



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

LORENA DE FREITAS DELALÍBERA

**ANÁLISE DE DECISÕES JUDICIAIS QUE DEMANDAM
LEITOS DE UTI CONTRA O DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA, 2013



Universidade de Brasília
Faculdade da Ceilândia
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

LORENA DE FREITAS DELALÍBERA

ANÁLISE DE DECISÕES JUDICIAIS QUE DEMANDAM LEITOS DE UTI CONTRA O DISTRITO FEDERAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (FCE/UnB) para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sílvia Badim Marques

BRASÍLIA, 2013

LORENA DE FREITAS DELALIBERA

**ANÁLISE DE DECISÕES JUDICIAIS QUE DEMANDAM
LEITOS DE UTI CONTRA O DISTRITO FEDERAL**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. **SÍLVIA BADIM MARQUES** (FCE/UnB)

Orientadora

Profa. Dra. **CARLA PINTAS MARQUES**(FCE/UnB)

Prof. Dr. **JOSÉ ANTONIO ITURRI DE LA MATA** (FCE/UnB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado o dom da vida, e por sua infinita misericórdia e graça para com a minha vida e por todas as bênçãos que tem me proporcionado.

À minha família por sempre estar ao meu lado me dando forças e incentivando a conquistar meus sonhos, me fazendo acreditar que sou capaz mesmo em meio a tantas barreiras e me ajudando de todas as maneiras sem medir esforços.

A minha filha Ester, motivo da minha alegria aquela que me faz querer ser uma pessoa melhor, que apesar da pouca idade, está sempre ao meu lado com seu amor e carinho mesmo em meio há dias de mau humor na elaboração deste trabalho soube compreender com tamanha paciência.

Ao meu esposo, por estar sempre ao meu lado compartilhando todos os momentos, sejam bons ou ruins e principalmente pela compreensão diante de dias difíceis em que o stress e cansaço com tantos trabalhos tomavam conta de mim.

Em especial a minha mãe e a minha segunda mãe, minha avó Nirce, por tudo, principalmente por terem me ajudado desde o início da graduação cuidando com toda ternura do meu bem mais precioso que é a minha filha e por sempre acreditarem em mim, e me incentivarem com palavras de sabedoria e amor.

Ao meu pai, por seu carinho, oração e incentivo e por confiar em mim, em meu potencial, sempre com palavras de ânimo.

Aos meus amigos e professores da graduação, que colaboraram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho, à minha gratidão.

Agradeço ao meu amigo André Alcântara que me ajudou no abstract do trabalho e também por suas palavras de ânimo e incentivo.

Em especial aos queridos Antônio Cipriano, Deborah, Jéssica Galvão, Kauane, Kétila, Lais, Leticia Lopes e Mariana com quem compartilhei alegrias

nas diversas disciplinas que cursamos juntos e que sempre estavam dispostos a ouvir sobre meus obstáculos e desafios diante desta pesquisa.

Agradeço a minha orientadora e Professora Silvia Badim por aceitar me orientar, pelo seu auxílio, crítica e sugestões e principalmente pela confiança em mim depositada.

Aos professores Carla Pintas e Iturri de La Mata, não somente por aceitarem o convite de avaliar o meu trabalho com tanta gentileza, mas também por todos os momentos em que me apoiaram, ensinaram durante as disciplinas da graduação e também conversas informais, fazendo com que eu me apaixonasse pelo curso de Saúde Coletiva.

RESUMO

A prestação de serviços de saúde mais demandada nas cortes do Distrito Federal é o acesso aos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), as causas vão desde insuficiência de leitos na rede pública e conveniada à indisponibilidade de recursos por parte do autor para arcar com as despesas referentes ao tratamento em rede particular. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo a análise das decisões judiciais que demandaram leitos de UTI contra o Distrito Federal e que foram julgadas no período de julho a setembro de 2013, sendo caracterizado como estudo exploratório de abordagem quali-quantitativa. A pesquisa teve com fonte de dados e informações o site do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) na área de jurisprudência, no qual foram verificados 31 acórdãos. Foram descritas e analisadas as fundamentações das decisões dos magistrados e desembargadores e a argumentação do Distrito Federal em suas contestações frente a estas decisões, além disso, o estudo buscou verificar a influência em tais decisões frente à Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) e os protocolos de prioridades estabelecidos pela portaria nº 42 de 30 de agosto 2006. Através do estudo pôde-se observar uma influência da Judicialização nos fluxos da CRIH e sua regulação, porém a judicialização do Direito a saúde age como efetivadora dos direitos sociais dos cidadãos.

Palavras-chave: judicialização da saúde; direito à saúde; leitos de UTI; poder judiciário.

ABSTRACT

The health service provision most demanded in the Federal District courts is access to beds in the Intensive Care Unit (ICU). The causes range from lack of beds in public network to the unavailability of resources on the author's part to afford treatment expenses in the private network. Given this, the present study aims to analyze the court decisions that demanded ICU beds against the Federal District and were judged in the period July-September 2013, being characterized as an exploratory study of qualitative and quantitative approach. The search had as data and information source the website of the Court of Justice of the Federal District and Territories in the jurisprudence area, in which 31 judgments were verified. The reasoning of the decisions of magistrates and judges and the arguments of the Federal District in its defense against these decisions were described and analyzed. In addition, the study examined the influence of such decisions on the Central of Hospitalization Regulation (CHR) and the priorities protocols could be observed an influence of judicialization on CHR's flows and its regulation, however the judicialization of the right to health acts as implementer of citizens' social rights.

Key-words: legalization of health; right to health; bed ICU; judicial power.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Distribuição das sentenças dos acórdãos entre os meses julho, agosto e setembro em Brasília, Distrito Federal, 2013 (n=31).
- Gráfico 2 Perfil dos autores de processos que demandam leitos de UTI em Brasília, Distrito Federal, 2013 (n=31).
- Gráfico 3 Autores de processos por leito de UTI que entraram com ação junto a Defensoria Pública, Brasília, de Julho a Setembro de 2013 (n=31).
- Gráfico 4 Argumentação do DF frente às decisões de Primeira instância. Brasília, Distrito Federal, 2013 (n=31).
- Gráfico 5 Decisão final dos desembargadores quanto ao pagamento UTI particular pelo GDF, Brasília, 2013. (n=31).

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo
CRDF	Complexo Regulador do Distrito Federal
CRIH	Central de Regulação de Internação Hospitalar
DF	Distrito Federal
GDF	Governo do Distrito Federal
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LODF	Lei Orgânica do Distrito Federal
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SADT	Serviços de Apoio Diagnose e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
STF	Supremo Tribunal Federal
TCU	Tribunal de Contas da União
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 Geral.....	18
3.2 Específicos	18
4. METODOLOGIA	19
4.1 Pesquisa bibliográfica.....	19
4.2 Descrição do sistema de regulação do acesso a leitos de unidade de terapia intensiva(UTI) do Distrito Federal.....	20
4.3 Delimitação de acordãos relacionados à demanda de leito de unidade de terapia intensiva(UTI) e levantamento das decisões judiciais	20
4.4 Análise dos documentos jurídicos	20
4.5 Análise do conteúdo	20
5. RESULTADOS.....	22
5.1 Analisando as decisões.....	25
5.1.1 1ª Instancia	26
5.1.2 Argumentação do Distrito Federal	26
5.1.3 Decisão dos desembargadores - decisão dos votos.....	28
6. DISCUSSÃO	33
6.1 Regulação em Saúde	35
6.2 Política Nacional de Regulação.....	36
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
9. ANEXOS	47

1. INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 garantiu aos cidadãos, o direito social à saúde, que permite acesso universal e integral aos cuidados de saúde. O artigo nº 196 relata que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

E, também, o artigo nº 198 perfaz o Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema de saúde que organiza-se de forma hierárquica e descentralizada onde há atribuições próprias para cada esfera de governo, com ênfase na municipalização, princípio do SUS que está no inciso IX, artigo 7º da Lei 8.080, consistindo na transferência de responsabilidades, atribuições e recursos da união para os estados e municípios.

Em concordância com os artigos constitucionais encontram-se o art. 204, inc, II e art. 205, inc. I, da Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF). Nos quais:

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

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

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

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

Assim sendo, o Estado, em seus três níveis de governo, deve organizar o SUS garantindo o direito a saúde e, segundo o artigo nº 23 da Constituição Federal deve prestar serviços públicos de saúde, promover ações de prevenção, promoção e recuperação do estado de saúde e bem estar da população, sendo obrigatório o atendimento sem qualquer custo ou cobrança. OSUS é regulamentado pelas leis orgânicas da saúde nº 8.080/90 e a nº 8.142/90, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, a organização, o funcionamento dos serviços correspondentes sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, respectivamente.

Desta forma, tornou-se obrigatório ao Estado fornecer quaisquer que sejam os serviços de saúde necessários para cada tipo de doença ou agravo de saúde da população, não importando o nível de sua evolução. Além disso, cabe a ele prestar atendimento integral e universal, objetivando o bem estar de todos os indivíduos em nome da concretização da justiça social e da igualdade.

Infelizmente não é o que ocorre nos serviços de saúde, a oferta de alguns serviços é insuficiente, como os de alta complexidade, além de que não são todos os cidadãos que conseguem acesso aos tratamentos e medicamentos que necessitam, fazendo com que eles busquem o amparo do poder judiciário para garantia do direito fundamental à saúde, através de ações judiciais individualizadas. Isso porque o Judiciário tem sido provocado a intervir na Administração para cumprir o dever que a Constituição lhe impõe, garantindo, assim, o exercício do direito à saúde. Essa busca pela garantia e direito à saúde e de cidadania nos tribunais denominou-se judicialização da saúde (VENTURA et al, pp. 77-100, 2010).

No ano de 2010, através de um estudo de caso, do período de maio de 2005 até setembro de 2010, um levantamento de dados com análise de processos judiciais em que se requeria a garantia de algum aspecto do direito à saúde demonstrou que no DF a principal prestação de saúde encontrada em ações judiciais se refere a leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cerca de 66% dos processos avaliados (PENNALVA,2010).

A UTI pode ser compreendida como um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem contínua, além de equipamentos e recursos humanos especializados (CAETANO et al., 2007).

Segundo Barbosa (2004), no Brasil, na área de terapia intensiva, não há equidade na distribuição dos leitos, existindo desigualdades nacionais e regionais, sendo o acesso limitado e a qualidade dos serviços prestados insuficientes, variando de unidades altamente sofisticadas a outras sem a estrutura mínima necessária, prejudicando as classes mais carentes da população, além do quantitativo de leitos serem insuficientes para atender a demanda da população. No ano de 2010, a estimativa de leito era 0,6 leitos para dez mil habitantes, o que estaria abaixo do limite mínimo estabelecido pela Portaria n.º 1.101-2002, que seria entre 1 e 3 leitos (BARBOSA, p. 437-438, 2004).

Para Dallari (1988), o direito à saúde no aspecto social privilegia o princípio da igualdade e, devido a isso, existem algumas limitações impostas aos cidadãos para que todos possam usufruir igualmente dos mesmos benefícios, e a garantia de alguns serviços de saúde deve ser realizada no mesmo nível a todos que necessitam. Nesse sentido se faz necessárias ações que promovam normas, controle e avaliação dos serviços de saúde.

Com intuito de melhorar o acesso dos usuários do SUS e a equidade foram criadas as centrais de regulação cujo objetivo maior é a ordenação de recursos, priorizando o acesso igualitário, equânime e universal aos usuários do sistema, trabalhando com o critério de risco e gravidade da situação de saúde do paciente.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), 01/2002, determinaram o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços e definiram como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” que “deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” (BRASIL, 2002a).

A implantação de centrais de internação, consultas e exames para gerenciar e organizar os leitos disponíveis e a distribuição e agendamento de consultas especializadas e serviços de apoio diagnose e terapia (SADT), demanda um pacto com prestadores, formalizado nos contratos, e a atualização dos cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários (BRASIL, 2006). Para padronizar a solicitação de internações, consultas, exames e terapias especializadas, necessita-se de protocolos para encaminhamentos, com intuito de criar fluxos ágeis de referência, para que aconteçam as ações de solicitação e de autorização de procedimentos.

No caso do Distrito Federal, encontra-se presente a Central de Regulação em Internação Hospitalar (CRIH) que é a responsável pela regulação de leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. Funciona 24 horas por dia, sete dias na semana. O número de solicitações de leitos na CRIH do DF é alto e a quantidade de leitos regulados é insuficiente para atender a demanda, no ano de 2012 foram realizadas 15.791 solicitações de internação em leito de UTI. (GOMES, 2013).

Os hospitais da rede pública são responsáveis por fazer a indicação da necessidade de internação em leito de UTI e o encaminhamento da solicitação para a CRIH, e devem manter atualizadas as informações dos pacientes até o direcionamento para o leito pelos médicos reguladores da Central. Todas as solicitações de internação em UTI são avaliadas pelos médicos reguladores conforme protocolos estabelecidos. Através do sistema de regulação é permitido aos gestores visualizarem os leitos hospitalares disponíveis no SUS, facilitando o encaminhamento de pacientes que aguardam internação ou transferência de leitos (GOMES, 2013).

Os protocolos operacionais e clínicos que definem os critérios de admissão e alta do paciente na unidade de terapia intensiva da CRIH foram estabelecidos pela Portaria da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) nº 42 de 30 de agosto de 2006. Os protocolos operacionais são os que estabelecem os fluxos e rotinas quem demandam leitos de UTI e as

atividades que os profissionais devem realizar. Os protocolos clínicos são os que direcionam as diretrizes técnicas de acordo com consensos científicos atualizados (VILARINS, 2012).

Devido à priorização da oferta de alguns serviços, definida pelas políticas de saúde e a insuficiência da oferta de serviços do SUS, em relação à demanda existente, o número de ações judiciais com esse intuito somadas ao Poder Judiciário, pouco familiarizado com algumas questões, cria um espaço fértil para elaboração de solicitação judicial que, de forma positiva e/ou negativa, interfere no processo regulatório do acesso a saúde e interfere nas políticas públicas.

Diante disto, o presente estudo tem como objetivo realizar uma análise comparativa das decisões judiciais que demandam serviço de leitos de UTI com ênfase nos argumentos utilizados pelas partes e com vista a regulação de internação hospitalar que sistematiza o acesso dos pacientes aos leitos de UTI

2. JUSTIFICATIVA

A pesquisa tem grande relevância no sentido de que o SUS foi criado recentemente no Brasil, pouco mais de vinte anos, após a saúde ser positivada no ordenamento jurídico como direito social e, conseqüentemente, a judicialização da saúde torna-se um tema recente. As demandas de saúde surgiram no sentido de tentar alcançar o que já está garantido por lei ao cidadão através da Constituição de 1988 como dever do Estado, e que devido algum problema, como o cidadão não conseguir ser atendido da forma prevista ou obter um bem ou serviço de saúde como deveria ter sido, levando o judiciário a intervir na Administração Pública, para que o usuário consiga ter acesso aos serviços, gerando um debate acerca da intervenção do judiciário nas formas de organização do SUS.

Para Ciarlini (2013), as demandas judiciais que envolvem direitos prestacionais levam o judiciário a enfrentar o debate sobre os limites da atuação judicial, em paralelo com as formas de regulação da Administração Pública e principalmente um conflito entre os direitos individuais e os direitos sociais, principalmente, da afirmação de que todos têm direito a saúde e à vida.

No estudo de caso realizado, em 2010, por Janaina Penalva, denominado “Judicialização do Direito à Saúde: O caso do Distrito Federal”, no qual foram analisadas as demandas judiciais sobre direito à saúde, identificou-se que das 385 ações estudadas, o bem de saúde mais demandado era o acesso à UTI, o que representava cerca de 66% dos casos analisados. Segundo Penalva (2010), tais decisões judiciais causam um impacto político e orçamentário muito grande e, devido a isso, acaba atraindo muitos pesquisadores nessa área. O estudo concluiu que “o fenômeno da judicialização da saúde tem diferentes dimensões e que importantes questões sobre justiça distributiva estão desenvolvidas nesse conceito”.

Devido à alta demanda por serviços de saúde, surgiu a necessidade de se estabelecer normas e diretrizes padronizadas para regular, organizar e priorizar o acesso desses pacientes aos serviços de forma a integrar as necessidades sociais e coletivas. Na área da saúde, a Lei 8.080 cita o tema e estabelece competências quanto à regulação, controle, avaliação e auditoria, porém, o faz de forma genérica, remetendo sempre ao “fiscalizar”, “controlar”, “avaliar”, “acompanhar”, “elaborar normas”, “regular”, não definindo o que significa cada uma destas ações e nem especificando os seus procedimentos e como será a sua operacionalização (BRASIL, 2006).

No sistema de saúde, existem dois tipos principais de regulação: a regulação sanitária de bens e serviços e a regulação da assistência. A primeira se refere à minimização dos riscos à saúde pelos bens e serviços por parte das autoridades sanitárias, principalmente, os associados com os alimentos. A segunda refere-se ao cuidado das organizações responsáveis pelo financiamento, provisão de recursos e funções do desenvolvimento de pesquisas. Para Murray (2006), a regulação é uma meta-função dirigida a instituições por meio de instrumentos, tais como: acreditação, certificação e definição das taxas.

Diante da alta demanda de ações que demandam leitos de UTI surgiu a ideia do estudo, de analisar tais ações judiciais, a argumentação e fundamentação das partes envolvidas no processo e se essas decisões interferem no processo regulatório e estrutura normativa desenvolvida pelo sistema de saúde. E, principalmente, na política existente dentro da Central de Regulação e nas prioridades estabelecidas pela Portaria da SES/DF nº 42 de 30 de agosto de 2006.

3. OBJETIVOS

3.1- Geral

Analisar as decisões judiciais que demandam os serviços de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) contra o Distrito Federal, no período de julho a setembro de 2013, relacionando-as com os critérios de prioridade da Portaria nº 42 de 30 de agosto de 2006.

3.2- Específicos

Identificar os principais motivos da propositura de ações judiciais que demandam leitos de unidade de terapia intensiva (UTI);

Analisar quais são os critérios das decisões judiciais;

Verificar se os critérios de fundamentação estão de acordo com as prioridades para classificação de pacientes estabelecidas pela Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH).

4. METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza descritiva quanto aos seus objetivos, pois, procurou descrever além das decisões judiciais, os protocolos estabelecidos pela Central de Regulação do Distrito Federal que sistematiza o acesso dos pacientes aos leitos de UTI. A pesquisa possui caráter exploratório de abordagem quali-quantitativa, uma vez que busca analisar as decisões dos magistrados, a argumentação do Distrito Federal nas contestações e as decisões de segunda instância frente a esses protocolos que definem os critérios de prioridade e de risco dos pacientes (GIL, 1991).

Os dados analisados foram buscados no sítio jurisprudência do site do Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF) no campo pesquisa livre, onde se faz a pesquisa de documentos jurídicos através de palavras chaves. No campo de pesquisa foi digitado “Leito de UTI” e, assim, a busca resultou em mais de seiscentos acórdãos relacionados ao tema. Foi escolhida a opção de visualizá-los em ordem cronológica do julgamento e foi feito o download de todos os acórdãos referentes ao recorte de julho a setembro de 2013. Após esta etapa foi realizada a análise do objeto de judicialização destes acórdãos e, assim, eliminado mais uma parcela destes, após esta etapa restaram 31 acórdãos no qual o bem judicializado era a internação em leito de UTI.

A pesquisa foi dividida em cinco etapas de acordo com seus objetivos:

4.1 Pesquisa bibliográfica

Para um melhor embasamento sobre os temas foi realizada uma pesquisa de referências teóricas em livros, artigos, periódicos, etc. Foi realizado um levantamento de dados sobre os assuntos: judicialização da saúde, regulação assistencial, centrais de regulação, Central de Regulação de Internação Hospitalar, além de decretos e outras normas produzidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

4.2. Descrição do sistema de regulação do acesso a leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) do Distrito Federal.

Nessa etapa foi realizado o relato do funcionamento da CRIH e foram descritos os critérios de prioridade estabelecidos pelo Sistema de Regulação de leitos de UTI do Distrito Federal, esses critérios de priorização regulam os pedidos de leitos de UTI e através deles todas as solicitações de internação junto a Central são analisadas pelos médicos reguladores da Central.

4.3. Delimitação de acórdãos relacionados à demanda de leito de unidade de terapia intensiva(UTI) e levantamento das decisões judiciais

Devido à alta demanda de leitos de UTI e o grande número de acórdãos encontrados na pesquisa de documentos jurídicos do TJDF, se fez necessário a delimitação dos mesmos a serem analisados por um determinado período de tempo, desta forma, foi realizado um levantamento de acórdãos com julgamento realizado no terceiro trimestre de 2013 (julho, agosto e setembro) totalizando 31 acórdãos. Sendo que para o ano de 2013 até o mês de setembro haviam 80 acórdãos julgados.

4.4. Análise dos documentos jurídicos.

Após o levantamento de acórdãos, foi realizada a síntese das decisões dos magistrados em primeira instância, das argumentações do Distrito Federal frente à sentença de primeiro grau, quando condenado a pagar os custos da internação dos autores e a fundamentação da decisão de segunda instância dos desembargadores frente ao recurso de apelação apresentado pelo Governo do Distrito Federal (GDF).

4.5. Análise do conteúdo.

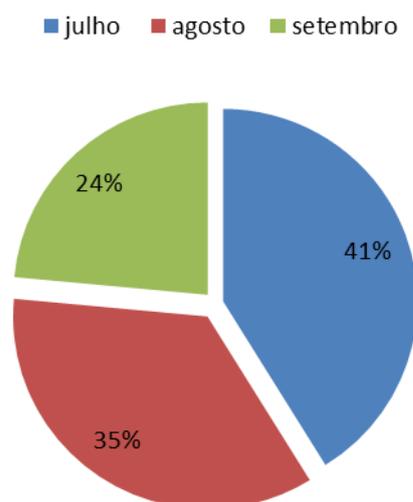
No final da pesquisa foi realizada a avaliação dos resultados, buscando debater sobre a judicialização da saúde e o poder judiciário frente às políticas e diretrizes do SUS como, por exemplo, a CRIH que tem o sentido de organizar a porta de entrada do serviço de UTI, analisando a necessidade do usuário, ou

quando, embora exista a oferta de serviço, esta seja insuficiente para atender a demanda, regulando o fluxo dos pacientes com necessidade de realização de procedimentos sob a orientação de protocolos clínicos previamente definidos.

5. RESULTADOS

O estudo analisou um total de 31 acordãos em que foi demandado o serviço de leito de UTI no período de julho a setembro de 2013. Destes casos 12 deles foram julgados no mês de julho, 13 no mês de agosto e 6 no mês de setembro, conforme apresentado pelo gráfico mais adiante (gráfico 1). Quanto ao perfil daqueles que demandaram por leitos de UTI, seja por via defensoria ou não, 14 eram do sexo masculino e 17 do sexo feminino (gráfico 2).

Gráfico 1. Distribuição das sentenças dos acórdãos entre os meses julho, agosto e setembro em Brasília, Distrito Federal, 2013 (n=31).



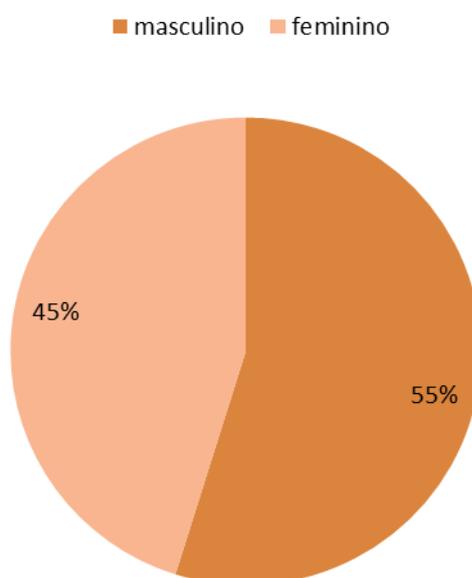
Fonte: Elaborado com base em consulta na Jurisprudência - TJDF, 2013.

Quantos as vias de defesa utilizadas pelos autores, apenas 2 foram via particular, e 29 pela defensoria pública do DF (gráfico 1). Essas informações são mencionadas para dar um dimensionamento mais amplo no decorrer de processos por solicitação de leitos de UTI no DF.

Para Fernando Aith, a jurisprudência exerce um papel importante para o direito sanitário do Estado, pois ela representa a interpretação do Estado sobre as leis existentes, principalmente, aquelas que possuem um grau de generalidade grande, pois quem decide é o juiz, mesmo sendo limitado seu

campo de atuação pelas normas jurídicas, ele é o responsável por sua efetividade, destacando, ainda, que a jurisprudência mostra os caminhos para aperfeiçoamento das leis, para tornar o direito mais eficaz (AITH, p. 149-153, 2007).

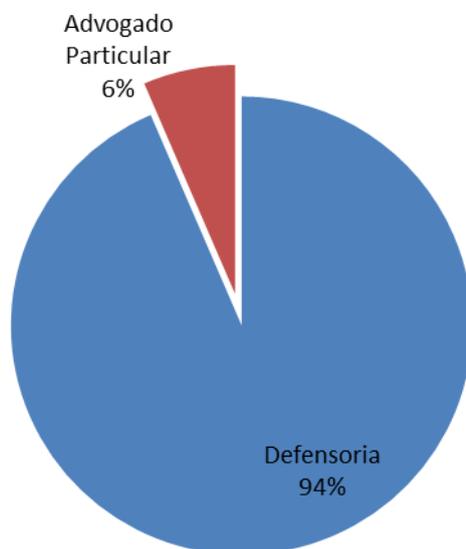
Gráfico 2. Perfil dos autores de processos que demandam leitos de UTI em Brasília, Distrito Federal, 2013 (n=31).



Fonte: Elaborado com base em consulta na Jurisprudência - TJDF, 2013.

Sabe-se que o quantitativo de leitos de UTI no DF encontra-se fora do limite estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) de 1 a 3 leitos a cada dez mil habitantes. A população do DF estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2013 é de 2.789.761 habitantes, e o quantitativo de leitos é de 324 leitos de UTI próprios e 90 leitos de UTI em rede conveniada, totalizando 414 leitos de UTI que resulta em média 0,6 leitos a cada dez mil habitantes (BRASIL, 2002b).

Gráfico 3. Autores de processos por leito de UTI que entraram com ação junto a Defensoria Pública, Brasília, de Julho a Setembro de 2013 (n=31).



Fonte: Elaborado com base em consulta na Jurisprudência - TJDF, 2013.

Diante da questão socioeconômica, observa-se que o acesso à justiça para obtenção de leito de UTI no DF foi mais frequente pela Defensoria Pública, assim como no estudo de Penalva (2011), onde mais de 95% dos casos analisados eram conduzidos pela defensoria pública, que é a responsável por defender os cidadãos que não possuem condições financeiras suficientes para arcar com as despesas de um advogado.

Conforme artigo nº5 inciso LXXIV da Constituição da República, que diz que o Estado deve prestar assistência jurídica para aqueles que não dispõem de recursos financeiros suficientes, garantindo a cidadania e os direitos sociais e individuais. Conforme exposto abaixo:

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos.”(BRASIL, 1988).

E, também na Lei Complementar nº 828 de 26 de julho de 2010 (BRASIL, 2010) no capítulo II, em que cita sobre assistência jurídica no DF, fala acerca da obrigação da prestação de assistência jurídica gratuita a todos aqueles que comprovarem insuficiência de recursos.

5.1. Analisado as decisões

Todos os acórdãos analisados foram de demandas de internação em UTI e que devido à ausência de vagas em leitos em rede pública os autores foram internados em leitos de hospitais de rede privada, a maioria deles por determinação judicial (tutela jurisdicional), 14 acórdãos tinham posse de tutela antecipada e buscou por meio de ação judicial o custeio do poder público. Segundo o artigo 273 do Código de Processo Civil Brasileiro a tutela antecipada pode ser deferida em casos de dano irreparável ou de difícil reparação, como nos casos de vida ou morte, entre outros citados abaixo.

“Art. 273. O juiz poderá, a requerimento da parte, antecipar, total ou parcialmente, os efeitos da tutela pretendida no pedido inicial, desde que, existindo prova inequívoca, se convença da verossimilhança da alegação e:

I – haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação; ou
II – fique caracterizado o abuso de direito de defesa ou manifesto propósito protelatório do réu.

§ 1 Na decisão que antecipar a tutela, o juiz indicará, de modo claro e preciso, as razões de seu convencimento.

§ 2 Não se concederá a antecipação da tutela quando houver perigo de irreversibilidade do provimento antecipado.

§ 3 A execução da tutela antecipada observará, no que couber, o disposto nos incisos II e III do art. 588.

§ 4 A tutela antecipada poderá ser revogada ou modificada a qualquer tempo, em decisão fundamentada.

§ 5 Concedida ou não a antecipação da tutela, prosseguira o processo ate final julgamento” (BRASIL, 2008).

Os magistrados deram a sentença em desfavor do DF, para que este viesse arcar com os custos da internação, e este então, veio a recorrer da decisão.

De início os autores discorrem sobre o direito à preservação da saúde como um dos direitos básicos ao ser humano, sendo responsabilizado pelo Estado através do artigo 196 da Constituição Federal. Posteriormente, o

discurso entra na linha argumentativa das condições sociais dos autores, que estas, não são suficientes para custear o tratamento do qual necessitam em rede privada e que devido a gravidade do quadro de saúde, não poderiam esperar a liberação de leito regulado conveniado ou próprio do SUS, sabendo da impossibilidade de vaga na rede pública de saúde do DF, levando o autor recorrer o serviço médico privado.

Ciarlini (2013) apresenta algumas linhas argumentativas no que tratam o tema. Segundo ele, a garantia da saúde e as normas garantidoras do direito à saúde têm sua aplicabilidade imediata diante da fundamentalidade das pretensões à saúde, conforme princípios constitucionais. Ainda mais, o autor destaca que:

“... o direito à saúde, a vista do seu caráter fundamental e indisponível, deve ter primazia sobre outros interesses do Estado (...) é obrigação da entidade do direito público dar efetividade às prerrogativas básicas dos cidadãos, para que permita o seu efetivo acesso aos serviços de saúde...” (CIARLINI, p. 39-49, 2013).

5.1.1. 1º instância

Em geral, na sentença de primeiro grau os magistrados deferiram o pedido inicial em ação de obrigação de fazer em desfavor do Distrito Federal, fundamentando-se basicamente pelo direito à vida e direito à saúde, presentes nos artigos 5º e 196º da Constituição Federal, e nos artigos 204º e 207 da LODF, não sendo estas normas meramente programáticas e no qual é dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Desse modo, cabe ao Estado fornecer todo o tratamento necessário para completa recuperação do autor. No entendimento do juiz “se a rede pública de saúde não possui condições para tratar pacientes com risco de morte e a pessoa autora da causa não possui condições financeiras é razoável que o poder público custeie as despesas do tratamento em hospital particular.” (Acórdão n. 693927, Jurisprudência, TJDFT, 2013). E assim, as decisões trazem a afirmação de que não basta apenas ter o direito público à saúde se o

Estado não fornecer o aparato possível para que aconteça o efetivo acesso aos serviços de saúde.

5.1.2. Argumentação do GDF

Em posição oposta à decisão judicial de primeira instância o GDF apresentou contestação em todas as decisões. A fundamentação das contestações consistiu basicamente em: oito acórdãos, cerca de 26%, apresentaram a argumentação de que o autor havia sido internado em leito de UTI de hospital particular por conta própria, sem que antes houvesse consulta quanto a disponibilidade de leitos em rede pública, o que afastaria do Estado o dever de prestar assistência à saúde, e que, anteriormente, o Estado não havia se recusado a prestar assistência médica ao autor, não tendo, portanto, dado causa à internação, livremente escolhida pelos seus familiares.

Em doze acórdãos, cerca de 39%, o argumento principal foi a falta de previsão orçamentária para atender as demandas, relatando que “o atendimento às demandas por serviços de saúde podem sofrer limitações de caráter orçamentário” e retratando como de “interesse financeiro secundário do Estado”. E que atender as demandas individualizadas inviabiliza a programação orçamentária anual do Estado direcionada à saúde, inviabilizando atender as demandas da população em geral, o que acontece nos casos em que o judiciário defere o pedido do autor de tutela antecipada.

Como reforço a argumentação em 80 % destes acórdãos menciona-se que tais decisões ferem o princípio da isonomia, de que todos são iguais perante a lei (Art. 196 da Constituição e art. 7º, IV, da Lei 8.080, de 1990) pelo fato da justiça está tratando de maneira diferenciada e privilegiada os pacientes do SUS, alegando que todos os pacientes deveriam se submeter à Central de Regulação da SES/DF, em respeito aos que também aguardam uma vaga em UTI, para evitar que aqueles que recorram ao judiciário sejam privilegiados em relação aos demais.

Em cerca de 22% dos acórdãos, sete acórdãos, analisados os autores haviam falecido, e nestes casos o DF alegou ausência de interesse por “perda superveniente do interesse processual e que fosse julgado extinto sem exame de mérito. Conforme exposto no Código de Processo Civil Brasileiro vigente.

“Art. 267. Extingue-se o processo, sem resolução de mérito: (Redação dada pela Lei nº 11.232, de 2005)

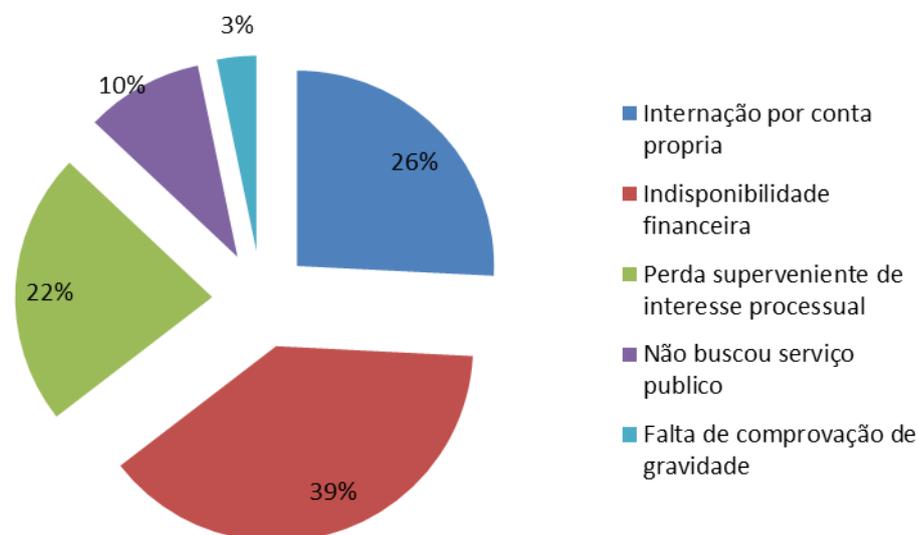
VI- Quando não concorrer qualquer das condições da ação, como a possibilidade jurídica, a legitimidade das partes e o interessante processual. (BRASIL, 2005)

Art. 462 da Lei 5.869, de 11 de janeiro de 1973. “Se depois da propositura da ação, algum fato constitutivo, modificativo ou extintivo do direito influir no julgamento da lide, caberá ao juiz tomá-lo em consideração, de ofício ou a requerimento da parte, no momento de proferir a sentença.” (BRASIL, 2008).

Em três acórdãos, 10% dos casos, a linha argumentativa do DF foi pelo fato dos autores não terem procurado o serviço de saúde pública, e nem após a internação terem buscado informação da disponibilidade de leitos em rede pública junto a CRIH, gerando por livre escolha, a responsabilidade para o pagamento das despesas havidas com o tratamento.

Uma situação em particular, merece destaque, o GDF utilizou como argumentação o fato do autor não haver comprovado de que foi negado o atendimento em outros serviços públicos mantidos pelo DF e ausência de comprovação da gravidade da situação de saúde. O autor da situação específica havia realizado uma cirurgia em hospital de rede privada e, após esta, devido à gravidade da situação, necessitou de internação em leito de UTI. O referido não buscou atendimento na rede pública e após o tratamento fez o pagamento das despesas e solicitou o ressarcimento pelo GDF junto ao judiciário.

Gráfico 4. Argumentação do DF frente às decisões de Primeira instância. Brasília, Distrito Federal, 2013 (n=31).



Fonte: Elaborado com base em consulta na Jurisprudência - TJDF, 2013.

5.1.3. Decisão dos desembargadores - decisão dos votos

Após a contestação do DF da decisão de primeira instância, os desembargadores analisaram os recursos apresentados pelo réu e através da decisão dos votos optaram por julgar procedente ou não, negando provimento, dando provimento parcial ou total aos recursos.

Em 21 casos, dos quais 11 tinham posse de tutela jurisdicional, os desembargadores negaram os recursos apresentados pelo GDF, mantendo a sentença inicial. Nas referidas argumentações dos votos foram mencionadas: a proteção à saúde como direito social constante na Constituição, a dignidade da pessoa humana, e, principalmente, a responsabilidade do Estado na melhoria das condições de vida dos hipossuficientes e concretização da igualdade social. Como reforço à linha de argumentação, os desembargadores citaram o fato dos autores terem entrado com o pedido de internação junto à defensoria pública comprovando a falta de recursos financeiros para arcar com os custos de UTI, e que “se o DF não pode disponibilizar o serviço na rede pública, cabe a ele custear a internação na rede privada.”

“As constantes antecipações de tutela e suas confirmações posteriores deveriam ser levadas em consideração quando do planejamento dos orçamentos anuais direcionados à saúde, de maneira que não fosse necessária essa constante busca no judiciário por leito de UTI.” (Acórdão nº 703391, jurisprudência, TJDFT, 2013).

Em resposta a argumentação do GDF que dizia não haver disponibilidade orçamentária, os juízes citaram a responsabilidade imposta pelo Estado sobre o dever de um sistema de saúde que seja eficiente e que atenda a todos e, principalmente, o fato da população pagar altos impostos para que sejam alocados recursos para atender as demandas de saúde da população. Os magistrados, também, afirmaram que o grande número de demandas por serviços de saúde se deve a má elaboração de políticas públicas feitas pelo Estado. Em virtude disto, segue abaixo trecho citado pelos desembargadores em alguns acórdãos relativos aos julgados dos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF).

“Desse modo, e independentemente de o Estado ter ou não dotação orçamentária para assegurar, satisfatoriamente, os direitos sociais previstos na Constituição Federal, é dever do Poder Judiciário garantir a aplicabilidade imediata e a máxima eficácia das normas constitucionais que conferem ao jurisdicionado o direito a um sistema de saúde eficiente, nos termos dos arts. 5º, *caput*, e 196, da CF/88, e do precedente jurisprudencial do STF.” (Acórdão nº703391, jurisprudência- TJDFT, 2013).

Nos acórdãos em que o GDF usou como contestação que as decisões judiciais de tutela jurisdicional e decisões que ordenam o réu arcar com os custos da internação do autor em leito de rede privada não regulado pela CRIH, ferem aos princípios da isonomia e igualdade, os magistrados, em suas decisões, afirmaram que “o provimento jurisdicional não é capaz de gerar prejuízos para os que esperam por auxílios de saúde, ou até mesmo aguardam na fila de espera para internação em leito de UTI, ao contrário disto, a atividade jurisdicional busca dar efetividade aos comandos impostos pela Constituição e caso outro paciente necessite do mesmo serviço é dever do Estado fornecer, independente da participação do judiciário.

Nos acórdãos em que o GDF recorreu como perda superveniente de interesse processual os juízes, pelo fato do autor ter falecido, julgaram

improcedentes e como insensata a argumentação do réu, declarando que, uma vez que antecipados os efeitos da tutela e internado o autor, é interesse dos sucessores que os gastos hospitalares sejam pagos pelo Distrito Federal.

Diante disso, nestes 21 acórdãos, o GDF foi condenado a pagar os custos totais de internação em leito de UTI em rede privada, independente da inserção do nome do autor a central de regulação ou não.

Em 8 acórdãos, os julgadores deferiram parcialmente o pedido dos recursos apresentados pelo GDF, as principais causas foram: falta de inserção do nome na Central de Regulação de Internação Hospitalar, transferência de leito particular para leito regulado pela Central e para que o GDF efetuasse o pagamento segundo parâmetros de valores da tabela do SUS. As decisões se basearam na seguinte interpretação: se o autor não procurou a inserção do nome na CRIH e não buscou o Poder Judiciário anteriormente é porque ele ou seus familiares se propuseram a arcar com os custos.

Desta forma, quanto à sentença de segundo grau destes casos, os desembargadores decidiram que o GDF não deveria arcar com as despesas anteriores à inserção do nome do autor na CRIH ou, em alguns casos, anteriores a ação ajuizada, como, por exemplo, no caso de tutela antecipada, sendo obrigado arcar a partir da inserção do nome do autor da ação na central de Regulação ou da entrada com ação.

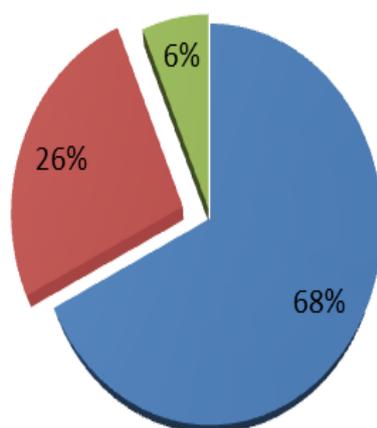
Em dois acórdãos os desembargadores deram provimento total aos recursos apresentados pelo GDF. No primeiro caso o autor não buscou atendimento no serviço público em momento algum e só buscou custeio junto ao judiciário após alta da UTI. No segundo caso, o autor, assim como o anterior, não buscou atendimento em serviço de saúde pública ou comprovou ter buscado tal serviço e, após pagamento de UTI particular buscou ressarcimento junto ao GDF. Nestes casos os julgadores foram bastante contundentes, condenando aos autores arcarem com a despesa total e como fundamento de suas decisões alegaram que o dever do Estado é de prestar serviços de saúde à população e que não se confunde com o dever de

ressarcir os cidadãos pelas despesas médicas que, porventura, sejam efetuadas na rede particular.

Conclui-se que em 68% dos acórdãos os desembargadores condenaram o GDF a arcar com as despesas totais da internação em UTI particular. Em 26% das decisões os juízes condenaram o GDF a arcar com as despesas de UTI em rede privada somente após a inserção do nome do autor na CRIH, ou após a liminar de tutela jurisdicional. E, finalmente, em 6 % dos acórdãos os desembargadores revisaram a sentença de primeiro grau e condenaram os autores ao pagamento total da UTI privada, conforme apresentado pelo gráfico a seguir.

Gráfico 5. Decisão final dos desembargadores quanto ao pagamento UTI

■ GDF arcará com a despesa total ■ GDF arcará parcialmente
■ Autor arcará



particular pelo GDF, Brasília, 2013. (n=31).

Fonte: Elaborado com base em consulta na Jurisprudência - TJDF, 2013

6. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados da pesquisa pode-se perceber que em primeira instância a sentença se baseou em garantir os direitos fundamentais dos cidadãos, como direito à vida e direito à saúde, através do dever do Estado de fornecer aos cidadãos a prestação de serviço demandada. A partir da contestação imposta pelo réu a respeito da previsão orçamentária e, principalmente, ao princípio da isonomia, os magistrados na segunda instância em 26% dos casos, aceitaram as contestações e deferiram os pedidos dos réus reconhecendo como é realizada a gestão do sistema de regulação e buscando maior interação com esta, condenando o GDF arcar com os custos, somente, após inserção do nome do autor a CRIH. Porém, nos casos de tutela antecipada ou jurisdicional, desconsiderou os critérios da regulação somente se baseando nos direitos do individuo ordenando sua internação.

Em face da insuficiência de leitos e a garantia do direito à saúde pela Constituição Federal e leis de saúde, o judiciário vem interferindo diretamente na regulação de leitos com o objetivo de resguardar um direito individual. No caso dos leitos de UTI, a regulação surge como função primordial de gerar equilíbrio das prioridades de atendimento e organização dos fluxos dos pacientes e, também, qualificar fortalecendo as redes assistenciais.

A prestação de serviços na área da saúde apresenta-se como um dos setores mais problemáticos para o exercício da regulação pelo Estado. Regular não se resume ao ato de regulamentar, mas, também, inclui uma série de ações que verifica se a produção em saúde se dá conforme as regras estabelecidas. O Estado deve definir os critérios da organização e prestação dos serviços, estabelecendo prioridades, além de elaborar regras para atuação daqueles que prestam o serviço.

Diante disto, com o objetivo de promover o acesso dos usuários aos serviços do sistema de saúde conforme normas técnicas já existentes, a Portaria nº 1559 de 01 de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de

Regulação do SUS (BRASIL, 2008) contribui para que o atendimento aos cidadãos ocorra de forma mais igualitária conforme as necessidades individuais, sem causar prejuízos ao cuidado integral. Esta Política está focada em três eixos estruturantes: a garantia da alocação de recursos para a implantação dos Complexos Reguladores da Assistência; o desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem as funções reguladoras e o desenvolvimento de um programa de capacitação permanente de recursos humanos (BRASIL, 2006).

Como exemplo de regulação com esses níveis de atuação, tem-se o Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), que é responsável por um conjunto de estratégias e ações definidas em um plano de regulação assistencial, para todos os níveis de complexidade, com vista a organizar de forma efetiva e articulada hierarquicamente a rede pública de saúde, a partir do planejamento estruturado em bases regionais. O objetivo principal é o de fornecer o acesso devido dos usuários, por meio de centrais de regulação, na área ambulatorial, nas especialidades de dermatologia, radiologia e cardiologia, e na área de internação, com ênfase no acesso aos leitos de terapia intensiva (BRASIL, 2006).

Como visto, as Centrais de Regulação são responsáveis por regular o tipo assistencial mais adequado às necessidades de saúde do indivíduo, elas atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e são divididas em: Central de Regulação de Urgência, Central de Regulação de Internação e Central de Regulação de Consultas e Exames (BRASIL, 2006).

A Central de Regulação de Urgência regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, através do SAMU, caso necessite de internação é necessário acionar a Central de Regulação de Internação, que é a responsável por regular os leitos hospitalares de saúde do SUS, os próprios ou conveniados, inclusive os leitos de UTI. A Central de Regulação de Consultas e

Exames é responsável por regular o acesso dos pacientes às consultas especializadas, de diagnose e terapia, e também, procedimentos ambulatoriais.

A autorização de procedimentos, realizada por meio da ação regulatória, é prévia, baseada nos protocolos clínicos e protocolos de regulação pré-estabelecidos. Em casos emergenciais, a autorização para o procedimento deve ser dada rapidamente, respeitando os prazos pré-definidos. A autorização prévia de procedimentos está vinculada aos instrumentos denominados Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC).

O processo de autorização é realizado por uma equipe de médicos autorizadores, orientada por meio de regras previamente definidas para o exercício da função. Esta ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos, de necessidade dos pacientes e de disponibilidade de oferta, evitando que sejam criados outros fluxos que não àqueles preconizados pela ação regulatória. Porém, compete à gestão local determinar a inclusão do processo de autorização de procedimentos na estrutura de regulação (BRASIL, 2006).

6.1. Regulação de UTI

A indicação da necessidade de internação em leito de UTI e o encaminhamento da solicitação para a CRIH é realizado pelos hospitais da rede pública, que devem manter atualizadas as informações dos pacientes até o direcionamento para o leito pelos médicos reguladores da Central. Todas as solicitações de internação em UTI são avaliadas pelos médicos reguladores conforme protocolos de prioridades já estabelecidos. Através do sistema de regulação é permitido aos gestores visualizarem os leitos hospitalares disponíveis no SUS, facilitando o encaminhamento de pacientes que aguardam internação ou transferência de leitos (BRASIL, 2006).

Essas centrais surgiram pela falta de qualidade no acesso aos serviços de saúde evidenciando a necessidade do MS de desenvolver um Sistema de Regulação em Saúde. Foi desenvolvido um software de Regulação denominado Sistema de Regulação (SISREG) para o gerenciamento de todo complexo regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. Também foi disponibilizado um espaço on-line denominado ambiente de treinamento para que gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática possam navegar e conhecer as funcionalidades compõem uma central de regulação de maneira prática e eficaz (GOMES, 2013).

6.2. Portaria nº 42 de 31 de agosto de 2006

A portaria SES nº 42 de 30 de agosto de 2006 é responsável pela definição do perfil clínico dos pacientes admitidos em leito de terapia intensiva. Esta Portaria estabelece os critérios de prioridade para admissão e alta na UTI e as condições específicas que funcionam como eixos norteadores recomendados para admissão do paciente. É responsável, ainda, por definir o fluxo operacional da CRIH, onde os médicos reguladores avaliam o estado de prioridade dos pacientes conforme os critérios de prioridade 01, 02 e 03 citados abaixo:

- **Prioridade 01**

Pacientes criticamente enfermos, em coma ou não, e instáveis que necessitam de cuidados de terapia Intensiva e monitoração que não pode ser provida fora do ambiente de UTI. Usualmente, esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos destes doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, com

insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório, inclusive neonatal e prematuro abaixo de 1500g na primeira semana de vida.

- **Prioridade 02**

Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar de intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estipulado para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições co-mórbidas crônicas (como as terapias renais substitutivas) que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas; prematuros acima de 30 semanas, nas primeiras horas de vida, em uso de suporte respiratório, tipo Pressão Positiva Contínua Nasal (CPAP), que fizeram uso do surfactante pulmonar e estão compensados clínica e laboratorialmente; desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo.

- **Prioridade 03**

Pacientes criticamente enfermos, mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevivência pela doença de base ou natureza de sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, mas limites ou esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não, a exemplo a intubação ou reanimação cardiopulmonar. Exemplos incluem pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea; prematuros extremos – abaixo de 25 semanas e/ou peso abaixo de 500g; mal formações incompatíveis com a vida; hemorragia intra/peri/ventricular de grande extensão.

Percebe-se com o estudo que o judiciário interfere de forma direta nos fluxos da CRIH, as decisões, em geral, não levam em consideração sobre os critérios de prioridades estabelecidos pela Portaria acima mencionada, ou até mesmo discorrem sobre o fato, de todos os acórdãos analisados apenas em um caso, o autor da ação recebeu a visita técnica da Central, que, conforme os critérios de prioridade (1, 2 ou 3) foi classificando como sendo de Prioridade 01, observe abaixo:

“(...) Registre-se, todavia, que, embora a autora tenha sido internada na UTI do Hospital Santa Marta em 17/9/2010, somente em 21/9/2012 ela foi inserida na Central de Regulação de Internação Hospitalar, após visita técnica por médicos da Secretaria de Saúde, sendo classificada como Prioridade 1.(...)”(Acórdão nº703904, Jurisprudência, TJDF, 2013).

É necessário destacar que nos acórdãos estudados não foi descrito o real caso clínico do autor para que fosse avaliado conforme os critérios técnicos, portanto, os magistrados quando deferiram o pedido de Leito de UTI, antecipadamente ou não, se basearam no fato de ter indicação médica para tal, no princípio do direito a saúde e não nas características ou critérios técnicos a serem avaliados quanto àquele que tem mais prioridade ou não, se necessitaria de cuidados intensivos ou semi-intensivos, mas beneficiando àquele que buscou amparo do poder judiciário.

Marques e Dallari (2007) discorrem sobre o assunto em seu artigo “Garantia do Direito Social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo.” Saliendo que o poder judiciário interfere de forma direta nas maneiras de organização do Estado e que acaba prejudicando o coletivo, pois não observa as políticas existentes:

“(...) O Poder Judiciário ignora que os direitos foram instituídos, de forma ampla e atrelada à elaboração de políticas sociais e econômicas.(...) as decisões judiciais vêm influenciando na função de tomada de decisões coletivas com base nas necessidades individuais dos autores.(...)”

Uma das consequências das ações de saúde que demandam leito de UTI e o juiz decreta o pagamento da internação de UTI em rede privada pelo GDF é a desorganização do orçamento previsto para ações do governo e políticas públicas de saúde, pois quando o juiz condena o réu a arcar com as despesas da UTI particular, tal situação não estava prevista no orçamento, causando prejuízo para outras áreas, pois a gestão da política é feita de forma regionalizada, buscando uma racionalização entre custo e o benefício dos tratamentos, a fim de atingir o maior número possível de cidadãos.

Conforme visto, a oferta do serviço de leito de UTI da rede pública no DF é insuficiente para atender a demanda. As buscas dos usuários nas cortes demonstram a dificuldade do Estado em atender a demanda existente, mesmo

com o acordo do aumento do número de leitos de UTI no DF nos últimos 2 anos, que devido a uma inspeção do Tribunal de Contas da União (TCU) motivada por uma decisão de 2009 (citada mais abaixo) passou de 203 para 324 leitos próprios mais os 90 credenciados, ainda continua abaixo do recomendado pela Portaria n.º 1.101/2002.

“Processo 4129/2008 - Decisão 3961/2012.

O Tribunal, por unanimidade, de acordo com o voto do Relator, decidiu: I – tomar conhecimento dos Ofícios n.ºs. 035/2010-GAB/SES, 155/09-CF, 170/09-CF, 224/09-CF, 035/10 – CF, 086/10 - CF 087/10-CF, 159/10-CF, 173/10-CF, 198/10-CF, 37/10-MV, 313/10-CF, 02/11-MV, 122/11-CF, 075/2012-CF, dos documentos juntados aos autos e do Relatório de Inspeção N.º 2.0122.11 (fls. 906/940); II – recomendar à Secretaria de Saúde do Distrito Federal que adote providências no sentido de ampliar a quantidade de leitos de UTI necessária ao atendimento da demanda do Distrito Federal (Achado 1 do Relatório de Inspeção N.º 2.0122.11); III – determinar à Secretaria de Saúde que, no prazo de 60 (sessenta) dias: a) informe esta Corte de Contas acerca das providências adotadas com vistas à liberação dos leitos de UTI bloqueados (inativos); (Achado 1); b) noticie as eventuais medidas implementadas em face das recomendações constantes do Relatório de Inspeção 11/2011 da Controladoria da Secretaria de Transparência e Controle; IV – autorizar o envio de cópia do Relatório de Inspeção N.º 2.0122.11 e do relatório/voto do Relator à Secretaria de Saúde para que, no prazo de 60 (sessenta) dias, se manifeste sobre as seguintes questões: a) baixa taxa de ocupação dos leitos de UTI (Achado 2); b) possível renúncia de receita (Achado 3); c) permanência após a alta do paciente SES em leitos de UTI privada (Achado 4); d) pagamento de diárias a hospitais privados acima do valor contratado (Achado 5); V – retornar o feito à Secretaria de Acompanhamento, para os devidos fins.” (TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL).

Outro aspecto observado nas decisões foi que apesar da existência do Comitê Executivo Distrital da Saúde no TJDF, não se observou em nenhuma decisão nada a respeito. O Comitê Executivo tem como principal função o monitoramento de ações judiciais que demandam prestações de serviços em saúde como, por exemplo, a disponibilização de leitos, tendo como objetivo a busca por um equilíbrio entre o individual e o coletivo e, assim, evitando a judicialização.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se por um lado a intervenção do poder judiciário na regulação existente nos serviços públicos de saúde acaba por ferir os princípios do SUS da igualdade e equidade, pois, a internação do autor sem inserção do nome na lista de espera da CRIH e sem classificação de prioridade modifica o processo regulatório de dar prioridade a quem mais necessita, não respeitando a fila de espera já existente.

Por outro, isso ocorre devido à insuficiência de leitos para atender a todos os necessitados, o que fere o princípio da universalização levando o poder público a garantir a universalidade e integralidade daquele cidadão que busca seus direitos junto ao poder judicial, gerando certo conflito quanto aos limites da atuação judicial, diante de direitos fundamentais.

Faz-se necessária a maior utilização do Comitê Executivo Distrital de Saúde a fim de dar um maior embasamento ao julgador nas decisões, para que este não interfira de forma prejudicial nas formas de regulação existentes e assim respeite as filas de espera nos serviços, pois, o processo de judicialização diminui a oferta de leitos sob regulação da CRIH, prejudicando assim aqueles que possuem mais necessidade e estão avaliados como de prioridade 01, ferindo o princípio do SUS da equidade, pois, nem sempre o autor da ação necessita mais que aqueles que aguardam disponibilidade de leitos na fila de espera.

Sendo assim, aos gestores cabe o desafio de ampliar o quantitativo de leitos para que esteja conforme o definido pela portaria n.º 1.101/2002 e que de certa forma melhore o equilíbrio entre oferta e demanda, pois, fica claro que a demanda tem sido muito maior que a oferta, implicando na limitação do acesso e no grande número de ações judiciais individualizadas, ainda mais, qualquer medida a ser tomada, se não a ampliação o número de leitos, implicará em medida paliativa e ineficaz.

Além disso, os gestores devem acompanhar e monitorar estes leitos para que seja possível analisar a real taxa de ocupação dos leitos de UTI's,

para, a partir, daí terem dados quantitativos para tomada de decisões quanto a compra de leitos e demais insumos necessários e, ainda, implantação de políticas públicas eficientes que ampliem o potencial de resolução das unidades de saúde pública.

O Judiciário age de maneira a garantir ao autor o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde do Estado, porém, quando essas decisões envolvem recursos públicos, como nos casos em que o autor foi internado em UTI particular e o judiciário condenou o Estado (GDF) arcar com os custos da internação, o judiciário deve decidir pensando no social, objetivando os critérios de precedência para utilização dos recursos públicos de maneira a viabilizar os direitos fundamentais sociais.

Por fim, destaco a importância de novos estudos acerca do tema abordado para que possa ganhar mais visibilidade, principalmente, em função da maior aproximação entre o judiciário e o Estado, no caso a SES/DF.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, F. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALBUQUERQUE, N. **Avaliação do acesso a leitos de UTI através da central de regulação hospitalar do SUS em PE no ano de 2009**. Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, 2010.

ANDRADE, R. B. **Da falta de efetividade à intervenção judicial excessiva: O direito a saúde sob a perspectiva de um caso concreto**. Direitos fundamentais & Justiça, 2010.

BARBOSA, A. P. **Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível**. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2004, vol.80, n.6, p. 437-438.

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

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei 8142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília - DF, 28 de dezembro de 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2002^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002**. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2002b; 13 jun.

BRASIL. **Lei complementar nº 828, de 26 de julho de 2010**. Regula a prestação de assistência jurídica pelo Distrito Federal e dispõe sobre a organização de seu Centro de Assistência Judiciária – Ceajur. Brasília, 26 de julho de 2010.

BRASIL. **Lei 5.869, de 11 de janeiro de 1973**. Institui o Código de Processo Civil. Brasília: Senado, 2008.

BRASIL. **LEI Nº 11.232, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005**. Altera a Lei nº 5.869 de 11 de janeiro de 1973 – Código de Processo Civil, para estabelecer a fase de cumprimento das sentenças no processo de conhecimento e revogar dispositivos relativos à execução fundada em título judicial, e dá outras providências. Brasília, 22 de dezembro de 2005.

BRASIL. **Portaria n ° 1559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de saúde. Ministério da saúde, 2008.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Ação de obrigação de fazer. Internação. UTI. Risco iminente de vida. Indisponibilidade de leito na Rede pública. Extinção do feito sem resolução do mérito. Perda superveniente do interesse de agir. Inocorrência. Causa madura. Art. 515, § 3º Do CPC obrigação do Estado de arcar com as despesas de tratamento em estabelecimento particular. Direito do cidadão previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do Distrito Federal. **Acórdão nº 693927**. Nelson Domingues Ferreira e Distrito Federal. Relator: Desembargador Getúlio de Moraes Oliveira.

Revisor: Desembargador Silva Lemos. Brasília (DF), 10 de Julho de 2013.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Ação de obrigação de fazer. Antecipação de tutela. Deferida. Desnecessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário. Paciente com enfermidade grave. Internação em UTI. Indisponibilidade de vagas em hospitais da rede pública. Internação em rede privada. Paciente carecedor de recursos financeiros. Custos e obrigação do estado. Prevalência da dignidade da pessoa humana. Dever constitucional. Remessa conhecida e não provida. **Acórdão nº 703.391**. Paulo Roberto Mundim e Distrito Federal. Relator: Desembargador Alfeu Machado. Brasília (DF), 15 de agosto de 2013.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Obrigação de fazer. Direito à saúde. Dever do estado. Internação em leito de unidade de terapia intensiva. Despesas. Legitimidade ativa. **Acórdão nº 703.904**. Maria Rosa de Vasconcelos Moraes e Distrito Federal. Relator: Desembargador Mario-Zam Belmiro. Revisor: Desembargadora Nídia Corrêa Lima. Brasília (DF), 24 de Julho de 2013.

CAETANO, et al. **Cuidado humanizado em terapia intensiva**: um estudo reflexivo. Esc. Anna Nery [online]. 2007, vol. 11, n.2, p.325-330.

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

DALLARI, S. G. **O direito à saúde**. Rev. Saúde Pública [online]. 1988, vol.22, n.1, pp. 57-63.

FIANI, R. **Afinal, a quais interesses serve a regulação?** Economia e Sociedade. 2004; 13:81-105.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, C. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Central de Regulação controla consultas, exames e leitos de UTI**. Fev., 2013. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/2632-central-de>

regula%C3%A7%C3%A3o-facilita-agendamento-de-consultas-e-exames.html>. Acesso em 28 de novembro de 2013.

GONÇALVES, R. M. **A busca de melhorias para uma gestão de qualidade das Unidades de Terapia Intensiva no estado de Minas Gerais.** V congresso de CONSAD de Gestão Pública, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distrito Federal:** Brasília Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=530010>>. Acesso em 26 novembro de 2013.

LUCCHESI, G. **A vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde.** Fundação Osvaldo Cruz- FIOCRUZ, 2012.

MAGALHÃES, L. C. **O SUS e a defensoria pública:** a judicialização consciente de demandas de saúde. Disponível: em <<http://jus.com.br/artigos/24502/o-sus-e-a-defensoria-publica-a-judicializacao-consciente-de-demandas-de-saude/2>>. Acesso em 27 de julho de 2013.

MARQUES, S. B. **Judicialização do direito à saúde.** Revista de Direito Sanitário. São Paulo, 2008. Disponível em: <[>. Acesso em: 20 de novembro de 2013.](http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=828&txtAno=2010&txtTipo=4&txtParte=.)

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

MURRAY, C. J. L.; FRENK, J. **Theme papers:** a framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization, 2000.

NOGUEIRA, R. P. **As agências reguladoras da saúde e os direitos sociais.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. P 101-105 (Boletim de Políticas Sociais).

PENNALVA, J. **Judicialização do direito à saúde**: O caso do Distrito Federal. Belo Horizonte, 2011.

SCHILLING, C.M; REIS A.T;MORAES J.C (orgs).**A política regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2006.116p. (OPAS. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (Brasil). **Portaria nº. 42, de 31 de agosto de 2006**. Aprovar as Diretrizes e Critérios para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva na SES/DF

SILVA, A. F., et al. **Análise da judicialização de saúde pública no Espírito Santo**. Revista SJRJ, Rio de Janeiro, n. , p.75-90, dez. 2012.

TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL. **Secretaria de Saúde deverá aumentar leitos de UTI no Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/web/tcdf1/visualizar-noticias/_asset_publisher/nX36/content/secretaria-de-saude-devera-aumentar-leitos-de-uti-no-distrito-federal?redirect=%2Fweb%2Ftcdf1%2F>. Acesso em: 06 de dezembro de 2013.

VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V. L. E.; SCHRAMM, F. R. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Physis [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 77-100.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. **A regulação em saúde**: aspectos conceituais e operacionais. Saúde debate [online]. 2012, vol.36, n.95, pp.

9. ANEXOS

Portaria nº 42, de 31 de agosto de 2006

PORTARIA Nº 42, DE 31 DE AGOSTO DE 2006

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o Inciso "X" do artigo 204, do Regimento Interno, aprovado pela Portaria nº 40, de 23 de julho de 2001, considerando a necessidade de adotar diretrizes e critérios para serem utilizados pela Central de Regulação de Internação Hospitalar, para pacientes a serem internados, nas UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal, da Rede SES/ Distrito Federal (próprios, conveniados e contratados) quanto à:

- 1) Priorização da admissão de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI);
- 2) Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI;
- 3) Critérios para a alta da UTI;

Considerando que as diretrizes e critérios definidos no Anexo I, desta Portaria, foram aprovados pelas Coordenações de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da Subsecretaria de Atenção à Saúde, desta Secretaria, resolve:

Art. 1º - Aprovar as Diretrizes e Critérios, constantes do Anexo I, para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva na SES/DF, disponível para consulta no site: www.saude.df.gov.br.

Art. 2º - As citadas Diretrizes e Critérios deverão ser revisadas, anualmente, ou em período inferior, caso haja necessidade, pelas Coordenações Técnicas das Unidades de Terapia Intensiva desta Secretaria.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GERALDO MACIEL

ANEXO I

I. DIRETRIZES DA SES/DF PARA ADMISSÃO E ALTA EM TERAPIA INTENSIVA

As diretrizes abaixo listadas definem os critérios para:

- Priorização da admissão de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI);
- Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI;
- Critérios para a alta da UTI.

1.1 - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

PRIORIDADE 01	Pacientes criticamente enfermos, em coma ou não, e instáveis que necessitam de cuidados de Terapia Intensiva e monitoração que não pode ser provida fora do ambiente de UTI. Usualmente, esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos destes doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório, inclusive neonatal; prematuro abaixo de 1500g na primeira semana de vida.
PRIORIDADE 02	Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estipulado para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições co-mórbidas crônicas (como as terapias renais substitutivas) que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas; prematuros acima de 30 semanas, nas primeiras horas de vida, em uso de suporte respiratório, tipo CPAP nasal, que fizeram uso do surfactante pulmonar e estão compensados clínicamente e laboratorialmente; desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo.

PRIORIDADE 03	Pacientes criticamente enfermos mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza de sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, <u>mas limites ou esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardio-pulmonar</u> . Exemplos incluem pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea; prematuros extremos – abaixo de 25 semanas e/ou peso abaixo de 500g; mal formações incompatíveis com a vida; hemorragia intra/peri/ventricular de grande extensão.
----------------------	---

1.2 - CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS DETERMINADAS APROPRIADAS PARA ADMISSÃO EM UTI

As condições listadas abaixo são eixos norteadores recomendados para admissão em UTI, porém não são condições exclusivas para a internação. Os pacientes que apresentam instabilidade hemodinâmica e que requeiram cuidados intensivos devem ser avaliados observando-se o estado geral, a condição atual, a patologia de base, a evolução clínica e as patologias associadas.

CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto agudo do miocárdio; • Choque cardiogênico; • Arritmias complexas requerendo monitorização contínua e intervenção; • Insuficiência cardíaca congestiva aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico; • Emergências hipertensivas; • Angina instável, particularmente com arritmias, instabilidade hemodinâmica e dor torácica persistente; • Parada cardio-respiratória(pós-reanimação); • Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica; • Aneurisma dissecante da aorta; • Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associados a distúrbios hemodinâmicos aos quais são necessários tratamento intensivo e/ou marcapasso temporário.
PNEUMOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório; • Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica; • Pacientes em unidade intermediária com deterioração respiratória; • Hemoptise maciça.
NEUROLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Doença vascular cerebral aguda com alteração do nível de consciência; • Coma metabólico tóxico ou anóxico; • Hemorragia intracraniana com risco de herniação; • Hemorragia sub-aracnóide aguda; • Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório; • Hipertensão intracraniana; • Pós-operatório do SNC;

	<ul style="list-style-type: none"> • Status epilepticus; • Trauma crânio encefálico grave; • Vasoespasma cerebral.
FARMACOLOGIA INGESTÃO/OVERDOSE)	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade hemodinâmica; • Coma com instabilidade respiratória ou não; • Convulsão de difícil controle.
GASTROENTEROLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia digestiva persistente com sinais de choque; • Insuficiência hepática fulminante; • Pancreatite grave; • Gastroenterite com choque; • Perfuração esofágica com ou sem mediastinite; • Úlceras gastroduodenais complicadas/perfuradas.
ENDOCRINOLOGIA/ METABOLISMO	<ul style="list-style-type: none"> • 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; • Outros problemas endócrinos como crise adrenal com instabilidade hemodinâmica.
CIRURGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de pós-operatório necessitando monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório.
RENAL	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência renal aguda.
DIVERSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Choque séptico com instabilidade hemodinâmica; • Lesões por choque elétrico, afogamento, hipotermia; • Hipertermia maligna; • Distúrbios hemorrágicos complicados; • Politraumatizados.

1.3 - PARÂMETROS ORIENTADORES PARA ADMISSÃO EM UTI ADULTO

Apesar de listados abaixo, os seguintes parâmetros não devem ser considerados isoladamente, devendo-se associá-los ao quadro clínico apresentado e à própria evolução da patologia:

SINAIS VITAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência cardíaca < 40 ou >160 bpm; • Pressão sistólica < 80 mmHg; • Pressão arterial média < 60 mmHg; • Pressão diastólica > 120 mmHg; • Alteração significativa da regularidade do automatismo respiratório.
EXAMES LABORATORIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Sódio <115 ou > 158 mEq/l; • Potássio < 2,5 ou > 7 mEq/l; • PaO₂ < 50 mm; • Ph < 7,1 ou > 7,7; • Glicose > 600 mg%; • Cálcio > 15 mEq/l; • Níveis tóxicos de drogas ou de outras substâncias quando associadas a instabilidade hemodinâmica ou neurológica.
MÉTODOS DE IMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia subaracnóideia; • Lesão de vísceras intrabdominal com instabilidade hemodinâmica; • Aneurisma dissecante de aorta.
ELETROCARDIOGRAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto agudo do miocárdio; • Taquicardia supraventricular sustentada ou fibrilação ventricular; • BAVT; • Casos de alteração da condução associados às alterações hemodinâmicas.
EXAME FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Anisocoria com alterações da consciência; • Grande queimado; • Anúria; • Obstrução de via aérea; • Coma; • Convulsão mantida; • Cianose; • Tamponamento pericárdico.

1.4 - PARÂMETROS ORIENTADORES PARA ADMISSÃO EM UTI NEONATAL OU PEDIÁTRICA

Nenhum critério pode ser considerado isoladamente, pois o quadro de gravidade é aferido pelo quadro geral da criança, associando-se à sua condição atual, à sua patologia de base, evolução clínica e patologias associadas.

<p>CRITÉRIOS PARA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA EM NEONATOLOGIA/PEDIATRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PaCO₂ > 60; • PaO₂ < 50; • Ph < 7,2 ou > 7,7; • Gaspings; • Respiração acidótica (Kussmaul); • Respiração neurológica (Cheyne-Stocks); • Marcadas retrações intercostais; • Apnéia neonatal de repetição que não respondeu a utilização de CPAP nasal e Xantinas; • Frequência Respiratória: <ul style="list-style-type: none"> - Em Lactentes: >60 ou < 20 irpm; - Em crianças >1 ano: > 50 irpm ou < 15 irpm.
<p>CRITÉRIOS PARA INDICAÇÕES DE VENTILAÇÃO DE ALTA FREQUÊNCIA EM NEONATOLOGIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falha da ventilação convencional: RNs em ventilação convencional necessitando de altas pressões inspiratórias como: <ul style="list-style-type: none"> - 750 –1000g PIM > 25 cm H₂O; - 1001 –1500g PIM > 28 cm H₂O; - 1501 – 2000g PIM > 30 cm H₂O; - hipertensão pulmonar persistente em conjunto com óxido nítrico; - enfisema intersticial; - hemorragia pulmonar; - insuficiência respiratória intratável.
<p>CRITÉRIOS PARA INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA EM NEONATOLOGIA/PEDIATRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cianose central e periférica importante; • Pressão arterial sustentada por drogas vasoativas; • Pressão arterial sustentada por infusão repetida de grandes volumes de líquidos; • Frequência cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> - Neonatos e lactentes: > 200 bpm ou < 60 bpm; - Crianças > 1 ano de idade: >160 bpm ou < 60 bpm; • Arritmia cardíaca documentada com ECG, e que esteja comprometendo o débito cardíaco; • Pressão arterial: <ul style="list-style-type: none"> - < percentil 10 - > percentil 90 • Perfusão periférica lentificada: > 3 segundos; • Edema de extremidades (acentuado), que é pouco comum em pediatria; • Sudorese fria.
<p>CRITÉRIOS PARA INSUFICIÊNCIA NEUROLÓGICA EM PEDIATRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coma de qualquer etiologia; • Convulsões subentrantes; • Perda de consciência prolongada.

1.5 - CRITÉRIOS DE ALTA

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:

- Quando houver óbito;
- Quando o estado fisiológico do paciente se estabilizou e a necessidade de monitoração e cuidado não é mais necessária;
- Quando o estado fisiológico do paciente deteriorou e intervenções ativas (agressivas) não são mais planejadas, a transferência para um nível de cuidado intermediário ou enfermaria é apropriada e deve ser providenciada;
- Quando da retirada de órgãos em doador potencial:

O diagnóstico de morte encefálica deverá ser feito, de acordo com a Resolução 1480 de 08/08/1997, do Conselho Federal de Medicina, mediante a realização dos seguintes exames:

- Exame clínico, realizado por profissional clínico médico ou pediatra, a depender da faixa etária do paciente;
- Exame neurológico, realizado pelo neurologista;
- Exame complementar, a saber Doppler Transcraniano ou EEG.

Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 07 dias a 2 meses incompletos – 48 horas;
- b) de 02 meses a 01 ano incompleto – 24 horas;
- c) de 01 ano a 02 anos incompletos – 12 horas;
- d) acima de 02 anos – 06 horas.

Após o diagnóstico de morte encefálica realizado conforme descrito acima, caberão 02 situações possíveis:

1. Caso o paciente seja doador de órgãos, deverá ser contactada a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do DF para acionamento da Equipe de Retirada de Órgãos e a imediata transferência do paciente para o Centro Cirúrgico;
2. Caso o paciente não seja doador de órgãos, a família deverá ser consultada quanto à autorização para desligamento dos aparelhos; se não consentido, deverá ser providenciada a imediata transferência do paciente para um leito de enfermaria com o aparato tecnológico necessário à espera do êxito letal.

Nem todos os pacientes necessitam, após a alta da UTI, de serem transferidos a uma Unidade de Cuidados Semi-Intensivos - UCSI.

Os critérios de alta da UTI devem ser similares aos critérios de admissão em uma UCSI, quando disponíveis.