primeira ideia diz respeito à capacidade institucional que analisa determinar qual poder é o mais apto para a escolha da melhor solução em uma matéria específica, pois o juiz nem sempre será o mais qualificado para arbitrar sobre uma matéria de conhecimento específico. A segunda ideia é a de efeitos sistêmicos imprevisíveis e indesejados, que atenta que o juiz “nem sempre dispõe das informações, do tempo e mesmo do conhecimento para avaliar o impacto de determinadas decisões, proferidas em processos individuais, sobre a realidade de um segmento econômico ou sobre a prestação de um serviço público (...)” (BARROSO, 2009, p.16) e também não há responsabilização política das decisões judiciais. Por fim, Barroso (2009, p.16) explica sobre o risco de algumas decisões “extravagantes ou emocionais” do Poder Judiciário que dizem respeito a políticas públicas de saúde em que é colocada em perigo a própria continuidade dos seus serviços, pois por muitas vezes a atividade administrativa e financeira da política tem sido desorganizada por intervenções judiciais.

### **2.3 O ciclo de políticas públicas judicializado**

Secchi (2010) apresenta o tradicional modelo de ciclo de Políticas Públicas (*polycycle*) organizado em fases sequenciais e interdependentes. Suas fases são as seguintes, primeiramente ocorre a identificação do problema caracterizada pelo distanciamento do ideal possível com a realidade e passa a ter relevância quando afeta a percepção de atores importantes. A delimitação do problema permite orientar o conjunto das ações que deveram ser tomadas para sua solução. Apesar da tentativa de delimitar a política há de se considerar que haverá mudanças e readaptação muitas vezes pelos burocratas e os próprios destinatários da política pública (SECCHI, 2010, p.35). A segunda fase é a formação de agenda em que com a identificação de um problema por atores relevantes começa a se formar uma agenda que listam prioridades de atuação. Com uma abordagem multicêntrica de políticas afirma existir múltiplas agendas dos *policymakers* (SACCHI, 2013, p. 46). A fase seguinte é a de formulação de alternativas onde ocorre a tentativa de se estabelecer possíveis soluções para os problemas



identificados. Nessa fase a fixação de objetivos é fundamental para orientar a construção de alternativas que inseridas em um sistema de instabilidade e complexidade de condições sociais podem variar de diferentes maneiras desde recursos humanos, tempo, recursos financeiros entre outros (SECCHI, 2010, p. 37). Prosseguindo com as fases, ocorre a tomada de decisão na qual acontece a escolha de alternativas para os problemas públicos. Essa fase, geralmente, é vinculada a problemas como o estabelecimento de objetivos mal definidos, a não delimitação clara dos problemas, a não facilidade de encontrar soluções e existência recursos escassos (SECCHI, 2010, p.41). Dessa fase de tomada de decisão decorre a próxima fase de implementação, quando as intenções são convertidas em ações. Essa fase não pode ser analisada de forma simplificada, pois é nessa fase que se tenta efetivar o objetivo de solucionar o problema. Geralmente ocorrem as falhas de implementação que servirão como alimento para o processo de avaliação. Avaliação constitui a fase seguinte, ela poderá ocorrer *ex ante*, *ex post* e *in itinere*. A avaliação *ex ante* acontece na fase de formulação, já a avaliação *ex post* ocorre quando implementada a política sucede a fase de análise de resultados alcançados por ela. E compondo a fase de avaliação também pode ser *in itinere* que caracteriza como o monitoramento na execução desta política (SECCHI, 2010, p.49). A avaliação parte da análise de critérios que alimentam os julgamentos, esses critérios serão operacionalizados por indicadores e, por fim, padrões que darão a referência comparativa aos indicadores. Por fim na última fase sucede a extinção que ocorre em diferentes situações podendo ser quando o problema é solucionado, quando o problema perde sua relevância ou mesmo quando as normativas são ineficazes. A seguir, a figura 1 evidencia o início e o andamento cíclico até a extinção da política pública do tradicional modelo apresentado por Secchi (2010):

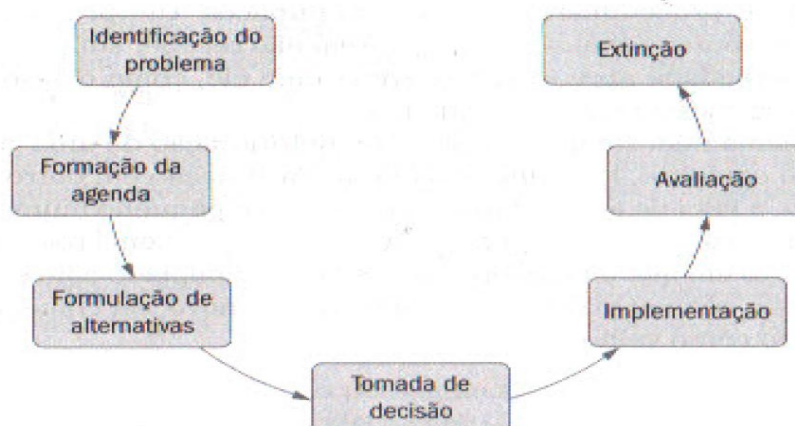


Figura 1 - Ciclo de Políticas Públicas

Fonte: (SECCHI, 2010)

O modelo, como o autor ressalva, muitas vezes não reflete a realidade, pois as fases se misturam, alterando a continuidade deste ciclo. A simples inserção de novos atores pode gerar grande alteração na dinâmica do ciclo. O objetivo neste trabalho é analisar de que forma o Serviço de Leitos de UTI do Distrito Federal tem sido judicializado durante sua implementação e para tanto pretende este relatório relacionar a tramitação dos processos judiciais com o ciclo de políticas públicas, permitindo, com isso, evidenciar a influência desses novos atores no ciclo. Tem sido recorrente a demanda de cidadãos que buscam a esfera judiciária a fim de efetivar direitos. A omissão do Estado tem dado subsídio às ações que exigem o cumprimento de uma prestação estatal consagrada na lei. Barreiro e Furtado (2015) visam reconstruir o modelo processual exposto anteriormente por Secchi, inserido o aspecto da judicialização no ciclo dinamizando das relações Estado e sociedade mediante a adição de novos atores.

Barreiro e Furtado (2015) relacionam os dois referenciais teóricos de ciclo de políticas públicas com a judicialização. Na identificação do problema, a judicialização de uma política pública ocorreria primeiramente por meio de uma petição inicial, em que a causa de pedir evidência o problema. A causa de pedir é um requerimento de um direito não atendido pelo Estado, mas que é legalmente devido. Na formação da agenda ocorre a substituição da representação política pela representação funcional feita pelo judiciário, utilizando-se de um modelo de cima para baixo, pois é o juiz que estabelece a solução do problema.

Na formulação de alternativas, as soluções dadas pelo Poder Judiciário podem sofrer pela falta de *expertise* dos juízes na análise das políticas. A tomada de decisão é quando a alternativa encontrada pelo juiz passa a ser feita por meio de decisão judicial, ocorrendo a substituição da Administração Pública pelo Estado-juiz, restando ao Poder Executivo implementar a decisão judicial. A implementação, por sua vez, é a fase que se efetiva a demanda judicial na qual o processo de formulação foi substituído por uma decisão muitas vezes monocrática de um juiz. É nessa fase em que a gestão de políticas públicas sofre mais com efeitos da judicialização, devendo a decisão judicial ser cumprida obrigatoriamente. Na avaliação, Barreiro e Furtado (2015) trazem os ensinamentos de Silva (1999) do resultado não antecipado, em que apresenta “(...) a judicialização como resultado não antecipado que insere a instituição judiciária no ciclo da política pública, alterando toda a sistemática do funcionamento do mesmo.” (BARREIRO; FURTADO, 2015, p.307)

Após inserir o Poder Judiciário a este ciclo, se inaugura a ressignificação do modelo processual, em que a falha na execução da política pública se insere no ciclo a esfera judiciária por meio de petição inicial na qual a decisão do juiz resulta em produzir resultados restritos ao pedido do autor. Desta forma no ciclo da política judicializado unem-se as fases de formulação e implementação e geram-se elementos para uma posterior avaliação e sua reformulação. Na figura a seguir representa o modelo formula de ciclo de políticas públicas judicializado.

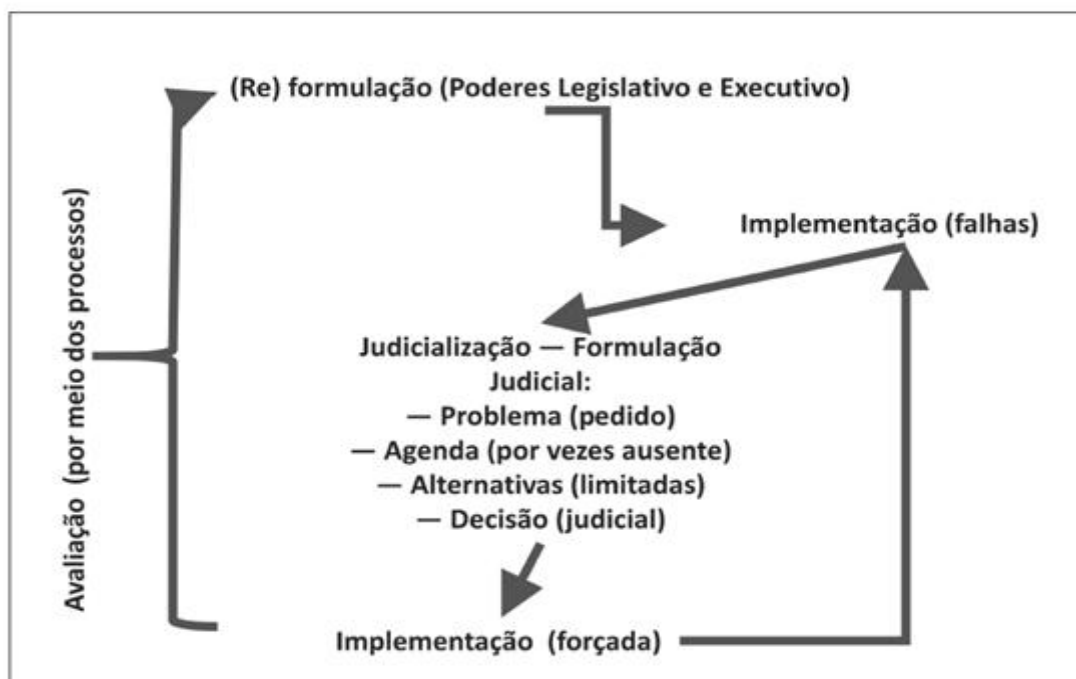


Figura 2 - Ciclo de políticas públicas judicializado

Fonte: Souza, Furtado( 2015)

A falha na implementação gera o desvio do normal andamento da política. Após a aproximação da judicialização com o ciclo apresentado por Secchi (2010), surge um novo modelo no qual a falha da política implementada insere o Poder Judiciário como novo ator, interrompendo e executando de maneira diversa o processo do serviço planejado pelos gestores. Uma única fase de formulação judicial absorve a identificação do problema, a agenda, a geração de alternativas e a tomada de decisão, dando como resultado a implementação forçada que, posteriormente, poderá servir como subsídio de um processo avaliativo em que a problemática do serviço volte aos Poderes Legislativo e Executivo para uma reformulação. Na seção seguinte, será apresentada a metodologia e técnicas utilizadas neste relatório com o fim de atingir os objetivos propostos neste relatório exibindo as principais fontes de informação que deram subsídio para análise do Serviço de UTI.

### 3 Procedimentos metodológicos

Conforme descreve Minayo (2015), a metodologia de pesquisa integra o método de abordagem instrumentalizado por técnicas que se relacionam com a criatividade do pesquisador. A pesquisa é atividade da ciência na indagação de uma problemática e a construção de uma realidade, a teoria, por sua vez, objetiva compreender algum processo ou fenômeno.

Para a análise da interferência do Poder Judiciário na implementação do Serviço de UTI do DF, houve a imersão na Defensoria Pública do Distrito Federal, especificamente no Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde, na busca de averiguar a real demanda judicial pelos leitos de UTI em relação ao fenômeno de judicialização e os procedimentos processuais adotados para efetivação dos pedidos. Após esse primeiro momento, a busca passou para a análise quantitativa referente aos atendimentos relacionados aos leitos de UTI públicos feitos na Defensoria Pública do Distrito Federal, tendo em vista que o público que mais tem necessidade deste serviço público é a população de baixa renda que não pode pagar tratamento particular, enquadrando nos chamados hipossuficientes, requisito para acesso à assistência judicial gratuita. Em seguida, foram analisados os resultados dessas demandas de internação nas unidades de terapia intensiva na justiça, por meio de estatísticas de ações ajuizadas na primeira instância do Judiciário. Por fim, foi analisado em que medida as liminares interferiram na efetivação de internações e nos critérios de preenchimento das vagas de UTI com os dados fornecidos pela SESDF.

Com base na metodologia da residência em políticas públicas, foi realizada uma pesquisa de campo que permitiu uma aproximação da realidade do fenômeno estudado, sendo possível visualizar a interação dos atores envolvidos, bem como o acesso a dados e experiências empíricas.

Foi utilizada na pesquisa uma estratégia de métodos mistos concomitantes, em que o pesquisador mistura dados quantitativos, que serão responsáveis por apontar resultados, e qualitativos, que serão responsáveis no entendimento do processo, a fim de uma análise e interpretação abrangente do problema de pesquisa e seus resultados gerais (CRESWELL, 2010). Desta forma, a extração de dados que alimentaram a presente pesquisa utilizará determinadas metodologias descritas a seguir: pesquisa documental, observação participante e entrevista.

### **3.1 Pesquisa documental**

Segundo Angrosino (2009), a pesquisa em arquivos é a análise de documentos que foram armazenados para serviços e pesquisas ou para qualquer outro objetivo, oficiais ou não. O pesquisador cumpre o objetivo de tornar essas informações documentais inteligíveis. Os materiais arquivados para propósitos administrativos ou burocráticos constituem as chamadas fontes primárias, as quais serão utilizadas neste relatório.

A pesquisa documental foi feita por meio de análise de relatórios anuais de ações do Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde, em que se demonstrarão os quantitativos da demanda na prestação do serviço de leitos. Foram pesquisadas normas internas de procedimentos de triagem da SESDF, entre outros documentos que aludem ao serviço de leitos de UTI. De forma semelhante, coletaram-se dados do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Território (TJDFT), por meio de estatísticas referentes às demandas judiciais para acesso aos leitos.

Foram também analisados documentos encontrados em sítios eletrônicos, como a Portaria nº 42, de 31 de agosto de 2006, e a Portaria nº 200, de 06 de agosto de 2015, do Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal, que dão referência aos critérios de admissão e alta aos leitos de UTI. Por meio do e-SIC (Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão), foram feitas solicitações de dados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em que foram fornecidas informações dos resultados dos mandados judiciais de internação.

### **3.2 Observação participante**

A observação participante, segundo Minayo (2015, p. 70), é “o processo pelo qual o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com finalidade de realizar uma investigação científica.” A técnica permitiu identificar as ações dos profissionais do Núcleo de Assistência frente às rotinas de trabalho de formulação e acompanhamento de pedidos judiciais de acesso a leitos de UTI, possibilitando a compreensão da interação do Poder Judiciário com o contexto em que o serviço está

inserido. Esta observação gerou cinco diários de campo, com registros manuscritos do cotidiano de pesquisa e de atuação na organização.

O primeiro e o segundo diários informam sobre as dificuldades encontradas para imersão na SESDF, inicialmente havia o objetivo de executar a imersão na Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), mas a Diretoria de Regulação (DIREG) exigiu a submissão do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Em visita à Secretaria de Saúde, foi entregue o ofício pessoalmente à diretora de regulação Sr<sup>a</sup>. Paola Almeida dos Santos Sobral e explicado sobre a pesquisa, questionando a real necessidade de submissão ao Comitê de Ética. No encontro, a diretora se comprometeu a dar uma resposta após consulta à Assessoria Jurídica Legislativa da Secretaria. Devido ao lapso do tempo, foi buscada a resposta da necessidade de submissão ao Comitê de Ética em reiteradas tentativas por contato telefônico na DIREG, mas sem respostas. Em resposta no dia 04.04.2016, a DIREG ratificou a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Recebida a resposta, iniciou-se a pesquisa sobre os procedimentos necessários para submissão do projeto de pesquisa ao Comitê, que resultou na constatação que a submissão do mesmo comprometeria o cronograma de imersão.

No terceiro diário, explica-se a condução para a modificação da organização de imersão para o Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde da Defensoria Pública do DF e também se informa sobre a solicitação de dados à SESDF por meio da Lei de Acesso à Informação.

Por fim, foi iniciada a imersão nos diários quatro e cinco, com a análise dos procedimentos administrativos, jurídicos e processuais adotados pelo núcleo especializado.

Ainda com a necessidade de informações da SESDF, executora do serviço objeto deste trabalho, foi feito contatos com essa secretaria, que informou à pesquisadora da necessidade de solicitação formal. Com isso, a solicitação de informação foi feita pelo Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão e-SIC. Conforme estabelece a Lei Distrital (de acesso a informação) nº4.990, de 12 de dezembro de 2012, em consonância com a Lei Federal de acesso à informação (Lei nº12.527, de 18 de novembro de 2011), quando não for possível a conceder a informação de imediato, o órgão deverá prestar a informação em até vinte dias, podendo ser prorrogado por mais dez dias. No final desse período, foi feito contato pessoal com a ouvidoria da SESDF, que informou já ter sido enviado Memorando (de nº969/2016) à unidade responsável.

Passados trinta dias, nenhuma informação foi prestada pela SESDF. Diante disso foi feita reclamação dentro do mesmo órgão, em relação ao qual, passados os cinco dias, também não foi obtida resposta. Em 17.06.2016, foi feito recurso para a Ouvidoria Geral do Distrito Federal da Subsecretaria da Controladoria Geral do Distrito Federal e, no dia 21.06.2016, a SESDF respondeu a solicitação (anexo IV). Somente após cinquenta dias da solicitação as informações foram prestadas, indicando dificuldade de comunicação para o cidadão na prestação de serviços.

### **3.3 Entrevista**

Angrosino conceitua entrevista como “um processo que consiste em dirigir a conversação de forma a colher informações” (ANGROSINO, 2009, p.61). As entrevistas semiestruturadas compõem umas das tipologias de entrevista que conduzem a conversação por meio de perguntas predeterminadas ao campo de interesse da pesquisa.

Foi utilizada a entrevista individual semiestruturada na obtenção de dados subjetivos dos atores envolvidos na criação das ações judiciais, buscando identificar a percepção dos servidores do Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde quanto à interferência do Poder Judiciário em atividades da saúde.

A entrevista foi realizada com um dos servidores mais experientes do Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde, a servidora Eridalva Amorim Ribeiro Campos, que prestou informação quanto ao entendimento jurídico e processual das ações solicitadas de acesso a leitos de UTI no Distrito Federal. Foram feitas também conversas informais com servidores, prestadores de serviço e estagiários, que permitiram entender o funcionamento do núcleo e seus procedimentos.

### **3.4 Análise de dados**

A análise dos dados efetuada por este relatório foi a chamada análise de conteúdo, que é “a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem.”(BARDIN, 2002, p. 46). Assim, a análise de conteúdo significa uma metodologia de interpretação de dados brutos aplicados a técnica mais apropriada. A seção seguinte apresentará o diagnóstico da pesquisa, a partir dos dados coletados e do referencial teórico apresentado na seção anterior, buscando responder a pergunta norteadora que representa o fenômeno a ser compreendido.



## **4 Diagnóstico da Política Pública**

Nesta pesquisa, investigou-se a interferência do Poder Judiciário na implementação do Serviço de leitos de UTI da Política de Saúde do Distrito Federal, discutindo como esse serviço se insere em um ciclo de políticas públicas judicializado. Para tanto, foram assumidas como unidade de análise as atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde junto ao TJDFT para garantir o acesso ao serviço de leitos de UTI.

Esta seção está organizada a partir de três categorias de análise, com base nos objetivos específicos desta pesquisa. São elas:

- Mediação jurídica para acesso aos leitos de UTI, que apresenta como ocorre a inicialização e o acompanhamento das ações judiciais do Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde junto ao TJDFT;
- Ocupação de leitos de UTI sob as decisões do TJDFT, demonstrando quantos leitos têm sido ocupados mediante decisões do TJDFT;
- A judicialização do Serviço de acesso a leitos de UTI, relacionando a tramitação dos processos judiciais com o ciclo de políticas públicas.

### **4.1 Mediação jurídica para acesso aos leitos de UTI**

Quando um paciente precisa de um leito de UTI e não tem acesso por qualquer que seja a razão, um dos passos que tem sido seguido é a propositura de ação judicial. Essa propositura pode ocorrer por meio de advogados privados, como também por defensores públicos quando se tratar de pessoas hipossuficientes. A natureza da demanda analisada, por se referir a leitos públicos que atendem, em sua maioria, à população assistida detentora de pouco recursos econômicos, incorre predominantemente na procura do Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal.

O acesso ao núcleo é feito em um primeiro momento mediante a distribuição de senhas diárias, em um total de setenta senhas para o atendimento na área de saúde. Nessa primeira etapa, o núcleo faz o papel de orientação aos demandantes e análise dos pedidos, verificando se existem as condições para entrar com o pedido de ação. Os pedidos de leitos de UTI têm prioridade, podendo seu atendimento ser feito mesmo

quando finalizadas as senhas ou o horário de atendimento, que ocorre das 8h até 17h00 prorrogando até as 18h. Após esse último horário as demandas por leitos de UTI, são feitas no Núcleo de Plantão da Defensoria Pública localizado no próprio TJDF.

Protocolizados os pedidos judiciais no TJDF, a defensoria age como advogado da parte acompanhado o processo e seu cumprimento, após a intimação da SESDF, por meio de verificação no sistema de interação hospitalar CRIH e, quando não executada a decisão da tutela antecipada, intercedendo novamente ao juiz pelo seu cumprimento.

A documentação necessária para realizar o pedido no núcleo é um laudo médico que informe a necessidade de internação em UTI, a inscrição de espera de leito UTI no sistema informatizado da SESDF, nominado “*TrackCare*”, o registro geral (RG), o CPF, o comprovante de residência e a declaração de hipossuficiência. O Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde da DPDF possui três defensores voltados para a área de saúde, sob coordenação do Defensor Celestino Chupel.

É interessante notar que o núcleo tem acesso ao sistema informatizado de internações “*TrackCare*” da própria Secretaria de Saúde, que informa em tempo real os doentes aguardando a internação. Quando o núcleo recebe uma demanda no atendimento de internação, o procedimento antes de iniciar uma ação judicial é resolver a demanda administrativamente. Isso é feito com o contato com a Secretaria de Estado de Saúde do DF por meio de um ofício enviado via FAX solicitando a vaga de UTI. A resposta ocorre geralmente em até 2 horas. Quando a resposta é negativa, dá-se início a uma ação judicial com tutela de urgência, que é julgada em até 48 horas.

Em conversas informais no núcleo, os funcionários relatam que, pela especialização na área de saúde, os pedidos judiciais que neles advogam correm de maneira mais rápida que os próprios pedidos feitos por advogados privados. As solicitações feitas no núcleo, quando não atendidas via administrativamente, são elaboradas e protocolizadas no mesmo dia e remetidas ao juiz; são julgadas com tutela antecipada, pois em se tratando de pacientes graves, a lentidão processual poderá levar a óbito o paciente.

Após a intimação da SESDF sobre a decisão do juiz pelo deferimento da internação, se inicia a problemática da gestão na disponibilização de vagas. Na subseção seguinte, será analisada a administração dos leitos de UTI da CRIH e como a SESDF está gerindo o elevado número de decisões judiciais em vista do limitado número de vagas.

## 4.2 Ocupação de leitos de UTI sob as decisões do TJDF

O Serviço de Leitos de UTI é inserido como um ponto de atenção do componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde, sendo caracterizado por ser uma política distributiva segundo a tipologia de Lowi, em que se geram benefícios a um determinado grupo, no caso a população do Distrito Federal, com custos difusos na coletividade (SECCHI, 2010). A prestação deste serviço objetiva atender a demanda da população assistida e é executada em articulação da rede própria com a rede privada por meio de convênio ou contrato de direito público, em conformidade com o art. 206 § 1º, da Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF).

A Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) UTI regula o acesso aos leitos disponíveis no DF obedecendo aos dispositivos da Portaria nº 199, de agosto de 2015, e aos critérios para a admissão de pacientes em UTI regulados pela Portaria nº 200, de 06 de agosto de 2015, ambas da SES/DF (anexo II).

Para compreender como tem se dado a prestação do serviço de acesso a leitos de UTI, foram buscadas informações também na SESDF. Foram encaminhados à SESDF os seguintes questionamentos, conforme anexo III. Primeiramente, foi questionado quem seria o responsável pela execução da distribuição do acesso de leitos de UTI dentro da estrutura organizacional da Secretaria. Em resposta, foi informado que os executores são as equipes da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) do Complexo Regulador do Distrito Federal da SESDF. No segundo item, perguntou-se qual normativa orienta a distribuição dos leitos de UTI no DF e como é executado esse procedimento, em retorno foi informado que as normativas que regulam a internação hospitalar são as portarias das SESDF nº199 de 06 de agosto de 2015 e nº 200, de agosto de 2015. A terceira e quarta perguntas dizem respeito à demanda de solicitações para leitos de UTI e quantos pacientes foram efetivamente internados no DF na rede pública no ano de 2015, em pronunciamento da Gerência de Regulação (GERIH), informou que o sistema informacional utilizado pela CRIH não gera esses relatórios gerenciais. A quinta e última pergunta questiona quantas pessoas foram atendidas por mandados da justiça para internações em UTI no ano de 2015. Em resposta foi apresentada a seguinte tabela.

MANDADOS JUDICIAIS UTI – 2015				
CUMPRIDOS	NÃO CUMPRIDOS			TOTAL
	ÓBITO	MELHORA CLÍNICA	PENDENTES	
986	504	216	5	1.711

Fonte: dados fornecidos pela SESDF, ANEXO IV.

No que diz respeito ao terceiro e quarto itens do questionário, foi informado pela SESDF (anexo IV) que o sistema informatizado, o *Trakcare*, não gera relatórios gerenciais que permitam identificar o quantitativo de internações ou solicitações de acesso em leitos de UTI efetuados anualmente. Em experiência com o sistema da SESDF no Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde, notou-se que o programa é mais voltado para o atendimento de demandas médicas informando sobre o quadro clínico do paciente, tendo pouca funcionalidade em fornecer dados estratégicos de gestão. Dados como a demanda de solicitações e o total de serviços prestados são importantes para traçar planos de melhoria.

Em dados fornecidos pela SESDF sobre as internações de UTI no ano de 2015, observou-se que, devido à insuficiência das prestações, foi registrado um total de 1.711 mandados judiciais, uma média de no mínimo quatro determinações judiciais por dia durante todo ano. A figura a seguir informa as destinações dos pacientes com mandado judicial no ano de 2015.

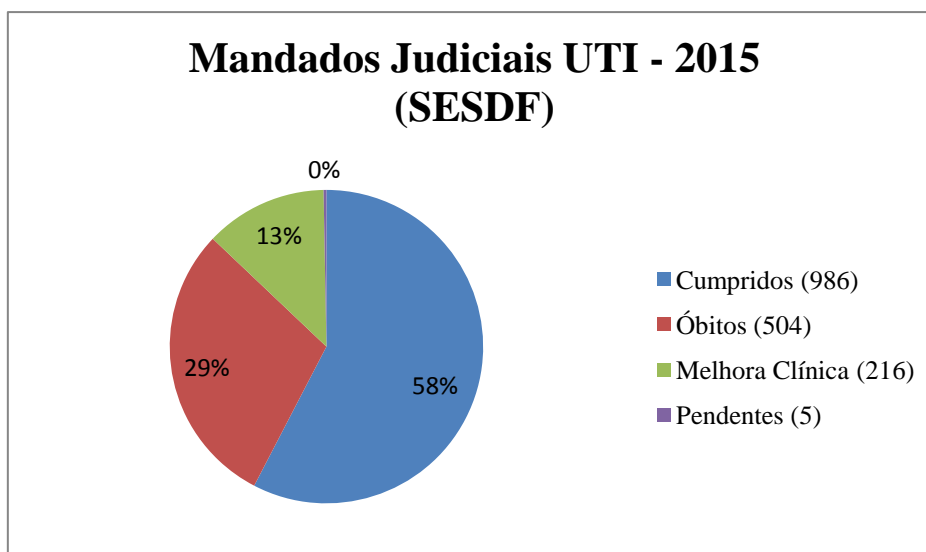


Figura 3 - Mandados Judiciais UTI na SESDF

Fonte: dados fornecidos pela SESDF ANEXO IV

Na figura acima, nota-se que mesmo com mandados judiciais, apenas 58% dessas determinações são cumpridas e a maioria dos descumprimentos tem como resultado o óbito do paciente, que não foi atendido em tempo hábil. Os demais descumprimentos dizem respeito a melhoras clínicas (216 pacientes) e internações pendentes (5), em que até a data do fechamento do relatório estatístico em 2015 pelo setor não haviam sido internados por indisponibilidade de leitos, conforme descreve o anexo IV.

Esse tipo de falha ou insuficiência sugere medidas emergenciais. Na identificação de um problema, a devida delimitação do mesmo permite orientar o conjunto das ações que deverão ser tomadas para sua solução (SECCHI, 2010). Essa delimitação repercutirá na formulação de alternativas quando são fixados os objetivos para a construção de alternativas como também na tomada de decisão na escolha da melhor alternativa. A SESDF poderia, por exemplo, ter uma melhor utilização da base de dados, para fornecer suprimentos na geração de alternativas e tomada de decisão.

### **4.3 A judicialização do serviço de acesso a leitos de UTI**

Exposto o ciclo de políticas públicas informado por Secchi (2010) no referencial teórico, esta subseção objetiva incluir a execução do serviço de acesso a leitos de UTI mediado pelo Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde no ano de 2015 no Ciclo de Políticas Públicas Judicializado apresentado por Barreiro e Furtado (2015). Assim, serão identificadas todas as fases do ciclo com as peculiaridades da judicialização.

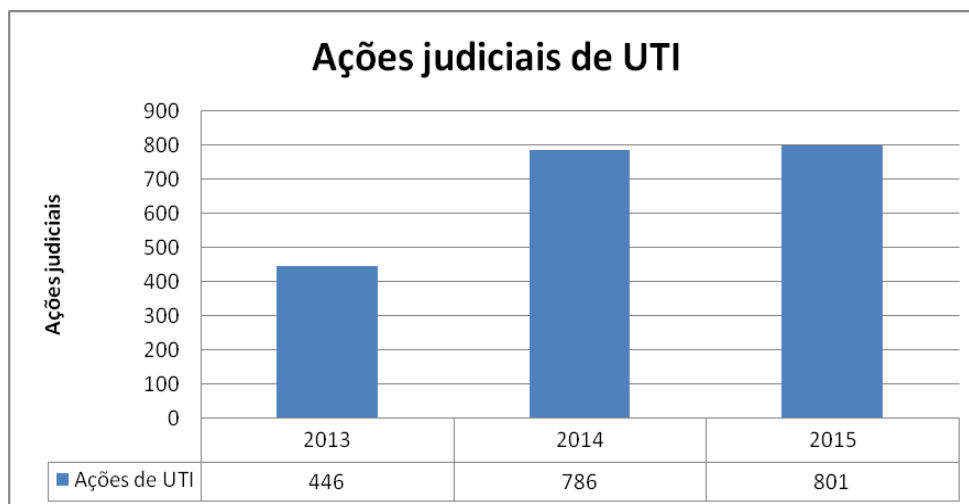
A identificação do problema sob a ótica da defensoria ocorre em um primeiro momento, quando petições iniciais são protocoladas em primeira instância nas Varas de Fazenda Pública. A Defensoria faz o atendimento ao cidadão, reunindo os elementos para a redação da petição inicial, e inicia o pedido da ação judicial. O juiz ao receber a peça analisa se existem as condições da ação. As condições gerais da ação determinam os elementos necessários para a propositura de uma demanda perante o Poder Judiciário.

Entre estas condições, conforme ensinamento de Dinamarco, Cintra e Grinover (2010), aplicada ao ano de referência, 2015, das ações judiciais analisadas neste relatório, estão presentes a possibilidade jurídica do pedido, o interesse de agir e a legitimidade entre as partes. A possibilidade jurídica do pedido representa a necessidade

da prévia existência de um direito presente no ordenamento jurídico pelo demandante (DINAMARCO; CINTRA; GRINOVER, 2010, p.280). O interesse de agir expressa a necessidade do assistido em comprovar em juízo a impossibilidade de exercer seu direito ou a necessidade de intervenção do judiciário, sendo a tutela jurisdicional necessária. Utiliza-se para caracterizar tal condição de ação o fundamento da pretensão resistida, a qual representa o impedimento do demandante por atuação do demandado. Deverá também no interesse de agir exigir a adequação em que o provimento deverá ser apto a corrigir a pretensão resistida. (DINAMARCO; CINTRA; GRINOVER, 2010, p.281). O terceiro elemento diz respeito à legitimidade entre as partes (*legitimidade ad causam*), que é a possibilidade de agentes comporem polos em demandas judiciais, mediante a comprovação da relação com os fatos narrados no decorrer do processo. Tal condição de ação comunica-se com as demais, pois, para que a parte seja legítima, é necessário que esta seja detentora do direito subjetivo material de agir para si ou em representação de outrem, (DINAMARCO; CINTRA; GRINOVER, 2010, p.282).

Conforme ensina Didier (2015) a tutela antecipada compõe uma categoria das tutelas de urgência. Para que ocorram as tutelas de urgência, é necessário que estejam presentes os requisitos do *fumus bom iuris* a “fumaça do bom direito”, o qual representa o amparo jurídico, e o *periculum in mora* “o perigo da demora”, que ilustra o risco ao decidir-se após a instrução processual (DIDIER, 2015, p.594). A tutela antecipada consiste no instituto jurídico pelo qual o juízo, mediante a comprovação da verossimilhança das alegações e o fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação, adianta ao postulante o direito pretendido de forma parcial ou total em qualquer fase processual antes do trânsito em julgado da sentença (DIDIER, 2015, p. 599-600)

Segundo informado pela servidora entrevistada, Eridalva Amorim Ribeiro Campos, são feitos entre dois a sete atendimentos sobre leitos de UTI por dia, em média três atendimentos diários, desses atendimentos boa parte se transforma em ações. O núcleo apresentou no ano de 2015, conforme o relatório anual de ações judiciais, 801 ações referentes a leitos de UTI mostrando uma média quase que previsível de 65 ações mensais, isso mostra que além das ações da iniciativa privada contra a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no ano de 2015, a SESDF lidou com quase uma média mensal de 2 ações diárias feitas somente por este núcleo. (CAMPOS, 2016). O gráfico a seguir demonstra o alto quantitativo de ações feitas pelo núcleo.



**Figura 4—Ações judiciais de UTI entre os anos 2013 e 2015 no Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde**

**Fonte: Relatórios Anuais de ações do Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde.**

Há no processo judicial a ausência da fase de formação da agenda, sendo o juiz coberto pelo princípio do livre convencimento traduzido na obra (CINTRA; GRINOVER; DINAMARCO, 2009, p.73) como princípio da persuasão racional do juiz em que ele explica que é “(...) a apreciação e a avaliação das provas existentes nos autos, indicando que o juiz deve formar livremente sua convicção.” Assim, o juiz tem, na formação da sua decisão, liberdade para seu próprio convencimento. É importante observar que esse convencimento não é arbitrário, mas deverá ser motivado pelo juiz. O código de processo civil (Lei nº 5.869 de 11 de janeiro de 1973), vigente no ano de 2015, período que compreende os relatórios conclusos das ações judiciais feitas pelo núcleo, declara esse princípio em seu art. 131 “O juiz apreciará livremente a prova, atendendo aos fatos e circunstâncias constantes dos autos, ainda que não alegados pelas partes; mas deverá indicar, na sentença, os motivos que lhe formaram o convencimento”.

Ainda na formação da agenda, percebe-se que a decisão do juiz não possui a representatividade, parte de ações de casos individuais e são decididas monocraticamente pelo juiz. Muitas ações referentes a acesso a leitos de UTI permanecem na primeira instância, que é representada pelo juiz singular e não passam nem mesmo para o segundo grau de jurisdição, pois pela especificidade do pedido da ação de “leitos de UTI”, são decididos por tutela antecipada e com aplicação imediata, caso contrário poderá incorrer em óbito do paciente.

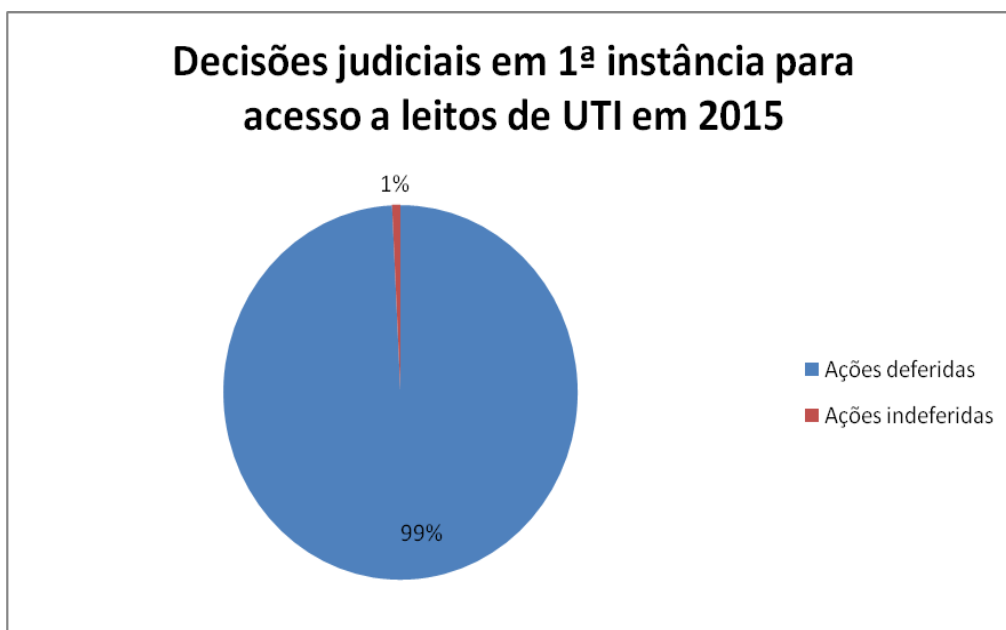
Em se tratando na formulação de alternativas, é evidente que a prestação do serviço de acesso e distribuição a leitos de UTI é uma atividade altamente técnica, que é feita por médicos reguladores e enfermeiros controladores mediante diagnóstico e laudos médicos, conforme prevê Portaria nº 42, de 31 de agosto de 2006, que foi alterada em 2015 pela Portaria nº 200, de 06 de agosto de 2015 do Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal, a fim de priorizar os pacientes inscritos na fila eletrônica de espera por leitos (anexo II). Quando a demanda é judicializada, falta ao juiz a *expertise* dos profissionais de saúde e gestores que, considerando que há recursos escassos e um alto custo de manutenção e estruturação da UTI, tendem a priorizar pacientes com condições clínicas reversíveis com perspectiva de recuperação.

Essa participação de atores atípicos como o judiciário reflete na execução do serviço da Secretaria de Saúde em que dá prioridade a um paciente que possui um quadro médico menos favorável, passando na frente de outro paciente que muitas vezes possui mais chances de vida, podendo neste caso levar à morte de dois pacientes em vez de somente um.

A tomada de decisão em uma política judicializada é feita pela decisão judicial, no caso dos pedidos de leitos de UTI é, geralmente, por um mandado judicial concedendo o leito. As ações entram com tutela antecipada e quase sempre o juiz profere decisão de conceder liminar no mesmo dia. Quando o juiz não profere a decisão de liminar no primeiro momento, é por que geralmente requer que sejam ouvidas as partes, em sua maioria o Ministério Público do Distrito Federal e a Secretaria de Saúde, conforme descrito por servidores do núcleo, por meio de conversas informais.

A Coordenação de Projetos e de Sistemas de 1ª Instância (COSIST) da Corregedoria do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) forneceu dados estatísticos das demandas de ações no ano de 2015 por meio de solicitação de acesso à informação via e-mail institucional, em que a Defensoria Pública do Distrito Federal tivesse atuado como advogada do autor e o Distrito Federal representando a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal como réu da ação referente aos processos de acessos a leitos de UTI. Segundo os dados fornecidos, foram totalizadas 4.190 ações em 2015, foram deferidas 1.039 ações de acesso a leitos de UTI, sendo somente oito indeferidas, resultando em uma taxa de quase 100% de deferimentos, conforme Figura 4. Há de se considerar que muitos pedidos são arquivados ou extintos por motivos diversos, como a morte do autor da ação.





**Figura 5 - Percentual de decisões judiciais em primeira instância do TJDFT.**

**Fonte: CORREGEDORIA DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS/ TJDFT (2016)**

Após a decisão judicial, ocorre a chamada implementação forçada do serviço, que é o cumprimento da ação com a internação. No Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde, o acompanhamento geralmente ocorre por um servidor comissionado, que verifica e acompanha as internações pelo sistema informatizado de internações “*TrackCare*” da própria Secretaria de Saúde que informa em tempo real os doentes aguardando internação, o “*TrackCare*” fornece dados de quais pacientes estão aguardando internação por meio de liminar deferida. A identificação dos pacientes que possuem mandados judiciais é feita pela própria Secretaria de Saúde Distrito Federal quando é intimada, essa identificação ocorre com inserção de um ícone com formato de cruz preta ao lado do nome do paciente, permitindo sinalização para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF) e também para defensoria que o paciente está aguardando a internação e possui mandado judicial.

Quando produzidos os resultados na implementação, algumas falhas podem ser verificadas durante a avaliação. Barreiro e Furtado (2015, p. 308) explicam que: “Passando para a fase da avaliação, além da importante referência à judicialização como um resultado não antecipado pela administração pública, sua correta inserção no modelo reformulado tem de ser percebida como importante instrumento avaliativo”. Compondo a fase avaliativa, Barreira e Furtado (2015, p. 310) afirmam a construção de uma rede da judicialização pode ampliar a capacidade de processamento de informações contribuindo e economizando o fluxo de informações.

Uma iniciativa do Poder Judiciário foi instituída com a criação do Fórum Nacional do Judiciário para o monitoramento e a resolução de demandas de assistência à saúde pela Resolução nº107 de 2010 do Conselho Nacional de Justiça. Na resolução há a previsão da criação de comitês executivos, o que ocorre no Distrito Federal com o Comitê Executivo Distrital da Saúde, que reúne juízes do TJDF e da justiça Federal, defensores públicos, gestores da Secretaria de Saúde do DF entre outros atores envolvidos no processo de judicialização da política de saúde no Distrito Federal. Esse Comitê teria entre outras funções, monitoramento das ações judiciais relacionadas à prestação de serviços de saúde, como também proposição de um diálogo com fim de evitar a judicialização de demandas que muitas vezes podem ser resolvidas por via administrativa.

Desta maneira, percebe-se como a judicialização representa o que podem ser consideradas algumas falhas na gestão do serviço, comprovadas pelos elevados números de ações judiciais relativos ao acesso a leitos de UTI. Assim, pelos dados expostos, esse serviço demandaria uma revisão em sua forma de implementação e gestão, pois, por si só, não atende a seu fim. A seção seguinte traz as considerações finais com reflexão mais sintética do diagnóstico da pesquisa.

## 5 Considerações Finais

Os juízes muitas vezes se tornam protagonistas do processo de políticas públicas, interferindo no resultado, como foi evidenciado na prestação do serviço de acesso a leitos de UTI da política de saúde do Distrito Federal. Essa interferência cria indicativos para avaliação do próprio serviço ou da sua gestão. Aplicando o caso nas objeções feitas por Barroso (2009) é verificado risco à legitimidade democrática, existe um poder político das decisões do Poder Judiciário de interferência na gestão do serviço em que juízes monocraticamente têm decidido em grande quantidade conceder acesso a leitos de UTI públicos por mandado judicial. Outra objeção a ser considerada é da capacidade institucional do Judiciário e seus limites em que foi verificada que a escolha do paciente para acesso a leitos limitados necessita ser qualificada, não sendo os juízes os mais preparados para tanto, pois não detém o conhecimento específico da área médica. As decisões judiciais não seguem a priorização estabelecida na Portaria da SESDF nº 200, de 06 de agosto de 2015, podendo gerar impactos como a escolha um paciente que possui um quadro médico menos favorável, passando na frente de outro paciente que muitas vezes possui mais chances de vida, podendo neste caso levar à morte de dois pacientes em vez de somente um.

Canais como o Comitê Executivo Distrital da Saúde podem impulsionar a gestão do serviço rumo a um aprimoramento sob a ótica incremental, em que os problemas e as alternativas são revistos simultaneamente por meio de ajuste na política já implementada. Essa perspectiva de aprimoramento permite abrir espaço para uma análise avaliativa da política e, conseqüentemente, para um aperfeiçoamento do serviço prestado ao cidadão. No relatório, percebe-se a necessidade de alinhar a gestão da capacidade, que é o potencial produtivo da SESDF, com a gestão da demanda da população assistida. Assim, conforme os ensinamentos de Giansi e Corrêa (1994), para uma política de gestão de planejamento da capacidade é necessário identificar a demanda futura, utilizando técnicas como regressões a dados das demandas anteriores. A falha de implementação, evidencia a necessidade de um banco de dados que gere informações como, por exemplo, o total de solicitações de acesso a leitos de UTI feitas em um determinado período.

Analisar o ciclo da política pública incluindo a judicialização abre a reflexão sobre a necessidade de qualquer política rever sua implementação, uma vez que, muitas vezes, esta não atende à demanda dos cidadãos, como tem sido o caso do serviço de

acesso a leitos de UTI da SESDF. Acompanhar o trâmite dos processos judiciais, desde a SESDF até o TJDF, fez com que se percebesse que o fluxo da gestão do processo do serviço de leitos de UTI da SESDF possui falhas, desviando o que foi planejado no serviço, por meio de decisões judiciais de caráter imperativo. Porém, muitas vezes necessários para a garantia do direito do cidadão.

Por fim, conforme sugere o ciclo de política pública judicializado, há uma tendência de reformulação quando ocorre esse tipo de desvio do ciclo normal da atividade com a excessiva judicialização. Isso leva à necessidade de se repensar e de se aprimorar as alternativas ou os procedimentos já existentes, muitas vezes, podendo-se considerar uma revisão da própria política no que se refere a sua legislação.

## 6 Referências

AGROSINO, Michael. *Etnografia e Observação Participante*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002

BARREIRO, G. S., & FURTADO, R. P.. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. *RAP: Revista de Administração Pública* v.49 n.2 , 293 a 314, mar/abr 2015

BARROSO, Luís R. *Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática*. *Revista de Direito do Estado*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 13, p. 71-91, jan./mar. 2009.

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução N°07 de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1, p. 48, 25 de fevereiro de 2010 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Processo 2014 01 1 034210-7, Relator Des. SÉRGIO ROCHA. Pág. 221. *Diário de Justiça do Distrito Federal (DJDF)* de 28 de Novembro de 2014. Despacho Fls. 65-66.

CRESWELL, John W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* / John W. Creswell; tradução Magda Lopes; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

DINAMARCO, Cândido Rangel; CINTRA, Carlos de Araujo; GRINOVER, Ada Pellegrini. *Teoria Geral do Processo*. 26. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2010.

DIDIER JÚNIOR, Fredie. *Curso de direito processual civil: teoria geral do processo e processo de conhecimento*.v. 1. Salvador: JusPodivm, 2009.

DISTRITO FEDERAL. *Lei Orgânica do Distrito Federal com Emenda à Lei Orgânica nº 97, de 16/05/15 (DODF de 02/06/2016)*. DODF de 09 de junho de 1993.

DUARTE, Jaqueine Rosado. Artigo científico. *A Judicialização das Políticas Públicas*, 23. Rio de Janeiro: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2011.

GERIH/DIREG/SUPRAC/SES. (17 de setembro de 2015). *Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*. (J. Medeiros, Editor) Acesso em 2015 de outubro de 2015, disponível em Governo do Distrito Federal: [www.saude.df.gov.br/images/Transplantes/QUADRO\\_LEITOS\\_DE\\_UTI\\_e\\_UCIN\\_09\\_15\\_pdf.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/Transplantes/QUADRO_LEITOS_DE_UTI_e_UCIN_09_15_pdf.pdf)

G1 DF. (13 de janeiro de 2015). *Globo Comunicação e Participações S.A.* (Globo Comunicação e Participações S.A.) Acesso em 21 de outubro de 2015, disponível em Portal de notícias Globo: <http://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2015/01/sem-equipamentos-e-servidores-df-tem-78-leitos-de-uti-fechados.html>

GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. Ed. Ver. e amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 34. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

OCHA, José de Albuquerque. *Teoria Geral do Processo*. 4ª ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Portaria Nº41 de 30 de agosto de 2006*. Diário Oficial do Distrito Federal, Distrito Federal, p. 14, coluna 1, 31 de agosto de 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do Possível, mínimo Existencial e Direito à Saúde: algumas aproximações. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais e Justiça*. Nº1. Porto Alegre: HS Editora, Out./Dez. 2007

SECCHI, L. *Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos*. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *A Secretaria*. Brasília, 2015. Disponível em :<<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria.html>>. Acesso em: 16 de dezembro de 2015.

SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito constitucional positivo*. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

SILVA, Pedro L. B. (Coord.). *Modelo de avaliação de programas sociais prioritários*. Campinas: Nepp/ Unicamp, 1999. (Relatório Final).

TESHEINER, José Maria Rosa. *Elementos para Uma Teoria Geral do processo*. São Paulo: Saraiva, 1993.

## 7 Anexos

## Anexo I – Quantitativo de leitos de UTI da SESDF

QUANTITATIVO DE LEITOS DE UTI E UCIN DA REDE SES/DF (PRÓPRIOS, CONVENIADOS E CONTRATADOS)											
UNIDADE EXECUTANTE		UTI (atualizado em 11/03/2016)								UCIN	
		GERAL	CIRÚRGICA	CORONÁRIA	NEURO-TRAUMA	MATERNA	PEDIÁTRICA	NEONATAL	TOTAL UTI	UCIN	TOTAL UCIN
<b>REDE PRÓPRIA</b>											
HBDF <sup>1</sup>	Regulados	8	5	5	24	0	6	1	49	0	0
	Eletivos (não regulados)	10	15	3	0	0	3	2	33	0	0
	Inativos	0	20	0	4	0	4	0	28	0	0
	<b>Subtotal</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>82</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
HRAN	Regulados	8	0	0	0	0	0	0	8	12	12
	Eletivos (não regulados)	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0
	Inativos	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
	<b>Subtotal</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
HMIB	Regulados	0	0	0	0	8	14	20	52	16	16
	Eletivos (não regulados)	0	0	0	0	2	2	0	4	0	0
	Crônicos	0	0	0	0	0	4	0	4	0	0
	Inativos	0	0	0	0	0	8	2	10	9	9
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>60</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	
HRC	Regulados	10	0	0	0	0	0	8	18	20	20
	Eletivos (não regulados)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inativos	2	0	0	0	0	0	1	3	5	5
	<b>Subtotal</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
HRG	Regulados	20	0	0	0	0	0	0	20	16	16
	Eletivos (não regulados)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inativos	10	0	0	0	0	0	0	10	2	2
	<b>Subtotal</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
HRPA	Regulados	7	0	0	0	0	0	0	7	12	12
	Eletivos (não regulados)	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0
	Inativos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Subtotal</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
HRS	Regulados	8	0	0	0	0	0	10	18	7	7
	Eletivos (não regulados)	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0
	Inativos	2	0	0	0	0	0	4	6	7	7
	<b>Subtotal</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
HRSAM	Regulados	20	0	0	0	0	0	0	20	0	0
	Eletivos (não regulados)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inativos	6	0	0	0	0	0	0	6	0	0
	<b>Subtotal</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
HRSM	Regulados	60	0	0	0	0	11	10	81	8	8
	Eletivos (não regulados)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Crônicos	0	0	0	0	0	10	0	10	0	0
	Inativos	15	0	0	0	0	0	0	15	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>91</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	
HRT	Regulados	8	0	0	0	0	6	8	22	4	4
	Eletivos (não regulados)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inativos	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
	<b>Subtotal</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
HRPL	Regulados	0	0	0	0	0	0	0	0	12	12
	Eletivos (não regulados)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inativos	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>TOTAL REDE PRÓPRIA</b>		<b>166</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>56</b>	<b>69</b>	<b>353</b>	<b>107</b>	<b>107</b>
<b>REDE CONVENIADA</b>											
HUB	Regulados	4	0	0	0	0	0	4	8		
	Eletivos (não regulados)	3	0	0	0	0	0	0	3		
	Inativos	0	0	0	0	0	0	4	4		
	<b>TOTAL REDE CONVENIADA</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>11</b>		
<b>REDE CONTRATADA</b>											
ICDF	Regulados	0	0	17	0	0	6	0	23		
	Eletivos (não regulados)	0	0	0	0	0	2	0	2		
OXTAL	Regulados	13	0	0	0	0	0	0	13		
<b>TOTAL REDE CONTRATADA</b>		<b>13</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>38</b>		
<b>TOTAL GERAL DE LEITOS</b>		<b>186</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>64</b>	<b>73</b>	<b>402</b>		

RESUMO									
<b>REDE PRÓPRIA</b>									
LEITOS UTI	GERAL	CIRÚRGICA	CORONÁRIA	NEURO-TRAUMA	MATERNA	PEDIÁTRICA	NEONATAL	TOTAL UTI	TOTAL UCIN
Regulados	149	5	5	24	8	37	67	295	107
Eletivos (não regulados)	17	15	3	0	2	5	2	44	0
Crônicos	0	0	0	0	0	14	0	14	0
Inativos	35	20	0	4	0	13	7	79	32
<b>Subtotal</b>	<b>166</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>56</b>	<b>69</b>	<b>353</b>	<b>107</b>
<b>REDE CONVENIADA</b>									
Regulados	4	0	0	0	0	0	4	8	
Eletivos (não regulados)	3	0	0	0	0	0	0	3	
Inativos	0	0	0	0	0	0	4	4	
<b>Subtotal</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	
<b>REDE CONTRATADA</b>									
Regulados	13	0	17	0	0	6	0	36	
Eletivos (não regulados)	0	0	0	0	0	2	0	2	
<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>38</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>64</b>	<b>73</b>	<b>402</b>	

Atualizado em 11/03/2016 por Gabriella Christmann GERH/DIREG/CRCS/SUPLANS/SES

## OBSERVAÇÃO:

- Os leitos inativos estão contabilizados no quantitativo (subtotal) geral da unidade.
- Os leitos eletivos não são regulados pela CRIH.

<b><sup>1</sup> NOMENCLATURA DO HBDF</b>	
UTI GERAL	08 REGULADOS (UTI CARDIOVASCULAR - perfil clínico-cirúrgico) e 10 NÃO REGULADOS (05 UTI GERAL NÃO REG + 05 UTI CLÍNICO CIRÚRGICA)
UTI CIRÚRGICA	05 REGULADOS e 15 NÃO REGULADOS (10 inativos desde a abertura)
UTI CORONÁRIA	05 REGULADOS e 03 NÃO REGULADOS
UTI NEURO-TRAUMA	24 REGULADOS

## Anexo II - Critérios de Admissão e altas em UTI's

28/04/2016

about:blank

Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal – SINJ-DF

### **PORTARIA Nº 200, DE 06 DE AGOSTO DE 2015.**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X, do art. 448, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 34.213, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, e

Considerando que é função do Estado estabelecer políticas públicas de saúde;

Considerando que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais e equipamentos específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia;

Considerando que o uso eficiente das UTI's tem se tornado uma primazia frente às recentes mudanças no ambiente de cuidados à saúde, objetivando assim a maximização dos recursos disponíveis;

Considerando o paciente grave como aquele com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando de assistência contínua;

Considerando que as UTI's devem ser reservadas para aqueles pacientes com condições clínicas reversíveis, susceptíveis de se beneficiarem dos cuidados intensivos e que tenham perspectiva de recuperação;

Considerando que apenas o uso do diagnóstico como parâmetro de indicação de admissão na UTI não permite eleger com segurança os pacientes com chances de se beneficiarem da internação na UTI;

Considerando que a utilização apropriada e racional dos recursos de Terapia Intensiva é de fundamental importância para a adequação dos gastos relacionados à saúde;

Considerando que a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010/ANVISA, recomenda que os critérios para admissão e alta de pacientes em UTI devam ser registrados, explicitados e amplamente divulgados para toda a instituição;

Considerando que a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010/ANVISA, prevê e define a UTI como área crítica destinada à internação de pacientes graves que requerem atenção especializada contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia;

Considerando as UTI's especializadas da Rede SES/DF: UTI Materna, UTI Coronariana, UTI Cirúrgica e UTI Neurotrauma;

Considerando que cada UTI deve definir e publicitar o escopo de serviços e a população de pacientes atendidos em conformidade com as diretrizes da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC) da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF);

Considerando que a introdução de políticas para a implementação de critérios de admissão e alta em UTI norteia e respalda os profissionais que prestam regularmente serviços aos pacientes de UTI;

Considerando que a introdução de critérios de admissão nas UTI's permite eleger os pacientes com maiores chances de se beneficiarem do tratamento intensivo;

about:blank

1/10



28/04/2016

about:blank

Considerando a necessidade de revisão das diretrizes e critérios de admissão e alta em UTI descritos na Portaria SES/DF nº 42, de 31 de agosto de 2006;

Considerando o Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage, publicado pela Society of Critical Care Medicine;

Considerando que a revisão dos critérios de admissão e alta em UTI deve ser baseada em consensos e diretrizes reconhecidos pela comunidade científica da área afim, RESOLVE:

Art. 1º Divulgar 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), constantes no ANEXO I;

Art. 2º A unidade solicitante, definida como o estabelecimento assistencial de saúde vinculado ao SUS, responsável por qualquer solicitação de internação em leitos hospitalares, deverá assegurar a adequada triagem de pacientes, baseada nos critérios de admissão e alta em UTI e UCIN, no momento da solicitação da internação hospitalar;

Art. 3º A Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) deverá utilizar os critérios dispostos no ANEXO I desta portaria, para a adequada priorização dos pacientes, bem como considerar suas necessidades clínicas e o perfil assistencial de cada unidade hospitalar da rede SES/DF;

Art. 4º Determinar que o responsável técnico médico/coordenador/chefe e supervisor de enfermagem das UTIs subsidiem a equipe da CRIH na regulação dos pacientes, quando assim a situação exigir;

Art. 5º Estabelecer a Diretoria de Regulação (DIREG) como o setor responsável pela divulgação dos critérios listados no ANEXO I à equipe da CRIH;

Art. 6º Estabelecer que a Diretoria de Assistência Especializada (DIASE) é responsável pela divulgação dos critérios listados no ANEXO I às equipes das unidades solicitantes e executantes da Rede SES/DF;

Art. 7º Definir que os critérios citados deverão ser revisados pelas Coordenações Técnicas das Unidades de Terapia Intensiva da SES/DF sempre que necessário ou a cada 3 (três) anos;

Art. 8º Fica revogada a Portaria SES/DF nº 42, de 31 de Agosto de 2006, e as demais disposições contrárias;

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

about:blank

2/10

## FABIO GONDIM PEREIRA DA COSTA

### ANEXO I - CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA

#### I. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E PEDIÁTRICA:

Os critérios listados abaixo estão definidos com base no modelo de PRIORIZAÇÃO, o qual permite identificar: a) pacientes que mais serão beneficiados da 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 ausência de perspectiva terapêutica.

#### CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO:

PRIORIDADE 01 – 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. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir a terapêutica necessária.

#### CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

##### CARDIOVASCULAR

Infarto Agudo do Miocárdio complicado e Killip  $\geq 2$ ; Choque cardiogênico; Arritmias complexas requerendo monitorização contínua e/ou intervenção aguda; Insuficiência Cardíaca Congestiva aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico; Emergências hipertensivas sem estabilização à conduta inicial; Angina instável complicada com arritmias e/ou instabilidade hemodinâmica e/ou dor torácica persistente; Parada cardiorrespiratória pós-reanimação com ou sem indicação de hipotermia terapêutica em paciente sem presença de doença terminal ou irreversível; Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica; Aneurisma dissecante da aorta com diagnóstico confirmado ou presumido; Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associados a distúrbios hemodinâmicos com necessidade de marcapasso temporário.

##### RESPIRATÓRIO

Pacientes clínicos ou cirúrgicos com Insuficiência Respiratória Aguda necessitando de ventilação mecânica invasiva; Broncoespasmo que demande broncodilatador venoso contínuo; Edema Agudo de Pulmão requerendo suporte ventilatório; Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica; Hemoptise maciça.

##### NEUROLÓGICO

Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico nas primeiras 4h30 de evolução e com indicação de trombólise e/ou intervenção cirúrgica como craniectomia descompressiva; AVE hemorrágico com Glasgow  $\leq$  a 8 pontos e/ou com indicação de tratamento cirúrgico; Coma metabólico tóxico ou anóxico; Hemorragia intracraniana com risco de herniação; Hemorragia sub-aracnóide aguda; Meningite com alteração do estado mental

28/04/2016

about:blank

ou comprometimento respiratório; Hipertensão intracraniana; Pós-operatório do SNC; Trauma crânio encefálico grave; Vasoespasmo cerebral; Convulsão de difícil controle; Morte encefálica de paciente doador de órgãos.

#### GASTRINTESTINAL

Hemorragia digestiva persistente com sinais de choque; Insuficiência hepática fulminante; Pancreatite grave; Perfuração esofágica com ou sem mediastinite.

#### RENAL

Insuficiência renal aguda com urgência dialítica, associada a doenças ou condições agudas graves, clínicas ou cirúrgicas (ex.: edema agudo de pulmão, hipercalemia, rebaixamento do nível de consciência, choque).

#### ONCOHEMATOLÓGICO

Síndrome de lise tumoral.

#### ENDÓCRINO/METABÓLICO

Cetoacidose diabética complicada; Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base graves; Crise tireotóxica ou coma mixedematoso com instabilidade hemodinâmica; Estado hiperosmolar com coma e/ou instabilidade hemodinâmica.

#### GINECO-OBSTÉTRICO

Eclampsia/Pré Eclampsia Grave; Síndrome HELLP; Esteatose Aguda da Gravidez; Embolia por

Líquido Amniótico; Hemorragias Pré e Pós Parto; Síndrome de Hiperestimulação Ovariana.

#### OUTROS

Choque ou instabilidade hemodinâmica sob infusão contínua de drogas vasoativas; Sepses Grave, Choque Séptico; Choque Anafilático; Hipertermia maligna; Politraumatizados; Coagulação Intravascular Disseminada.

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 estes pacientes.

#### CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

##### CARDIOVASCULAR

Infarto Agudo do Miocárdio não complicado e/ou Killip 1; Arritmias agudas sem instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorização contínua; Insuficiência cardíaca congestiva sem necessidade de suporte hemodinâmico ou ventilatório; Angina instável sem complicações e/ou instabilidade hemodinâmica e/ou dor torácica persistente; Tamponamento cardíaco com estabilidade hemodinâmica; Bloqueio cardíaco sem repercussão hemodinâmica; Embolia pulmonar com estabilidade hemodinâmica;

##### RESPIRATÓRIO

Desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo; DPOC descompensada necessitando ventilação não invasiva.

##### NEUROLÓGICO

about:blank

4/10

28/04/2016

about:blank

AVE isquêmico com Glasgow entre 9 e 13 e/ou sem indicação de trombólise e/ou intervenção cirúrgica como craniectomia descompressiva; AVE hemorrágico com Glasgow entre 9 e 13 sem indicação de tratamento cirúrgico; Hemorragia intracraniana sem alterações da consciência ou risco de herniação; Meningite sem alteração do estado mental ou comprometimento respiratório.

#### GASTRINTESTINAL

Hemorraia digestiva sem sinais de choque requerendo monitorização contínua.

#### RENAL

Insuficiência renal aguda sem urgência dialítica.

#### ENDÓCRINO/METABÓLICO

Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base sem complicações; coma mixedematoso com estabilidade hemodinâmica.

#### GINECO-OBSTÉTRICO

Cardiopatia e Gravidez; Cardiomiopatia Periparto; Pré Eclampsia; Doença Tromboembólica do

Ciclo Grávido Puerperal.

#### OUTROS

Sepse sem instabilidade hemodinâmica.

PRIORIDADE 03 – Inclui pacientes instáveis, com baixa probabilidade de recuperação, seja pela doença de base e/ou natureza da sua doença aguda e/ou presença de comorbidades. Esses pacientes podem ter limites e/ou esforços terapêuticos estabelecidos como a não intubação ou a não-reanimação cardiopulmonar.

#### CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

##### ONCOHEMATOLÓGICO

Pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção; Neoplasias sem perspectivas terapêuticas.

##### NEUROLÓGICO

AVE isquêmico em paciente com sequelas prévias e/ou portador de comorbidades graves sem indicações de intervenções agudas.

PRIORIDADE 4: Inclui 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. Podem ser classificados como:

PRIORIDADE 4A – Pacientes com pouco ou nenhum benefício da 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.

#### CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

##### VASCULAR

about:blank

5/10

28/04/2016

about:blank

Cirurgia vascular periférica

ENDÓCRINO/METABÓLICO

Cetoacidose diabética hemodinamicamente estável.

CARDIOLÓGICO

Insuficiência cardíaca congestiva leve.

RESPIRATÓRIO

DPOC sem agudização do quadro.

OUTROS

Overdose de drogas consciente; pacientes aguardando cirurgias eletivas com indicação de UTI no pós-operatório imediato.

PRIORIDADE 4B: Pacientes em terminalidade ou com doença irreversível diante da morte iminente. São aqueles que a condição clínica não justifica a necessidade de UTI devido à ausência de perspectiva terapêutica.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

NEUROLOGICO

Danos graves irreversíveis do cérebro; morte encefálica de não doadores de órgãos.

ONCOHEMATOLÓGICO

Câncer metastático que não responde à quimioterapia e/ou radioterapia.

OUTROS

Disfunção multiorgânica irreversível; estado vegetativo persistente; pacientes que são permanentemente inconscientes; pacientes com capacidade de decisão para recusar cuidados intensivos e/ou monitorização invasiva e que recebem apenas cuidados de conforto (cuidados paliativos).

OBSERVAÇÕES: a idade, a presença de comorbidades e o escore prognóstico e de disfunção orgânica são maiores nas categorias 3 e 4. Os pacientes recusados para admissão na UTI apresentam taxa de mortalidade elevada e esta taxa permanece alta entre pacientes prioridades 3 e

4, mesmo quando estes são admitidos na UTI, denotando assim que esta internação não muda seu prognóstico.

## II. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI NEONATAL

Os critérios de admissão em UTI Neonatal e UCIN aqui listados estão em conformidade com a Portaria GM/MS Nº 930 (10/05/2012).

### 1. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO EM UTIN

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

-Todos os recém-nascidos (RN) com indicação de suporte ventilatório mecânico (Ventilação Pulmonar Mecânica – VPM) seja por insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica severa.

about:blank

6/10

28/04/2016

about:blank

-A insuficiência respiratória deverá ser avaliada com base no boletim de Silverman-Anderson sendo considerada como moderada ou grave a partir do score maior 4.

-A indicação de VPM deverá ser considerada pela caracterização da insuficiência respiratória em conjunto com dados gasométricos.

-RN que apresenta apneia neonatal de repetição que não respondeu à utilização de CPAP nasal e Xantinas.

#### INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA

- RN com cianose central isolada ou associada à cianose periférica importantes;

- RN cuja pressão arterial está sustentada por drogas vasoativas;

-RN cuja pressão arterial está sustentada por infusão repetida de grandes volumes de líquidos;

-RN cuja pressão arterial está: Menor que percentil 10, para peso e idade Maior que percentil 90, para peso e idade.

- RN com alterações de ritmo e/ou frequência cardíaca, observada em ECG, monitor cardíaco ou clinicamente, e que estejam comprometendo estado hemodinâmico;

#### AGRAVOS NEUROLÓGICOS

- Convulsões subentrantes;

-Asfixia perinatal grave;

#### OUTROS

-RN submetido a procedimento cirúrgico de qualquer porte, até completa estabilização respiratória e hemodinâmica;

-RN com peso inferior a 1250g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;

-RN que necessite de diálise peritoneal.

- RN grave conforme avaliação clínica e que não se enquadra nos critérios anteriores.

#### 2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO UCIN CONVENCIONAL

- RN que ainda necessite de observação e cuidados especiais após a alta da UTIN;

- RN com desconforto respiratório ou apneia que não necessite de assistência ventilatória mecânica; mas requeira monitorização constante e/ou algum tipo de suporte respiratório como CPAP nasal, capacete tipo HOOD ou oxigênio inalatório (livre ou em cateter);

- RN que necessite de acesso venoso para infusão contínua de glicose, eletrólitos e alimentação parenteral em transição;

- RN em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;

- RN que necessite realizar procedimento de exsanguineotransfusão;

- RN com peso superior a 1250g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;

- RN submetido a procedimentos cirúrgicos de qualquer porte, estável clinicamente,

about:blank

7/10

durante o pós-operatório imediato.

- RN anoxiado com risco de convulsões nas primeiras 24 horas de vida
- RN com malformações graves e estabilidade cardiorrespiratória, em espera de cirurgia;
- RN com cardiopatias compensadas sem possibilidade de permanência em alojamento conjunto e sem indicação de UTIN.
- RN com labilidade clínico-laboratorial, mas que não se encaixam nos critérios de UTIN.

### III. CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI ADULTO E PEDIÁTRICA

O estado clínico do paciente admitido à UTI deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos.

#### SÃO CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI

O Resolução da doença ou da instabilidade fisiológica que motivou a internação, como:

- Estabilidade hemodinâmica sem uso de drogas vasoativas de qualquer natureza.
- Estabilidade respiratória com dependência de ventilação mecânica invasiva, traqueostomizado, sem modificações constantes nos parâmetros de ventilação quando houver indicação para o Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade "Home Care".
- Quando a necessidade de monitorização e cuidados intensivos não se fizer mais mandatória.

O Morte encefálica devidamente documentada em não doador de órgão;

Os Pacientes que preenchem os critérios de admissão nas Unidades de Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrica, conforme estabelecido na Portaria nº 70, de 04 de Abril de 2013.

O Necessidade de promoção apropriada dos cuidados paliativos e ortotanásia, dentro dos valores e preferências dos pacientes e familiares.

O Os critérios de alta da UTI devem ser similares aos critérios de admissão em Unidades de Cuidados Semi-Intensivos ou Unidades de Enfermaria, quando disponíveis.

### IV. CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI NEONATAL

O estado clínico do paciente admitido na UTIN deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos. Assim, são critérios de alta:

#### 1- UTI neonatal

- Quando o estado clínico do paciente se estabilizou e a necessidade de monitoração e cuidado não é mais necessária ou pode ser executada em níveis de menor complexidade;
- Quando o estado clínico do paciente deteriorou e intervenções ativas não são mais planejadas, aplicando-se o princípio bioético de não maleficência;
- Nem todos os pacientes necessitam, após a alta da UTIN, serem transferidos a uma Unidade de Cuidados Intermediários. Eles podem progredir diretamente para Alojamento conjunto, domicílio ou Unidade de Pediatria, conforme o caso. Os critérios de alta da UTIN devem ser similares aos critérios de admissão em uma UCIN, quando disponíveis.

## 2- UCIN CONVENCIONALC

- RN estáveis, em condições para progredir para UCIN Canguru, Alojamento Conjunto ou alta hospitalar.
- Critérios de progressão para leito de UCIN Canguru:
  - RN com peso maior do que 1250g e curva ponderal ascendente.
  - RN em uso de sonda orogástrica ou nasogástrica para alimentação, já iniciando sucção no seio materno.
  - RN em nutrição enteral plena e estáveis clinicamente.
  - RN com patologias crônicas/neurológicas graves com dificuldade de sucção/deglutição e agendados para avaliação da necessidade de gastrostomia e/ou suporte nutricional via sonda enteral, com a mãe devidamente treinada para a manipulação da sonda e administração da dieta.
  - RN estáveis, em tratamento com antimicrobiano para infecções congênicas específicas e inespecíficas.

## V. SITUAÇÕES ESPECIAIS EM NEONATOLOGIA

Visam estabelecer os parâmetros de internação e/ou transferência de pacientes neonatais, que após longa internação em UTI neonatal, passam à faixa de peso e idade de pacientes pediátricos e o fluxo de pacientes em pós-operatório tardio, das UTINs cirúrgicas (HBDf, HMIB) para as demais UTINs/UTIPs da rede, dos recém-nascidos com suspeita de indicação cirúrgica e o fluxo de pacientes cardiopatas.

### 1. Critérios de Admissão na Interface Neonatal/Pediátrica:

- Paciente com menos de 28 dias, egresso do domicílio, deve ser atendido no Pronto Socorro da Pediatria. Se houver necessidade de UTI, deverá ser solicitada regulação para UTI neonatal. Inexistindo necessidade de UTI, pode ser internado em enfermaria pediátrica, caso não haja disponibilidade de vaga em UCIN externa.
- Paciente com mais de 28 dias egresso do domicílio e com peso menor do que 2.500g deve ser discutido caso a caso, de acordo com peso, idade gestacional corrigida e a patologia que indicou a sua internação, se será internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou Pediátrica.
- Paciente com mais de 28 dias, menos de 2500g e IGPC<40s+6 dias, PODE retornar a uma UTI/UCI neonatal, após cirurgia cardíaca, neurológica ou pediátrica geral.
- Paciente com mais de 28 dias, mais de 2500g e IGPC>40s+6 dias, internado na UCIN Externa do HMIB esperando neurocirurgia de Derivação Ventriculo-Peritoneal (DVP), poderá fazer o pós-operatório imediato da DVP na UTI Pediátrica, e retornar depois para a UCIN Externa ou para a enfermaria da pediatria para término de tratamento.

### 2. Fluxo de Pacientes Cirúrgicos:

- Pacientes com indicação de tratamento cirúrgico cardíaco, têm como referência aguardar leito para o ICDF preferencialmente nos hospitais HMIB, HRT e HRC, porém se o paciente necessitar suporte intensivo e houver falta de vaga nesses hospitais, ele poderá ser direcionado para leito de UTIN no HRS ou HRSM.
- Crianças avaliadas pelo pediatra/neonatologista assistente, nos hospitais ditos secundários, como tendo indicação de procedimento cirúrgico não eletivo, NÃO necessitam de parecer ou contato prévio com a equipe de cirurgia para serem direcionados - a confirmação ou não da cirurgia dar-se-á pelo especialista com o paciente



28/04/2016

about:blank

já direcionado, no leito executante;

- Os pacientes com indicações cirúrgicas (não cardiológicas) consideradas eletivas entrarão numa fila única priorizada pela Cirurgia Pediátrica (CIPE), e serão encaminhados para o leito executante (HMIB/HBDF) de acordo com o agendamento da CIPE. Neurocirurgias pediátricas são realizadas somente no HBDF.

- Pacientes neonatais que apresentaram quadro cirúrgico e foram operados no HBDF ou HMIB, após a estabilização do quadro pós-operatório e de acordo com o cirurgião, pode completar seu tratamento em uma UTIN/UCIN de unidade neonatal não cirúrgica.

### 3. Transferência de paciente egresso de UTIN/UCIN para outras Unidades

- Paciente com agravo crônico, internado em UTIN/UCIN desde o nascimento ou antes de haver completado 28 dias de vida, com peso maior do que 2500g e idade gestacional pós-concepcional (IGPC) maior do que 40 semanas e seis dias: após completar 28 dias de vida deverá ser transferido para uma UTI Pediátrica, se dependente de tecnologia (ventilação mecânica), ou para Enfermaria Pediátrica, conforme suas necessidades e suporte profissional existente na unidade;

- Pacientes com mais de 28 dias de vida, IGPC > 40 semanas e 6 dias e com peso maior do que 2500g, de alta da UTI Pediátrica Especializada (HBDF, HMIB ou ICDF): após estabilização de pós-operatório (neurocirurgia, cirurgia cardíaca, cirurgia geral pediátrica e outras) podem ser transferidos para uma outra UTI Pediátrica, mediante solicitação de transferência à CRIH.

Este texto não substitui o original publicado no DODF de 07/08/2015, p.8.

about:blank

10/10

Anexo III – Solicitação de Acesso à Informação à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Dados do Pedido		
Protocolo	00080000199201637	
Solicitante	Milena Gomes Bezerra	
Data de abertura	02/05/2016	
Órgão Superior Destinatário	Secretaria de Estado de Saúde - SES	
Órgão Vinculado Destinatário		
Prazo de atendimento	23/05/2016	
Situação	Respondido	
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)	
Forma de recebimento da resposta	Pelo sistema (com avisos por email)	
Descrição	<p>1. Dentro da estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do DF, quem executa a distribuição do acesso de leitos de UTI?</p> <p>2. Qual normativa orienta a distribuição dos leitos de UTI no DF e como é executado esse procedimento?</p> <p>3. No ano de 2015 qual foi o numero de solicitações para leitos de UTI no DF?</p> <p>4. No ano de 2015 quantos pacientes efetivamente foram contemplados com o acesso aos leitos de UTI?</p> <p>5. Em 2015 quantas pessoas foram atendidas por mandados da justiça para acesso a leitos de UTI?</p>	
Dados da Resposta		
Data de resposta	21/06/2016	
Tipo de resposta	Acesso Concedido	
Classificação do Tipo de resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC	
Resposta	Resposta em anexo.	
Classificação do Pedido		
Categoria do pedido	Saúde	
Subcategoria do pedido	Participação e controle social em saúde	
Número de perguntas	5	
Histórico do Pedido		
Data do evento	Descrição do evento	Responsável
02/05/2016	Pedido Registrado para o Órgão Secretaria de Estado de Saúde - SES	SOLICITANTE
21/06/2016	Pedido Respondido	Secretaria de Estado de Saúde - SES
Reclamação		
Órgão Superior Destinatário	Secretaria de Estado de Saúde - SES	
Órgão Vinculado Destinatário		
Data de Abertura	02/06/2016	
Prazo de Atendimento	07/06/2016	
<i>Justificativa</i>		
Prezados, Passados os 30 dias da minha solicitação ainda não obtive nenhuma resposta do meu pedido.		

Data de Abertura 17/06/2016 11:53  
Prazo de Atendimento 24/06/2016  
Tipo de Recurso Resposta não foi dada no prazo

*Justificativa*

Tendo em vista a omissão de resposta por parte da Secretaria e da autoridade de monitoramento, reitero o pedido de entrega das informações solicitadas. Ressalto que em contato direto com a ouvidoria da pasta recebi a informação de que foi elaborado um ofício à Diretoria de Regulação - DIREG.

Resposta ao Recurso CGU

Data da Resposta 21/06/2016  
Tipo de Resposta Deferido

*Justificativa*

O pedido de informação foi respondido pelo SIC

Anexo IV – Informações prestadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal



GOV. DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO  
DIRETORIA DE REGULAÇÃO  
SECRETARIA DE REGULADOR DO DF

**GERIH/DIREG/CRCS/SUPLANS/SES**, em 20/06/2016.

Referência: Memorando nº 969/2016 - OUVIDORIA/SES

Assunto: Lei de Acesso à Informação – Milena Gomes Bezerra

Ao GAB/SUPLANS  
Com vistas à DITEC

**URGENTE**

Senhora Subsecretária,

Conforme solicitação, segue manifestação acerca dos questionamentos:

Item 1 – O processo de regulação do acesso à maioria dos leitos de UTI dos hospitais da Rede/SES é executado pelas equipes da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), unidade orgânica do Complexo Regulador do DF, subordinada à Gerência de Regulação de Internação Hospitalar (GERIH), da Diretoria de Regulação (DIREG), vinculada à Subsecretaria de Planejamento em Saúde (SUPLANS). Alguns hospitais possuem leitos de UTI eletivos, destinados à internação de pacientes em pós-operatório de cirurgias eletivas; no momento, os leitos de UTI eletivos não estão sob a regulação da CRIH, sendo que cada hospital é responsável pelo gerenciamento da ocupação dos seus respectivos leitos eletivos.

Item 2 – Todo o processo de regulação de internação hospitalar é executado conforme as disposições das portarias nº 199, de 05 de agosto de 2015 e nº 200, de 06 de agosto de 2015, publicadas no Diário Oficial do Distrito Federal de 07 de agosto de 2015.

Item 3 e 4 – Informamos que o *Trakcare*, sistema informacional vigente utilizado pelas equipes da CRIH, não gera os relatórios gerenciais necessários à captação de algumas variáveis, tais como o número de solicitações de internação em UTI. Encaminharemos a solicitação à DITEC – Diretoria de Tecnologia da SES, para avaliar a possibilidade de obtenção dos dados solicitados.



CDD: 08 - SERVIÇOS DE ENFERMAGEM  
 SECT: 51 - TÉCNICOS DE ENFERMAGEM  
 BRBCT: 25 - ANÁLISES DE SAÚDE  
 D: 4 - ENFERMAGEM  
 CATEG: 100 - ENFERMAGEM

Item 5 - Segue abaixo o quantitativo de decisões judiciais expedidas para internação em leitos de UTI no ano de 2015. Os mandados judiciais não-cumpridos corresponderam aos casos que evoluíram para óbito antes do encaminhamento para leito de UTI (óbito\*) e aos casos retirados da fila de espera por melhora clínica ou por suspensão da indicação de UTI (melhora clínica\*\*). Os mandados judiciais pendentes correspondem àqueles que, até a data de fechamento do relatório estatístico do setor, não haviam sido cumpridos devido à indisponibilidade de leitos.

2015


MANDADOS JUDICIAIS UTI - 2015				
CUMPRIDOS	NÃO CUMPRIDOS			TOTAL
	ÓBITO*	MELHORA CLÍNICA**	PENDENTES	
986	504	216	5	1.711

Na oportunidade, manifestamos protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Camila B. de Carvalho  
 GERIHDREGISUPR  
 COREN RJ 122302  
 Mat. SES: 1.435.800-7

CAMILA BARBOSA DE CARVALHO  
 Gerência de Regulação - GERIH  
 Gerente

  
 PAOLA ALMEIDA DOS SANTOS SOBRAL  
 Diretoria de Regulação - DIREG  
 Diretora