

A CRISE DA COVID-19 NO BRASIL E SEUS REFLEXOS



Capa: Marcos Vianna e Darel/CEUB

Organizadores:
Gleisse Ribeiro Alves
Gabriel Blouin Genest
Eric Champagne
Nathalie Burlone



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

CEUB

COMPLEXO REGULADOR E ERA COVID: ESTUDO PRELIMINAR

Simone Luzia Fidélis de Oliveira¹

Marcela Vilarim Muniz²

Domitília Bonfim de Macêdo Mihaliuc³

Lúcia Helena Bueno da Fonseca⁴

RESUMO

A Central de Regulação de Internação Hospitalar é área operacional do Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal e tem, dentre suas funções, priorização, controle e gestão de acesso a leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Com a pandemia da COVID-19, houve crescimento exponencial na busca por esses leitos, oriundo da demanda do sistema de atendimento nas unidades públicas e do sistema de judicialização. Este estudo preliminar observacional, retrospectivo, comparativo, transversal, com abordagem quantitativa de amostragem aleatória simples, tem como objetivo comparar a oferta e demanda de leitos de Unidade de Terapia Intensiva, suas prioridades e número de judicialização durante os meses de março de 2019, 2020 e 2021 da Central de Regulação de Internação Hospitalar. Os resultados evidenciam aumento gradual de oferta de leitos entre os anos avaliados, partindo de 329 leitos regulados em 2019, e chegando a 588 leitos em 2021. As solicitações e as judicializações tiveram aumento significativo em 2021 com os seguintes números: 2.888 solicitações, dessas, 48,16% em prioridade 1 e 825 judicializações. Houve desequilíbrio entre oferta e demanda de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e um aumento significativo de judicialização. Este estudo ratifica a relevância da atuação da regulação de acesso a leitos hospitalares conforme preconiza os princípios do Sistema Único de Saúde, trazendo maior transparência às atividades. Sugere-se a necessidade de diálogo maior entre a área assistencial com o sistema judiciário, visando garantir acesso equânime e universal aos leitos de terapia intensiva.

¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8106-9584>. Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Mestranda em Enfermagem pela Universidade de Brasília

² ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-45681941>. Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Docente do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde

³ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1508-0475>. Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Docente do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde

⁴ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1400-4024>. Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Mestre em Enfermagem pela Universidade Católica de Brasília. Docente do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde

Palavras-chave: Regulação; Judicialização; Complexo Regulador; Unidade de Terapia Intensiva; Serviços de Saúde

1 INTRODUÇÃO

O Brasil possui características complexas pela sua diversidade geográfica, territorial e econômica no que diz respeito ao seu sistema de saúde⁵. Essas características levam à distribuição dos recursos assistenciais de acordo com a particularidade de cada região, demanda e oferta pública ou privada (BARROS; AMARAL, 2017).

A Constituição Federal de 1988 garante acesso do cidadão aos serviços de saúde, permitindo a participação paralela do serviço privado de forma complementar⁶. Em 2008, surgiu a Política Nacional de Regulação, com o objetivo de organizar ações integradas: Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação de Acesso à Assistência, cabendo à Regulação a ação social de regular, fiscalizar, controlar, auditar e avaliar a produção de bens e serviços de saúde (BARROS; AMARAL, 2017).

No Distrito Federal (DF), com a necessidade de organizar o fluxo de pacientes para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), criou-se, em 2006, a Central de Regulação da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), organizando o fluxo de internação e instituindo o papel de autoridade sanitária. Assim, a Regulação gera o acesso dos pacientes ao serviço de saúde, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BATISTA *et al.*, 2019).

⁵ O Sistema Único de Saúde é reconhecido como uma política pública complexa e a mais inclusiva e que visa garantir o direito à saúde. Dentre seus princípios se encontram: a universalidade, que traduz o direito a todos os cidadãos à saúde e que deve ser assegurada pelo Estado, independente de qualquer condição; a equidade, que é traduzida pelo tratamento desigual dos cidadãos de acordo com suas necessidades, visando atingir a igualdade; e a integralidade, que permite uma assistência como um todo. Esses princípios são realizados por meio de ações que visam à promoção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação dos cidadãos. Sua organização segue os princípios da regionalização, hierarquização e descentralização. Tais princípios pressupõem a organização dos serviços de crescente complexidade, delimitados por áreas geográficas conforme necessidade da população, sendo o poder e a responsabilidade distribuídos entre os três entes federativos e tendo a participação popular (TEIXEIRA, 2011).

⁶ A Constituição Federal de 1988 traz, no *caput* do seu art. 199, que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e no §1º que “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” (BRASIL, 1988). O que demonstra a complementaridade da atividade privada em saúde no Sistema Único de Saúde.

Com a pandemia da COVID-19, o DF precisou lidar com o risco de uma crise no sistema de saúde provocada pelo aumento de demanda de leitos de UTI e equipamento de ventilação mecânica. Considerando a necessidade de viabilizar o acesso dos usuários ao leito de terapia intensiva, este estudo preliminar buscou comparar a oferta e demanda de leitos de UTI, suas prioridades e o número de judicialização durante os meses de março de 2019, 2020 e 2021 da Central de Regulação do Distrito Federal. A escolha do mês de março aconteceu por ser o marco inicial da pandemia de COVID-19 no Distrito Federal. Tal evidência é relevante para contribuir para que a gestão identifique as dificuldades para a efetivação do propósito do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) e melhorar a distribuição de recursos para minimizar o desequilíbrio entre oferta/demanda.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 A Política Nacional de Regulação

O sistema de saúde brasileiro apresenta desafios como subfinanciamento, desigualdades regionais, oferta de serviços e profissionais, características de acesso e padrões de utilização limitados. A Emenda Constitucional nº 95/2016 instituiu novo regime fiscal aos gastos públicos por 20 anos, limitando ainda mais a ampliação da atenção à saúde, assim como o planejamento de políticas e programas de assistência à saúde. (VIACAVA *et al.*, 2018).

Os desafios atingem todos os níveis de assistência e, no que tange a assistência de maior complexidade, não é diferente. Os leitos de UTI de maior complexidade estão concentrados na Região Sul em uma proporção de 2:100.000 habitantes. Na Região Norte, a taxa é de 0,03:100.000 habitantes. Ressalta-se ainda que 90% dos leitos de UTI tipo III⁷ encontram-se na rede privada. Constata-se que a assistência à saúde está concentrada de acordo com as características regionais, demanda/oferta pública e privada e complexidade de recursos (CONTE *et al.*, 2021).

⁷ A Portaria MS/GM nº 3.432/1998 estabelece critérios de classificação para as UTIs, trazendo – UTI tipo I, II e III. A diferença entre II e III são classificadas conforme alguns critérios referentes à especialidade do atendimento e à qualificação/capacitação do hospital (BRASIL, 1998).

Frente ao exposto, com o desequilíbrio entre demanda e oferta de serviços de saúde em todos os níveis de atenção e escassez de recursos materiais e humanos, observa-se o aparecimento de uma desigualdade, também, nos processos de judicialização no sistema de assistência à saúde do Brasil. Nos meses de março/2020 a agosto/2020, em hospitais privados, se concentrava sobre a cobertura de serviços e prazos de carência. No SUS, as ações tratavam do estabelecimento de prazos de aberturas de novos leitos, hospitais de campanha e pleito de internação. Assim, na pandemia, a via judicial vinha afirmando os direitos individuais e o que se recomenda é o enfrentamento coletivo (CONTE *et al.*, 2021).

No intuito de superar esses desafios, faz-se necessária a criação de mecanismos de controle e de regulação. Para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a regulação é tida como relação de atividades gestoras de um sistema de saúde que proporciona à gestão pública mecanismos de controle de acessos aos serviços, da eficiência e aplicação de recursos e tem como objetivos atender à demanda e melhorar a eficiência e efetividade no atendimento ao usuário e a aplicação de recursos (BARROS; AMARAL, 2017).

A Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS foi instituída pela Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, e três dimensões⁸: 1- Regulação sobre os Sistemas de Saúde, segundo sua atuação nos sistemas de saúde; 2- Regulação da Atenção, sobre a produção direta das ações e serviços de saúde; e 3- Regulação do Acesso, sobre o acesso do usuário no sistema (BRASIL, 2008).

⁸ Diferentemente, cada dimensão é responsável por ações distintas que se completam. Assim temos: Regulação de Sistemas de Saúde - controla, avalia os sistemas de saúde, regulamenta a atenção à saúde e auditora os sistemas de gestão, sendo o responsável por elaboração de decretos, normas e portarias, planeja, financia, fiscaliza os sistemas de saúde, controle social, ouvidoria, vigilância sanitária e epidemiológica, regula a saúde suplementar, auditoria assistencial e/ou clínica, avalia e incorpora as tecnologias em saúde; Regulação de Atenção à Saúde - contrata serviços de saúde, controla e avalia serviços e suas produções assistencial, regula o acesso assistencial, sendo responsável por cadastro de usuários, profissionais e estabelecimentos, contrata serviços, credencia/habilita a prestação de serviços de saúde, elabora e incorpora protocolos e fluxos assistenciais, supervisiona o processamento de produção ambulatorial e hospitalar, utiliza sistemas de informação para cadastros, produção e regulação de acesso, Programa de Pactuação Integrada (PPI), avalia analiticamente a produção, avalia: o desempenho a gestão e a satisfação do usuário, a condição sanitária dos estabelecimentos de saúde e indicadores de saúde; Regulação do Acesso à Assistência disponibiliza alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário no atendimento das urgências, consultas, leitos e outros quando necessários, respondendo pela regulação médica do pré-hospitalar e hospitalar às urgências, controla leitos disponíveis, agendas de consultas e procedimentos, estabelece referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade de abrangência local, intermunicipal e interestadual (BRASIL, 2008).

A PNR no Brasil apresenta desafios relacionados à eficiência e à normativa de equidade, mas, para uma proposta mais ampliada, deve ser considerada a formação e atividades profissionais, a acessibilidade do usuário e as tecnologias em saúde, a deficiência de financiamento, a gestão, a regulação efetiva dos leitos conveniados ou contratados pelo sistema público, a coordenação ineficiente dos cuidados na atenção primária, a oferta deficiente de serviços que satisfaça às necessidades dos usuários, a solicitação desnecessária de serviços especializado e a fragmentação e limites do processo regulatório. Vale destacar que, além dos elementos já citados, ressalta-se a importância da criação de protocolos adequados para uma regulação mais humanizada e indispensável nas relações entre gestores, prestadores de serviço, sobretudo com o usuário e suas demandas (BARROS; AMARAL, 2017; BRASIL, 2008).

O CRDF foi inicialmente criado em resposta à Política Nacional de Regulação em Saúde (PNRS) e à demanda social por assistência a pacientes críticos por meio do acesso à terapia intensiva, sendo a primeira Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) criada por meio das Portarias GAB/SES nº 41, de 30 de agosto de 2006, e nº 42, de 31 de agosto de 2006. Tais normativas traziam em seu escopo os fluxos operacionais relacionados ao funcionamento da Central e as competências de seus servidores. A CRIH constitui fruto de uma decisão de parceria entre a SES/DF, o Tribunal de Contas do DF (TCDF) e o Ministério Público dos Territórios e do DF (MPDFT) (BATISTA *et al.*, 2019; DISTRITO FEDERAL, 2008; 2016).

A CRIH tem como objetivo principal o controle, a monitorização e a avaliação da prestação de serviços de internação hospitalar. Os serviços devem ser pautados nas necessidades dos usuários, que estão com a saúde comprometida em busca do acesso de forma igualitária (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2017; VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A partir de 2006, alterações foram necessárias, resultando na configuração que estabelece a Portaria nº 1.388/2018, da Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no DF (DISTRITO FEDERAL, 2018). Essa apresentação traz ações de Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à

Assistência, de forma integrada e perpassando os diferentes níveis de atenção à saúde, colocando a Regulação do Acesso à Assistência como responsabilidade do CRDF e suas unidades operacionais, mostrando a regulação médica como autoridade sanitária e sua ação baseada e sustentada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização definidos e pactuados entre os gestores envolvidos, visando ao acesso à assistência, controle da oferta de serviços, avaliação da assistência à saúde, bem como o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais (DISTRITO FEDERAL, 2018).

A parte operacional do CRDF é executada pela Central de Regulação (CR). Neste sentido, a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH)⁹ tem a responsabilidade de gerir e monitorar a ocupação de leitos gerais e de UTI adultos, pediátricos e neonatais, mediante a aplicação dos critérios de classificação de risco, priorização de atendimentos e parâmetros de encaminhamentos.

Quanto à caracterização do processo de trabalho, sabe-se que a CERIH oficialmente tem ciência de que um paciente tem necessidade de UTI quando ele é inserido pela equipe assistencial em uma fila única que aparece no serviço informacional TRAKCARE¹⁰. Sabe-se, também, que esse sistema tem abrangência local específica para a SES/DF e não se interliga com outros sistemas que compõem a rede de assistência do SUS, como o do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), bem como com os serviços do entorno, o que indica uma fragilidade para análise do quadro clínico do paciente. Cabe ressaltar que o HUB e o IGESDF possuem acesso

⁹ Os principais autores operacionais são os médicos reguladores e os enfermeiros controladores. Àqueles cabem a análise/reanálise da solicitação e avaliação/reavaliação das necessidades dos pacientes inseridos na lista única, visando à alocação do paciente mais crítico e com mais chance de ser beneficiado pela assistência em terapia intensiva, finalizando com a autorização para internação. Este papel se desenvolve baseado em critérios de classificação de risco pré-definidos pela SES/DF (DISTRITO FEDERAL, 2015a). Aos enfermeiros controladores cabe a monitorização e controles dos leitos sob regulação desde a ocupação, perpassando pela admissão e alta, além de relatar as questões de bloqueio e seus motivos. Tal serviço auxilia na produção de indicadores, bem como na melhoria do acesso e qualidade da assistência em terapia intensiva (DISTRITO FEDERAL, 2015a).

¹⁰ A Portaria nº 199/2015 determina como fluxo operacional que os órgãos solicitantes que assistem diretamente ao paciente deverão requerer para a CERIH, por meio de preenchimento de formulário informacional de solicitação, leito de UTI de todos os seus pacientes. Esse formulário contém a qualificação do paciente, bem como todos os dados clínicos pertinentes para a avaliação do médico regulador, desde as evoluções dos profissionais que o assistente até acesso aos exames solicitados e pendentes.

para inserção do paciente na fila única da CERIH, mas não há compartilhamento de informações sobre o quadro clínico.

Após a inserção na fila única, o médico regulador avalia por turno todos os pacientes, traçando uma prioridade conforme os protocolos previamente estabelecidos entre os gestores e as unidades assistenciais. Após traçar o perfil de necessidade do paciente e sua priorização, o médico regulador avalia o perfil de vaga necessária e, estando esta disponível, direciona esse paciente para admissão naquele referido leito, passando-se a fase de transferência e ocupação do leito.

No que tange à priorização¹¹ (classificação de risco) do usuário, esta se embasa inicialmente na Portaria nº 200/2015, cujos dois critérios máximos se destacam: o quadro clínico do paciente e o seu benefício com a assistência em terapia intensiva. Os pacientes passam a ser classificados em: Prioridade 1, Prioridade 2, Prioridade 3, Prioridade 4A e Prioridade 4B, sendo esses últimos os criticamente enfermos, ou que já estão em melhora/remissão da patologia, ou não se beneficiam com internação em UTI por não existir evidências de melhora.

Paralelamente à avaliação do médico regulador, a enfermeira controladora faz a busca de leitos disponíveis, via telefônica, a todos os hospitais da rede SES/DF e contratados, visando à localização de leitos disponíveis, bem como para os demais hospitais locais na busca de vagas que possam auxiliar no processo.

¹¹ Portaria nº 200/2015, Anexo I - “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. 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. 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. 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. 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.” (DISTRITO FEDERAL, 2015b).

Cabe lembrar que a CERIH não cria vaga em leito de UTI, simplesmente realiza a gestão de leitos previamente disponibilizados para a regulação. Essa gestão constitui no mapeamento do leito disponível, confirmação do cumprimento de um dos papéis da regulação quando da admissão do paciente, do monitoramento da alta e da identificação de leitos indisponíveis, conhecido como bloqueados em virtude de problemas pontuais ou mais complexos, tais como manutenção, falta de recursos materiais (equipamentos e insumos), ou indisponibilidade de recursos humanos (licenças médicas).

2.2 A pandemia da covid-19 e as estratégias dos sistemas de saúde

A pandemia do SARS-CoV-2 colocou à prova os serviços de saúde do mundo inteiro, e no Brasil não foi diferente. O SUS esteve à prova no planejamento, organização, financiamento e prestação de assistência. Com o momento pandêmico, as desigualdades geográficas e a distribuição dos recursos para acesso ficaram mais evidentes (CONTE *et al.*, 2021).

A pandemia da COVID-19¹² espalhou-se tão rapidamente que nem mesmo os melhores especialistas do mundo foram capazes de prever a pior crise global desde a gripe espanhola, em 1918. O evento teve um desfecho dramático para os sistemas de saúde, levou a níveis elevados de tensão emocional e uma alta demanda de recursos. Dessa forma, o desafio foi a gestão dos serviços de saúde, que precisaram se reorganizar para atender ao elevado número de pacientes graves, o que nunca antes havia sido feito (SANCHEZ-ÚBEDA *et al.*, 2021).

A principal estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS) ao enfrentamento da COVID-19 foi o distanciamento social e o controle epidemiológico, além do retorno gradual das atividades econômicas. Alguns direitos individuais acabaram por ser restringidos em nome do coletivo.

¹² No final de março de 2020, foram notificados 450.611 casos na Europa; na Espanha, a situação foi expressivamente mais grave, com 192,22%, seguida pela Itália 122,2%, Bélgica 103%, França 56,6% e Reino Unido 40%. A Itália teve a maior taxa de mortalidade (11,7%), seguida da Espanha, com 8,9%. Com o aumento dos casos, foi necessário o rápido aumento de leitos hospitalares de internação e de UTIs para uma doença de evolução potencialmente fatal. De março a abril de 2020, houve um aumento de 26,4%, passando de 18.692 para 23.623 casos em 15 dias. A Inglaterra reorganizou seus leitos de forma a separar pacientes de COVID-19 dos não COVID-19. Essas informações são relativas aos 18 dias do mês de março de 2020 a 31 de maio de 2020 (SANCHEZ-ÚBEDA *et al.*, 2021).

Na Espanha, o aumento de pacientes internados em leitos não UTI nos últimos 13 dias do mês de março de 2020 foi de 200%, passando de 4.578 para 13.725 pacientes internados. Durante o mesmo período, as internações em leitos de UTI aumentaram 155%, de 590 para 1.502 pacientes. Durante o pico pandêmico, aumentou o tempo de internação em salas de emergências e corredores hospitalares. O aumento de leitos trouxe o aumento de profissionais especializados, a transformação de salas cirúrgicas e leitos de semi-intensiva em leitos de UTI. Mais tarde, hotéis foram transformados em leitos e a inauguração de um hospital de campanha para pacientes não críticos. Esse hospital inicialmente começou com 185 leitos e atingiu seu máximo em 3 de abril desse mesmo ano, com 1.150 leitos não UTI e 10 leitos de UTI¹³ (SANCHEZ-ÚBEDA *et al.*, 2021).

Nos Estados Unidos, o pico pandêmico ocorreu na primeira quinzena de abril de 2020 em cerca de um terço dos estados, incluindo Nova York que, em contraste com outros estados, experimentou um aumento gradual. Houve uma grande lacuna entre as necessidades de leitos hospitalares e a capacidade disponível, principalmente leitos de UTI, com uma falta ainda maior de ventiladores mecânicos. Com o atraso na implementação do distanciamento social por parte do governo, aumentou ainda mais a falta de recursos, o que os sistemas de saúde dos estados tiveram que administrar (ZHAO *et al.*, 2020).

A OMS declarou emergência de saúde pública em janeiro de 2020. O primeiro caso no Brasil ocorreu em fevereiro desse mesmo ano, mas somente em março o Ministério da Saúde autorizou a habilitação de leitos de UTI adulto e pediátrico para atendimento exclusivo de COVID-19, o que ocorreu apenas em abril, quando os índices de casos eram de 85.000 e 6.000 mortes e as taxas de ocupação de UTI estavam acima de 90% (CONTE *et al.*, 2021).

No Brasil, a flexibilização do isolamento estava no índice de leitos de internação e de UTI disponíveis. Com a pandemia, o SUS precisou de forma imediata de expandir leitos, adquirir equipamentos e insumos em grande quantidade.

¹³ Na Espanha, a capacidade de ampliação de leitos não UTI e de UTI fez operaram com dificuldade na aquisição de insumos de equipamentos individuais, reagentes de laboratório, pessoal especializado e equipamentos médicos, redução de internações de pacientes com outros tipos de comorbidades, principalmente nas UTIs. A flexibilidade de leitos foi o fator preponderante para o gerenciamento eficiente dos leitos hospitalares (SANCHEZ-ÚBEDA *et al.*, 2021).

Assim, evidenciaram-se as desigualdades regionais, e a articulação público-privada foi uma possibilidade e as potencialidades técnicas e políticas (CONTE *et al.*, 2021).

A expansão de leitos ocorreu de forma lenta e desigual: em abril foram habilitados 2.409 leitos e, em junho, a oferta totalizou 15.662 leitos públicos e hospitais de campanha. O maior número foi para a Região Sudoeste, 11,1:100.000 habitantes, na Região Norte, 7,3:100.000 habitantes. A Agência Nacional de Saúde (ANS) informou que a ocupação de leitos no serviço privado esteve em torno de 45% em abril e 61% em maio, sendo reduzidos em meses subsequentes, enquanto o SUS registrava índices acima dos 90% (CONTE *et al.*, 2021).

Alguns pontos mostram a falta de acesso ao leito do SUS durante a pandemia da COVID-19, como a demora na organização para o enfrentamento da pandemia, os leitos de hospitais de campanha que nunca saíram do papel, o atraso na liberação de recursos financeiros, a falta de integração dos leitos públicos e privados e a fila única nas Centrais de Regulação para o atendimento dos casos graves de COVID-19 (CONTE *et al.*, 2021).

Inicialmente, a unificação da fila seria controlada pelo Ministério da Saúde e articulado com estados e municípios e prestadores de serviços e pelas centrais de regulação de centrais únicas de vaga controladas pelos estados. O Senado Federal apoiou a unificação com a aprovação da Lei nº 2.324/2020, que permitia ao poder público o uso compulsório dos leitos de hospitais privados para internação de pacientes com COVID-19. Não chegou a acontecer por mobilização dos órgãos de controle dos serviços privados, que alegaram a ausência de gestão por parte do governo para controle da fila única, a desorganização da rede privada, a possibilidade de disputa judicial e o descrédito dos planos de saúde. Assim, restou ao Ministério da Saúde a opção de requisição de leitos na rede privada. Outro impasse foi o valor da diária de US\$ 1,600.00 (mil e seiscentos dólares) considerado insuficiente para a cobertura dos gastos com o paciente com COVID-19 (CONTE *et al.*, 2021).

Então, as associações dos hospitais privados e dos planos de saúde, para evitar a fila única, e a requisição de leitos pelo setor público, propuseram a composição de leitos desativados nos hospitais públicos, a construção de hospitais

de campanha, a testagem da população e a contratação de leitos. Assim, a letargia do governo e a não coordenação do governo brasileiro privilegiaram o atendimento segmentado. Desse modo, a pandemia mostra as fragilidades de um sistema de saúde falido e uma imagem positiva do setor privado após as doações, que não modificou a prestação de serviço de saúde no momento da pandemia (CONTE *et al.*, 2021).

Em uma rápida projeção de casos, os hospitais precisaram aplicar estratégias imediatas para melhorar a capacidade de atendimento, incluindo a suspensão de cirurgias eletivas, a reconfiguração de profissionais médicos e leitos de UTI em todos sistema, buscando equipamentos de proteção individual e outros equipamentos, leitos adicionais, reaproveitamento de salas de pré e pós-recuperação, uso de equipamentos de anestesia, como ventiladores, e áreas de procedimentos, aumentando a capacidade em 65% (MURRAY, 2020).

Outra demanda foi encontrar recursos humanos adicionais, utilizando como estratégias o aumento do número de horas extras, o treinamento de profissionais, que pequenas clínicas e até mesmo a comunidade e voluntários fizessem atendimento aos pacientes menos graves, o direcionamento de cientistas e professores para o atendimento clínico durante o surto de COVID-19; entre os profissionais, o mais difícil foram os enfermeiros de UTI. Outros problemas foram os suprimentos, a expansão de infraestrutura e a tecnologia da informação para registros médicos. Os custos financeiros foram diminuídos à medida que eram suspensos os procedimentos eletivos, como as cirurgias (MURRAY, 2020).

Uma estratégia utilizada pela SES/DF foi o Plano de Mobilização de Leitos Covid-19 do Distrito Federal, que tinha como objetivo a transformação de alguns leitos existentes para atendimento de pacientes exclusivamente de COVID-19, criação de unidades de cuidados intermediários e alocação de leitos contratados na rede privada, segundo a necessidade, conforme indicadores epidemiológicos (intervalo mínimos de 14 dias entre uma fase Média Móvel de Óbitos). O fluxo de retorno também foi montado em relação ao retorno desse paciente da UTI, sendo pensado os leitos de retaguarda nas emergências e enfermarias (DISTRITO FEDERAL, 2020).

2.3 O fenômeno da judicialização

Neste cenário de excesso de demandas, escassez de recursos, dificuldades de comunicação entre as autoridades, restrição de direitos, emoções negativas oriunda das dificuldades da compreensão e choque de informações sobre a pandemia e suas consequências, a judicialização teve solo fértil para uma crescente, o que não significava resolubilidade.

A judicialização se caracteriza pelo fato de os cidadãos apelarem ao Poder Judiciário a fim de obter acesso aos serviços de saúde, tais como os leitos de UTI (CARVALHO; DAVID, 2013). Respaldados na Constituição Federal, muitos indivíduos recorrem ao terceiro Poder para ter resolutividade de direitos assegurados e garantindo, assim, ao cidadão, através da decisão jurídica, o que influenciou nas decisões coletivas, parecendo ser uma decisão mais política do que essencialmente jurídica, contrapondo direito individual sobre o direito coletivo.

A literatura realiza uma crítica no que tange à sobreposição do direito individual sobre o direito coletivo e ao apontar que a análise jurídica, apenas centrada no manejo dos dispositivos legais, com suporte técnico centrado no relatório ou prescrição médica e na avaliação orçamentária, sem considerar o esgotamento das possibilidades existentes no SUS, parece não mais prover o acesso aos direitos perquiridos em seara judicial (NOGUEIRA; CARVALHO; DADALTO, 2017).

Em complemento, é válido ratificar o quanto é onerosa a tramitação de uma demanda judicial. No entanto, ainda não existe uma ferramenta governamental capaz de dimensionar o total de recursos orçamentários executados desde a abertura da demanda até o seu trânsito em julgado. Deve-se atentar, também, ao fato de que a judicialização gera custos inesperados e altera a alocação de recursos futuros da saúde, tendo em vista que a maioria das demandas julgadas procedentes iniciam a geração de custos neste momento, e em alguns casos tais custos extrapolam o exercício fiscal em andamento (LAFFIN; BONACIM, 2017).

Na tentativa de diminuir a judicialização, algumas estratégias já foram implementadas, dentre elas: apoio técnico ao Judiciário; comitês estaduais de saúde;

organização da assistência; sistemas informatizados de informação; processo administrativo diferenciado; e resolução alternativa de controvérsias. No entanto, o uso destas estratégias ainda se encontram restritas e pouco efetivas (YAMAUTI *et al.*, 2020).

2.4 Métodos e técnicas

O presente estudo é observacional, descritivo, transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, e foi realizado com dados públicos, adultos e pediátricos, emitidos pela CERIH por meio do Protocolo Ouvidoria DF nº 098102/2021 e do Processo SEI nº 00060-00355694/2021-39 em cumprimento à Lei Federal nº 12.527/2011¹⁴, conhecida como Lei de Acesso à Informação Pública, que permite o direito à informação e publicidade aos dados públicos como regra. Sendo assim, não foi necessária a submissão para avaliação do Conselho de Ética.

Os dados obtidos para este estudo foram coletados pela gerência da CERIH/CRDF, de forma informacional e manual, o que é fundamental para a produção de indicadores confiáveis. No entanto, alguns dados importantes ainda não possuem uma coleta plena, como é o exemplo do número de solicitações gerais por mês.

No primeiro momento, foi realizado um levantamento bibliográfico e legislativo do tema e a caracterização do funcionamento do processo de trabalho da regulação, conforme registro em portarias e normas técnicas, documentos públicos emitidos pela SES/DF. Foram coletados dados sobre: quantitativo de leitos regulados públicos e privados, número de solicitações de leitos de UTI, número de casos judicialização, prioridade emitida de março dos anos de 2019, 2020 e 2021. Para tabulação dos dados, foi realizada planilha de Excel e, a partir dela, a análise das variáveis.

Para a análise do quantitativo das solicitações judicializadas no mês de março de cada ano, foi levado em consideração o total de solicitações sob demanda judicial, independentemente da completude dos dados no registro manual da CERIH.

¹⁴ A Lei de Acesso à Informação Pública obriga os órgãos públicos a emitirem informações e dados que sejam relevantes para a produção de conhecimento, respeitados os dados que são considerados de sigilo.

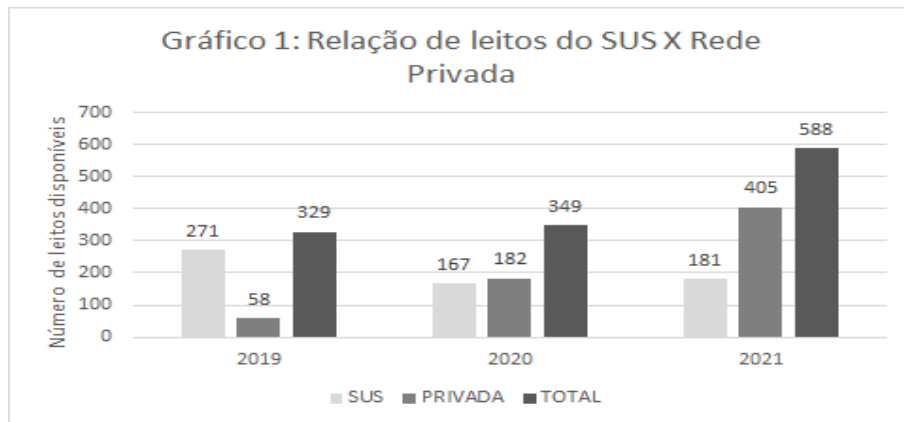
Entretanto, quando a análise envolveu o registro das prioridades e suas relações, foram excluídas as inserções em que a prioridade não estava devidamente preenchida. Para essa última análise, a amostra foi composta por 946 solicitações, sendo 100 delas em 2019, 95 em 2020 e 751 em 2021. Foram excluídas 94 solicitações.

Os desfechos analisados foram classificados como: óbito, admitidos, retirada da lista e sem desfecho. Os classificados como óbito são os pacientes que faleceram antes que fossem admitidos em leito de terapia intensiva. Os admitidos foram os que conseguiram ser alocados em leitos intensivos. São considerados retirados da lista, os pacientes que obtiveram melhora antes da disponibilidade do leito ou que conseguiram leito intensivo por meios próprios ou por outras vias. E, finalmente, os classificados como sem desfecho, cujos dados não estavam corretamente registrados e, portanto, impossível saber o desfecho final.

2.5 Resultados

Inicialmente, foram analisadas as quantidades de leitos de UTI que estavam disponíveis nos meses de março dos anos destacados, conforme mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Quantidade de leitos de UTI regulados disponíveis, públicos e privados, no mês de março dos anos 2019, 2020 e 2021

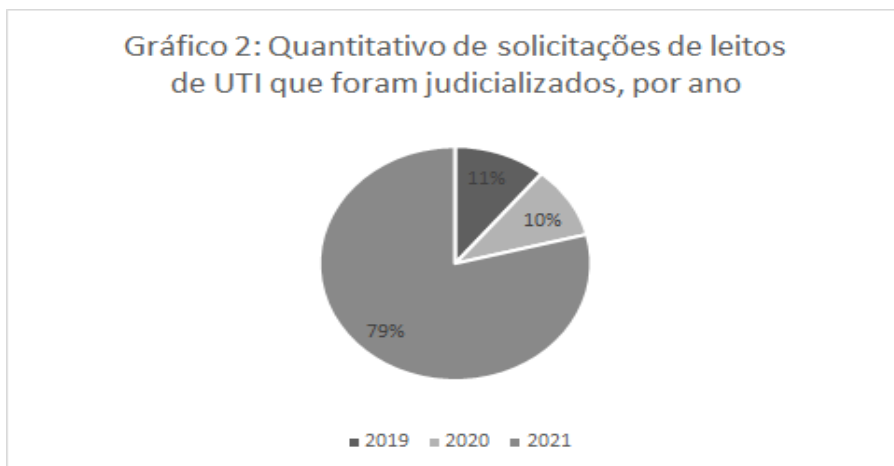


Fonte: Dados CERIH/CRDF, 2021.

O Gráfico 2 mostra que a proporção de leitos regulados disponíveis aumentou com o passar dos anos, passando de 329 leitos em 2019, para 349 em 2020, e 588 em

2021. No entanto, quanto ao financiamento, os resultados mostram que, em 2019, do total de leitos regulados, 82,37% tinham financiamento do SUS, e que este índice reduz para 47,85% em 2020, e para 30,78% em 2021, onde, gradativamente, aumentou a dependência do sistema privado para suporte dos pacientes do SUS.

Gráfico 2 - Quantidade de solicitações de leitos de UTI que foram judicializadas, por ano



Fonte: Dados CERIH/CRDF, 2021.

Quando se observa o quantitativo de solicitações por leito de UTI que foram judicializadas, tem-se que 79% ocorreram em 2021, um aumento de 793,2% nos mandados judiciais entre os anos de 2020 e 2021. Quando se compara os anos de 2019 e 2021, o aumento das solicitações é de 736,6%.

Após a análise geral da quantidade de solicitações judicializadas, seguiu-se para a análise levando em consideração os desfechos das mesmas, tal como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Quantidade de solicitações judicializadas X desfecho, por ano

ANO	ÓBITO		RETIRADA DA LISTA		ADMITIDOS		SEM DESFECHO		TOTAL GERAL	
	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%
2019	16	16%	12	12%	72	72%	0	0	100	100%
2020	17	17,90%	14	14,80%	61	64,20%	3	3,10%	95	100%
2021	153	20,37%	64	8,53%	482	64,18%	52	6,92%	751	100%

Fonte: Dados CERIH/CRDF, 2021.

Embora a quantidade de solicitações tenha aumentado substancialmente no ano de 2021, esse foi o ano com pior desempenho com relação à resolutividade, pois mostra uma maior porcentagem de óbitos e menor admissão, com relação aos outros anos analisados. Observa-se, ainda, que a porcentagem de pacientes retirados da lista foi menor que dos anos anteriores.

Posteriormente, foi investigada especificamente cada prioridade com relação ao desfecho a cada ano analisado, de forma a apurar melhor os dados, para melhor comparação ao que determina a Portaria nº 200/2015. Sendo assim, a Tabela 2 traz os dados referentes às inserções com prioridade 1.

Tabela 2 - Desfechos dos classificados como prioridade 1, por ano

ANO	ÓBITO		RETIRADA DA LISTA		ADMITIDOS		SEM DESFECHO		TOTAL GERAL	
	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%
2019	8	17,80%	1	2,20%	36	80%	0	0	45	100%
2020	7	11,10%	0	0	41	83,67%	1	2%	49	100%
2021	100	19,98%	4	0,78%	395	78,84%	2	0,40%	501	100

Fonte: Dados CERIH/CRDF, 2021.

Ao analisar a tabela da prioridade 1, observa-se a mesma tendência mostrada na tabela anterior, na qual se tem um aumento da judicialização no ano de 2021, que não se traduziu em melhor resolutividade.

A análise dos dados referentes à prioridade 2 são mostradas na Tabela 3.

Tabela 3 - Desfechos dos classificados como prioridade 2, por ano

ANO	ÓBITO		RETIRADA DA LISTA		ADMITIDOS		SEM DESFECHO		TOTAL GERAL	
	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%
2019	0	0	6	19,40%	25	80,60%	0	0	31	100%
2020	4	22,22%	3	16,67%	9	50%	2	11,11%	18	100%
2021	17	15,60%	26	23,85%	46	42,20%	20	18,35%	109	100

Fonte: Dados CERIH/CRDF, 2021.

Das solicitações judicializadas de prioridade 2, observa-se que houve uma queda de aproximadamente 50% nos pacientes admitidos na comparação entre os anos de 2019 e 2021.

A Tabela 4 mostra a análise dos dados referentes à prioridade 3.

Tabela 4 - Desfechos dos classificados como prioridade 3, por ano

ANO	ÓBITO		RETIRADA DA LISTA		ADMITIDOS		SEM DESFECHO		TOTAL GERAL	
	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%
2019	5	33,34%	0	0	10	66,66%	0	0	15	100%
2020	5	31,25%	2	12,50%	9	56,25%	0	0	16	100%
2021	28	35,90%	6	7,70%	36	46,15%	8	10,25%	78	100

Fonte: Dados CERIH/CRDF, 2021.

Quanto à prioridade 3, observa-se que a porcentagem dos admitidos foi decrescente ao longo dos anos, cuja menor porcentagem aconteceu no ano de 2021. Nota-se, adicionalmente, que a porcentagem de óbitos dos classificados como prioridade 3 é bastante expressiva.

A Tabela 5 mostra a análise dos dados referentes à prioridade 4A.

Tabela 5 - Desfechos dos classificados como prioridade 4A, por ano

ANO	ÓBITO		RETIRADA DA LISTA		ADMITIDOS		SEM DESFECHO		TOTAL GERAL	
	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%
2019	2	28,58%	4	57,14%	1	14,28%	0	0	7	100%
2020	0	0	9	90%	1	10%	0	0	10	100%
2021	4	7,27%	24	43,63%	5	9,10%	22	40%	55	100

Fonte: Dados CERIH/CRDF, 2021.

Nota-se que a porcentagem de admissão em leitos intensivos dos pacientes classificados como 4A é bem inexpressiva, ao mesmo tempo em que se observa uma maior porcentagem de retiradas da lista.

A Tabela 6 mostra a análise dos dados referentes à prioridade classificada como 4B.

Tabela 6 - Desfechos dos classificados como prioridade 4B, por ano

ANO	ÓBITO		RETIRADA DA LISTA		ADMITIDOS		SEM DESFECHO		TOTAL GERAL	
	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%
2019	1	50%	1	50%	0	0	0	0	2	100%
2020	1	50%	0	0	1	50%	0	0	2	100%
2021	4	50%	4	50%	0	0	0	0	8	100

Fonte: Dados CERIH/CRDF, 2021.

Ao se analisar a Tabela 6, é notória a baixa quantidade de judicialização, tendo metade dos pacientes evoluído para óbito em todos os anos destacados, assim

como a porcentagem de retirados da lista. Apenas no ano de 2020 houve admissão de paciente com o perfil de classificação como 4B.

2.6 Discussão

Antes de uma avaliação direta sobre os resultados, alguns eventos ocorreram nesses três anos de estudo, os quais podem explicar os resultados e merecem menção. O primeiro deles constitui a criação do IGESDF, que consiste em serviço social autônomo (SSA) criado pela Lei nº 6.270/2019 para ampliar o modelo do Instituto Hospital de Base (IHBDF), sendo responsável pela gestão do Hospital de Base e do Hospital Regional de Santa Maria, além das unidades de pronto atendimento (UPAs) do DF. Cabe ressaltar que a partir desse fato os leitos de UTI regulados desses hospitais foram considerados leitos contratados e não do SUS (Distrito Federal, 2019).

Destaca-se que, em março de 2020, iniciavam-se os preparativos para a primeira onda da COVID-19 que ainda não havia chegado no DF. Em março de 2021, iniciavam-se os preparativos para a segunda onda da COVID-19, ou seja, haviam sido feitos esforços para a ampliação de leitos devido à primeira onda e já se esperava uma necessidade maior de leitos.

Os resultados mostram que, conforme apontado mundialmente, o DF também aumentou substancialmente o número de leitos, tendo uma tendência em um aumento mais expressivo de leitos privados que leitos do SUS. Isto pode estar relacionado à escassez de leitos anterior à pandemia e às dificuldades já existentes em implementar novos leitos no SUS.

No entanto, pelo número de óbitos apresentados nos três anos estudados, o quantitativo de leitos parece não ter sido suficientemente resolutivo. O que se pode inferir que a necessidade de investimentos no SUS merece ser gradual, conforme aponta literatura.

Após os acontecimentos históricos, o que mais chama a atenção é o número expressivo de judicialização em 2021, se comparado com os demais anos. Observa-se um número relevante da participação do Poder Judicial em demandas individuais visando à garantia do direito constitucional à saúde. Estudos corroboram com os

resultados apresentados no ano de 2021, apontando o aumento do número de demandas judiciais e, principalmente individuais em detrimento de coletivas, que poderiam atingir o problema macro, minimizando/evitando as necessidades individuais não atendidas (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014; VARGAS *et al.*, 2018).

Vargas *et al.* (2018), em seu estudo, apontam três categorias que fragilizaram o papel de gestão de recursos humanos com o advento da regulação, sendo classificadas por “deficiência de estrutura física e recursos humanos”, o que é evidenciado pela quantidade de leitos disponíveis nos diversos anos estudados, e com a redução do quantitativo de leitos disponibilizados com financiamento do SUS.

Em seguida da “falta de políticas claras e critérios para internação de paciente na UTI”, o que é revelado pelo número de judicialização de prioridade 4A e 4B que não possuem evidência de melhoras com a internação em UTI e que deveriam ser encaminhados para unidades intermediárias ainda escassas na SES/DF, no entanto, continuam a ser inseridos na lista. Neste momento, aparece a fragilidade da dinâmica da linha de frente que, por receio do processo individual contra si, emite relatório para a judicialização e os operadores do direito que se apegam ao relatório médico e aos dispositivos legais existentes sem uma avaliação do contexto geral. A ausência uma avaliação multiprofissional ou um apoio do Núcleo de Assistência Técnica dos Tribunais pode contribuir para uma decisão sem imparcialidade (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014; FREITAS; FONSECA; QUELUZ 2020; NOGUEIRA; CARVALHO; DADALTO, 2017; VARGAS *et al.*, 2018).

Ademais, Vargas *et al.* (2018) apontam a “Dispensa inadequada da UTI”, na qual se argumenta que os pacientes internados na UTI por ordem judicial podem não ser os beneficiados com esse tipo de assistência, e que os profissionais se sentem obrigados ao cumprimento de ordens judiciais de tal natureza, o que dificulta as possibilidades de os profissionais agirem de acordo com seus princípios éticos e de equidade. Ou seja, a aplicação da lei pode resultar em consequências não intencionais e até prejudiciais à saúde de alguns pacientes, como a transferência de um paciente mais grave de uma UTI para internar um paciente menos grave (VARGAS *et al.*, 2018).

Por fim, observa-se que nesse excesso de demanda especialmente apresentado na Era Covid, uma era marcada de restrições de direitos individuais, embora necessária a judicialização, nem sempre é eficaz, conforme demonstram os dados de óbitos e retirados da lista, e corroborando com essa ideia apontada estudo realizado com demandas no Supremo Tribunal Federal (STF) (BIEHL; PRATES; AMON, 2021).

Os resultados mostram que, em sua maioria, as ordens judiciais são cumpridas de forma plena. No entanto, o registro de óbitos acima de 20% merece atenção e pode estar relacionado à gravidade da patologia na Era Covid ou, ainda, pelo uso de leitos com pacientes de prioridade 3 e 4 que não possuem tanto benefício com leito de UTI, mas que foram contemplados com ordem judicial.

Nota-se que a prioridade 3 possui o maior índice de óbito se comparado às outras prioridades, independente do ano. Cabe ressaltar que, conforme expresso na legislação, os pacientes com essa classificação são instáveis e possuem baixa probabilidade de recuperação e podem ter limites e/ou esforços terapêuticos preestabelecidos que possam justificar os resultados.

Por fim, quanto à prioridade 4, esses pacientes apresentam pouco ou nenhum benefício com a internação em UTI e, em regra, o tratamento intensivo não é recomendado, sendo sugerido, inclusive, que sejam retirados da lista de espera. Talvez esses pacientes fossem mais bem beneficiados com atendimento em unidade de terapia semi-intensiva.

O cumprimento de ordens judiciais com pacientes de prioridade 4 dificulta o atendimento de pacientes em prioridade 1, que realmente são os pacientes com perfil ideal para UTI.

Percebe-se, ainda, que apesar de todos os problemas apresentados a existência da CERIH se faz fundamental para um melhor gerenciamento e acesso dos leitos de UTI e que seu fortalecimento se faz necessário em todos os níveis de atenção à saúde visando cumprir os preceitos do SUS (FIGUEREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ; 2019).

2.7 Limitações

Uma das limitações apresentadas foi a falta de dados sobre o número de solicitações totais para internação em leito de UTI, ou seja, o sistema informacional existente não era capaz de informar quantos pacientes foram inseridos no mês na lista única. Outra limitação consiste na dificuldade de comunicação entre os diversos sistemas informacionais que suportam o registro, o prontuário eletrônico dos pacientes, tendo em vista que existem sistemas diferentes que não se interligam, o que inviabilizou a análise de todo o quadro clínico do usuário, bem como os dados administrativos de registro de judicialização. Sendo assim, o estudo se deteve aos dados de judicialização de registro manual da CERIH.

2.8 Valor e originalidade do trabalho

Consiste em trabalho inovador e inicial que visa demonstrar a viabilidade e importância de realizar um estudo de maior magnitude com a intenção de relacionar demanda, leitos a UTI e os processos de judicialização durante o evento da pandemia da COVID-19, almejando a identificação de eventuais problemas e na previsão das soluções para minimizar os danos. Ademais, pode auxiliar na melhoria da formulação de indicadores e na alocação/realocação de recursos na pós-pandemia.

No que tange à judicialização, pode-se evidenciar a necessidade de um diálogo mais aproximado entre justiça e saúde, assim como identificar onde nesses setores pode haver melhora para minimizar/evitar a judicialização e propiciar a resolubilidade.

2.9 Considerações finais

A regulação em saúde é ferramenta de gestão que viabiliza a assistência, garantindo eficiência, eficácia, efetividade e otimização do melhor recurso. Amplia os princípios do SUS, buscando a universalidade e equidade na prestação de serviços.

O evento da pandemia da COVID-19 mostra a fragilidade do SUS e sua dependência do setor privado para assistir a população do DF. Para o atendimento da população, foram necessárias a instalação de hospitais de Campanha, a criação de

leitos e a reativação de leitos não utilizados, além da contratação massiva de leitos da rede privada.

Com todas as estratégias realizadas para o atendimento da população, poder-se-ia esperar que essa estrutura permanecesse, mas se sabe que os hospitais de campanhas são provisórios e que a contratação dos leitos nas instituições privadas também é temporária. Resta, então, ao setor público fortalecer o Sistema de Regulação de Leitos, tornando a fila única uma modalidade de acesso aos leitos de UTI, trazendo justiça a todos conforme o preconizado pelo SUS.

Este trabalho mostra as fragilidades do sistema de saúde do DF, visto o aumento dos processos de judicialização e a necessidade de o usuário recorrer ao terceiro Poder para buscar seu direito constitucional de saúde. Além disso, apoia os gestores na ampliação e fortalecimento do processo de regulação de forma intensa, permitindo que esse processo possa levar à tomada de decisões nos aspectos que envolvem a produção do cuidado, uma vez que é por meio da regulação do acesso que se torna possível conhecer as ofertas e as demandas em saúde.

É notória a necessidade de um diálogo entre Executivo e Judiciário, no intuito de identificar as fragilidades de cada Poder, o que pode ser aprimorado, e de buscar soluções conjuntas a fim de aumentar a resolubilidade de demanda do usuário, tendo em vista que essa é a ideia máxima de cada Poder. Tal proposta perpassa pela autoanálise de dos Poderes e criação de estratégias internas e conjuntas.

Cabe ressaltar que se faz necessária a busca por soluções mais eficientes que repassem os mecanismos extrajudiciais antes do extremo da judicialização. E isto vai ao encontro ao desejo do Poder Judiciário, que tem estimulado a ampliação do emprego de ferramentas denominadas de Equivalentes Jurisdicionais, tais como a conciliação, que buscam a adoção de estratégias não jurisdicionais à solução de conflitos e, assim, consequentemente, a resolução consensual entre as partes e um atendimento mais imediato do usuário. O que é reforçado pela publicação da Lei nº 13.140/2015, que dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública (BRASIL, 2015).

Ainda que não prospere a negociação e ocorra um conseqüente conflito, se faz pertinente não apenas uma avaliação do arcabouço jurídico existente, mas uma avaliação técnica e financeira mais precisa sobre a demanda para que se possa concretizar a justiça social.

REFERÊNCIAS

- BARROS, F. P. C.; AMARAL, T. C. L. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa (PT)*, v. 16, Supl. 3, p. S39-S45, 2017. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/42>. Acesso em: 2 jul. 2021.
- BATISTA, S. R. *et al.* O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>
- BIEHL, J.; PRATES, L. E. A.; AMON, J. J. Supreme Court v. Necropolitics: The Chaotic Judicialization of COVID-19 in Brazil. *Health Hum Rights*, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 151-162, 2021. disponível em: <https://www.hhrjournal.org/2021/06/supreme-court-v-necropolitics-the-chaotic-judicialization-of-covid-19-in-brazil/>. Acesso em:
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 14 jun 2021.
- BRASIL. **Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015**. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113140.htm. Acesso em: 24 jun 2021
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998**. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html. Acesso em: 18 jun 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 4 ago. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.htm. Acesso em: 22 ago. 2019.

CARVALHO, Eloá Carneiro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Judicialização da saúde, problema e solução: questões para a enfermagem [Judicialization of health problem and solution: issues for nursing]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 546-550, mar. 2014. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10015>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

CONTE, D. *et al.* Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de COVID-19 no Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 232-247, dez. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1316>. Acesso em: 27 abr. 2021.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. de C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 02, p. 591-598, 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.23072012>

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 6.270, de 30 de janeiro de 2019**. Altera a nomenclatura do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF, instituído pela Lei nº 5.899, de 3 de julho de 2017, para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara Legislativa, 2019. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/309ebad7cfa346c3991cde576e6a57cf/Lei_6270.html. Acesso em: 14 jun 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de mobilização de leitos COVID-19 do Distrito Federal**. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2020. Disponível em: https://agenciabrasilia.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Folder-plano-de-mobilizacao-de-leitos-covid19_v2-1.pdf. Acesso em: 14 jun 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 1388, de 12 de dezembro de 2018**. Estabelece a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2018. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/61d302d0c57548879a1302b814e804d5/Portaria_1388_12_12_2018.html. Acesso em: 14 jun 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 199, de 6 de agosto de 2015**. Atualiza as disposições da Portaria SES/DF nº 41, de 30 de agosto de 2006 e dá outras providências. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2015a. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/52d86e612e97411397e02f7c21ad8dcb/Portaria_199_06_08_2015.html. Acesso em: 14 jun 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 200, de 6 de agosto de 2015**. Divulga os critérios para admissão e alta em UTI's Adulto,

Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2015b. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/52d86e612e97411397e02f7c21ad8dcb/Portaria_199_06_08_2015.html. Acesso em: 14 jun 2021.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Contas. **Auditoria operacional no sistema de saúde pública do Distrito Federal**: relatório (versão simplificada). Brasília, DF: Tribunal de Contas, 2008. 40 p. Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/saudepublica.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Contas. **Auditoria operacional para avaliar o acesso da população às Unidades de Tratamento Intensivo da rede pública de saúde do DF** (Sumário Executivo). Brasília, DF: Tribunal de Contas, 2016. 32 p. Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/dispssaude-1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

FIGUEREDO, T. A.; ANGULO-TUESTA, A.; HARTZ, Z. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 02, 5 ago. 019. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290215>.

FREITAS, B. C.; FONSECA, E. P.; QUELUZ, D. P. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. 1-17, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190345>

LAFFIN, N. H. F.; BONACIM, C. A. G. Custos da saúde: judicialização de medicamentos ofertados pelo SUS. **Anais do Congresso Brasileiro de Custos - ABC**, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4312>. Acesso em: 5 maio 2021.

MURRAY, C. J. L. Forecasting COVID-19 impact on hospital bed-days, ICU-days, ventilator-days and deaths by US state in the next 4 months. **medRxiv**, [s. l.], 20043752, 2020. IHME COVID-19 health service utilization forecasting team. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.27.20043752>

NOGUEIRA, J. L.; CARVALHO, L.; DADALTO, L. Parcerias entre Universidades e Poder Judiciário: experiência de Minas Gerais. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 55-71, 30 mar. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i1.337>

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. de M.; OLIVEIRA, W. F. de. Interface entre regulação em saúde e equidade: Revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, abr. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47317>. Acesso em: 24 abr. 2021.

SANCHEZ-ÚBEDA, E. F. *et al.* Flexibility and Bed Margins of the Community of Madrid's Hospitals during the First Wave of the SARS-CoV-2 Pandemic. **Journal of Environmental and Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 7, artigo 3510, 2021. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073510>

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011

VARGAS, M. A. de O. *et al.* Judicialização da saúde e direito do paciente ao atendimento qualificado na terapia intensiva. *In*: VARGAS, M. A. de O.; NASCIMENTO, E. R. P. (orgs.) **Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018. p. 9-41.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018230606022018>

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9s37MpDfXmBTY5bXx3XXxPh/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2021.

YAMAUTI, S. M. *et al.* Estratégias Implementadas por Instituições Públicas para Abordagem da Judicialização da Atenção à Saúde no Brasil: Revisão Sistemática de Escopo. **Frontiers in Pharmacology**, Lausanne, v. 11, artigo 1128, 2020. doi: [10.3389/fphar.2020.01128](https://doi.org/10.3389/fphar.2020.01128)

ZHAO, C. *et al.* icumonitoring.ch: a platform for short-term forecasting of intensive care unit occupancy during the COVID-19 epidemic in Switzerland. **Swiss medical Weekly**, [s. l.], v. 150, w20277, 2020. doi: [10.4414/smw.2020.20277](https://doi.org/10.4414/smw.2020.20277)