

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Direito

PRINSCILA DE PÁDUA MOURÃO

***DOS EFEITOS DISRUPTIVOS DA
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA MODELAGEM REGULATÓRIA
DO SUS E DOS LEITOS DE UTI NO DF***

*OF THE DISRUPTIVE EFFECTS OF
THE JUDICIALIZATION OF HEALTH ON THE REGULATORY MODELING OF THE SUS AND
THE ICU BEDS IN THE FEDERAL DISTRICT*

Brasília
2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE DIREITO

***DOS EFEITOS DISRUPTIVOS DA
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA MODELAGEM REGULATÓRIA
DO SUS E DOS LEITOS DE UTI NO DF***

Autora: Prinscila da Pádua Mourão

Orientador: Prof. Dr. Marcio Iorio Aranha

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, linha de pesquisa: Direito, Regulação e Políticas Públicas.

Brasília, 07 de agosto de 2023.

FOLHA DE APROVAÇÃO

PRINSCILA DE PÁDUA MOURÃO

Dos efeitos disruptivos da judicialização da saúde na modelagem regulatória do SUS e dos leitos de UTI no DF

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, linha de pesquisa: Direito, Regulação e Políticas Públicas.

Aprovada em: 07 de agosto de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcio Iorio Aranha
(Orientador – Presidente)

Prof.^a Dra. Gabriela Oliveira Freitas
(Membro)

Prof.^a Dra. Debora Bonat
(Membro)

Prof. Dr. Alexandre Araujo Costa
(Suplente)

Agradecimentos

Ao meu pai Valdir Mourão (*in memoriam*), que está junto ao pai celestial e zela por nós, pela saúde.

A minha mãe amada Maria das Graças, uma fonte de amor ilimitado, retidão e de abnegação.

Ao meu amor Antonio Augusto, pelo incentivo incansável e paciência, que deixou de ter a minha companhia para um bom vinho e vivências saudáveis, por dias e noites.

As minhas meninas Danyela Mourão e Dandarah Mourão, Dras. da Medicina e do Direito, imbuídas de missões nobres.

Ao meu cachorrinho Spock que tanto me acolhe, com seu amor incondicional.

Aos anjos do caminho: Márcio Siega, Lia Mara, Carlos Vianna, Petrus Sanchez e Juliane Alves.

À Professora Dra. Alethele de Oliveira Santos, pelo apoio e compartilhamento de seu conhecimento.

Aos colegas e mestrandos da Turma de Direito, Regulação e Políticas Públicas da UnB/2021, com as homenagens próprias, cada um com o seu brilho e talento, fontes de diálogo e criatividade incessante.

Ao Professor Orientador Dr. Marcio Iorio, enalteço a honrosa orientação, conduzida de forma ímpar, com o habitual aconselhamento assertivo e estímulo ao aprimoramento de pesquisa, me impulsionou e reorientou a trajetória até aqui, tal como uma bússola.

E, principalmente, àqueles pacientes anônimos que, do silêncio em seus leitos, deram voz às suas agonias e inspiraram este trabalho!

FICHA CATALOGRÁFICA

Me	Mourão, Prinscila de Pádua Dos efeitos disruptivos da judicialização da saúde na modelagem regulatória do SUS e dos leitos de UTI no DF. / Prinscila de Pádua Mourão; orientador Marcio Iorio Aranha. -- Brasília, 2023. 116 p. Dissertação (Mestrado em Direito) -- Universidade de Brasília, 2023. 1. Judicialização da Saúde. 2. Regulação. 3. Direito à Saúde. 4. SUS e Leitos de UTI. 5. Efeitos Disruptivos. I. Aranha, Marcio Iorio, orient. II. Título.
----	---

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

MOURÃO, Prinscila de Pádua. (2023). Dos efeitos disruptivos da judicialização da saúde na modelagem regulatória do SUS e dos leitos de UTI no DF. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 116 p.

Sumário

1	Introdução.....	1
2	Estrutura Regulatória do SUS e dos Leitos de UTI no Distrito Federal.....	11
2.1	Contextualização Histórica e Definição de Saúde.....	11
2.2	O Sistema Único De Saúde – SUS.....	15
2.2.1	Contextualização Histórica e Definição do SUS.....	15
2.2.2	Aspectos jurídico-normativos e suas repercussões.....	18
2.3	Leitos de UTI – Reminiscências Históricas.....	28
2.3.1	UTI - Conceituação Legal/Normativa de UTI e seus desdobramentos.....	29
2.3.2	Da distribuição de leitos de UTI.....	31
2.3.3	Quanto custa o leito/dia de UTI?	37
2.3.4	Do quantitativo de leitos de UTI no Distrito Federal.....	39
2.3.5	Do orçamento da saúde no Distrito Federal.....	40
2.3.6	Do sistema de financiamento do SUS – considerações atuais.....	42
2.3.7	Da Regulação dos Leitos de UTI sob um Olhar Atencioso	42
2.3.8	Da Regulação do Acesso à Assistência.....	45
2.3.9	Do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal - CRDF	47
2.4	Regulação em Saúde – Abordagem Doutrinária	53
2.5	UTI e Outros Aspectos - Escolhas Trágicas e <i>Guidelines</i>	56
2.6	UTI - Direito à Morte Digna.....	59
3	Dos Efeitos Disruptivos da Judicialização	62
3.1	O Direito à Saúde sob a vertente Constitucional e os recentes posicionamentos do STF e STJ.....	62
3.2	Judicialização de leitos de UTI – Dilemas alocativos e interpretativos.....	70
3.3	CNJ – Avanços.....	75

3.4 Soluções Dialógicas e Integrativas – da Regulação à Judicialização.....	84
3.5 Desjudicialização – caminhos futuros.....	87
3.6 Dos Dados.....	88
4 Conclusão.....	90
Referências Bibliográficas.....	92

Resumo

O objetivo desta dissertação é descrever o sistema regulatório de saúde do SUS e dos leitos de UTI no DF, bem como da judicialização da saúde para compará-los. O sistema regulatório foi analisado a partir do contexto histórico, da estrutura jurídico-normativa com destaque nos conceitos relevantes. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal recebeu tratamento especial, pois faz parte da regulação do acesso à assistência, como elemento fundamental de uma gestão eficiente no atendimento à saúde. A judicialização enquanto um fenômeno epidemiológico, produz efeitos disruptivos sobre a estrutura complexa da regulação. Há uma interferência na alocação de recursos, do planejamento governamental, no orçamento e, ainda, riscos para a alocação dos leitos de UTI. Considerando a necessidade de melhoria dos sistemas, o CNJ fixou novas diretrizes, com destaque para o Fórum Nacional de Saúde, criação de Nat-Jus e Enunciados, já numa perspectiva de evolução para a judicialização qualificada e desjudicialização. O Poder Judiciário, faz parte do problema e tem a tarefa da tomada de decisões equilibradas juntamente com o Ministério da Saúde, com a criação de um espaço comum para conversas dialógicas e adoção de soluções integrativas e medidas interinstitucionais, para uma modelagem mais útil, inteligente e eficaz.

Palavras-chaves: Judicialização da Saúde; Regulação; Direito à Saúde; SUS; Leitos de UTI; Efeitos Disruptivos.

Abstract

The objective of this dissertation is to describe the health regulatory system of SUS and ICU beds in the DF, as well as the judicialization of health to compare them. The regulatory system was analyzed from the historical context, the legal-normative structure with emphasis on relevant concepts. The Regulatory Health Complex of the Federal District received special treatment, as it is part of the regulation of access to care, as a fundamental element of efficient management in health care. Judicialization as an epidemiological phenomenon produces disruptive effects on the complex structure of regulation. There is interference in the allocation of resources, government planning, the budget, and also risks for the allocation of ICU beds. Considering the need to improve systems, the CNJ established new guidelines, with emphasis on the National Health Forum, creation of Nat-Jus and Statements, already in a perspective of evolution towards qualified judicialization and dejudicialization. The Judiciary is part of the problem and has the task of making balanced decisions together with the Ministry of Health, with the creation of a common space for dialogic conversations and the adoption of integrative solutions and inter-institutional measures, for a more useful, intelligent modeling it is efficient.

Keywords: Health Judicialization; Regulation; Right to Health; Health System; ICU beds; Disruptive Effects.

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa com as Regiões de Saúde do SUS.....	21
Figura 2	Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal, SES-DF, 2022.....	22
Figura 3	Hierarquização do SUS.....	22
Figura 4	Total de Leitos SUS e Não SUS no DF.....	33
Figura 5	Total de Leitos SUS por 100 mil habitantes no DF.....	33
Figura 6	Nº de Leitos - Pré-Pandemia (ano 2019).....	34
Figura 7	Nº de Leitos - Período Pandêmico (2020 – 2021).....	34
Figura 8	Nº de Leitos – Período Pós-Pandemia (2022 até fev. 2023).....	35
Figura 9	Lista de Espera por Leitos de UTI.....	36
Figura 10	Leitos Públicos de UTI – Gerais.	36
Figura 11	Painel de Custos – Leitos Internação UTI – Rede SES (dez. 2022 – UTI Adulto).....	38
Figura 12	Painel Custos Leitos Internação UTI–Rede Contratada (nov. 2022 – UTI Adulto).....	38
Figura 13	Tempo de permanência por tipo de hospital.....	44
Figura 14	Organograma da SES-DF (destaque para o CRDF do autor).....	48
Figura 15	Organograma do CRDF.....	49
Figura 16	Atribuições do CRDF e de suas CR, Distrito Federal, 2018.....	50
Figura 17	Centrais de Regulação do CRDF segundo responsabilidades e subordinação.....	51
Figura 18	Tela do TRAKCARE com destaque na opção “Mandado Judicial?”.....	52

Figura 19	Tela inicial do TRAKCARE para regulação de acesso a Leitos UTI – Rede SES.....	53
Figura 20	Prioridades Clínicas estabelecidas pela Portaria nº 200, de 06 ago. 2015.....	58
Figura 21	Principais assuntos das decisões em segunda instância.....	79
Figura 22	Índice de atendimento à demanda (UTI/UCI) – Justiça Estadual – Brasília.....	81
Figura 23	Taxa de Congestionamento (UTI/UCI) – Justiça Estadual – Brasília.....	82
Figura 24	Índice de atendimento à demanda (UTI/UCI) – Justiça Federal – Brasília.....	82
Figura 25	Taxa de Congestionamento (UTI/UCI) – Justiça Federal – Brasília.....	83
Figura 26	Custo da judicialização para o governo federal.....	84

Lista de Tabelas

Tabela 1	Leitos de Internação Hospitalar e Leitos Complementares de Internação, por Região de Saúde e URD, 3º Quadrimestre, SES-DF, 2022.....	40
Tabela 2	Demonstrativo da Execução Orçamentária, por Fonte de Recurso, até 3º Quadrimestre, SES-DF, 2022.....	41
Tabela 3	Frequência de benefícios adquiridos por ações judiciais em Brasília, Distrito Federal-DF e regiões administrativas, entre os anos de 2012 a 2015, por percentual e média. Frequência de benefícios adquiridos por ações judiciais em Brasília, Distrito Federal-DF e regiões administrativas, entre os anos de 2012 a 2015, por percentual e média.....	80

Lista de Siglas e Abreviaturas

<i>ABRAMEDE</i>	<i>Associação Brasileira de Medicina de Emergência</i>
<i>ACO</i>	<i>Ação Cível Originária</i>
<i>ADI</i>	<i>Ação Direta de Inconstitucionalidade</i>
<i>AIDS</i>	<i>Síndrome da Imunodeficiência Adquirida</i>
<i>AMIB</i>	<i>Associação dos Médicos Intensivistas do Brasil</i>
<i>ANS</i>	<i>Agência Nacional de Saúde Suplementar</i>
<i>ANVISA</i>	<i>Agência de Vigilância Sanitária</i>
<i>APS</i>	<i>Atenção Primária em Saúde</i>
<i>APURASUS</i>	<i>Apuração e Gestão de Custos do SUS</i>
<i>art.</i>	<i>artigo</i>
<i>CAMEDIS</i>	<i>Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde</i>
<i>CEJUSC</i>	<i>Centro Judiciário de Resolução de Conflitos</i>
<i>CEMAN</i>	<i>Central de Mandados</i>
<i>CEMAPAR</i>	<i>Centro de Medicamentos do Paraná</i>
<i>CERAC</i>	<i>Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade</i>
<i>CET</i>	<i>Central Estadual de Transplantes</i>
<i>CF/88</i>	<i>Constituição Federal de 1988</i>
<i>CFM</i>	<i>Conselho Federal de Medicina</i>
<i>CIB</i>	<i>Comissões Intergestores Bipartites</i>
<i>CIEGES</i>	<i>Centro de Inteligência Estratégica p/ Gestão Estadual da Saúde</i>
<i>CIR</i>	<i>Comissões Intergestores Regionais</i>
<i>CIT</i>	<i>Comissões Intergestores Tripartite</i>
<i>CITEC</i>	<i>Coordenação de Incorporação de Tecnologias</i>
<i>CNES</i>	<i>Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde</i>
<i>CNJ</i>	<i>Conselho Nacional de Justiça</i>
<i>CNRAC</i>	<i>Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/Custo</i>
<i>CNRS</i>	<i>Comissão Nacional da Reforma Sanitária</i>
<i>CNS</i>	<i>Conferência Nacional de Saúde</i>
<i>CONASEMS</i>	<i>Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde</i>
<i>CONASS</i>	<i>Conselho Nacional de Secretários de Saúde</i>
<i>CONITEC</i>	<i>Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias</i>
<i>COSEMS</i>	<i>Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde</i>

Lista de Siglas e Abreviaturas (continuação)

<i>COVID</i>	<i>Doença do Coronavírus</i>
<i>CPMF</i>	<i>Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira</i>
<i>CR</i>	<i>Centros de Regulação</i>
<i>CRDF</i>	<i>Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal</i>
<i>CRIH</i>	<i>Central de Regulação de Internação Hospitalar</i>
<i>CRLS</i>	<i>Câmara de Resolução de Litígios de Saúde</i>
<i>DataJud</i>	<i>Base Nacional de Dados do Poder Judiciário</i>
<i>DATASUS</i>	<i>Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde</i>
<i>DF</i>	<i>Distrito Federal</i>
<i>DGSP</i>	<i>Diretoria Geral da Saúde Pública</i>
<i>DIREG</i>	<i>Diretoria de Regulação</i>
<i>DPDF</i>	<i>Defensoria Pública do Distrito Federal</i>
<i>DRAC</i>	<i>Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas</i>
<i>DST</i>	<i>Doenças Sexualmente Transmissíveis</i>
<i>DUDH</i>	<i>Declaração Universal dos Direitos Humanos</i>
<i>EC</i>	<i>Emenda Constitucional</i>
<i>ECMO</i>	<i>Oxigenação por Membrana Extracorpórea</i>
<i>EDcl</i>	<i>Embargos de Declaração</i>
<i>FIOCRUZ</i>	<i>Fundação Instituto Oswaldo Cruz</i>
<i>GAB/SES</i>	<i>Gabinete da Secretaria de Estado de Saúde</i>
<i>GDF</i>	<i>Governo do Distrito Federal</i>
<i>GM</i>	<i>Gabinete do Ministro</i>
<i>GM/MS</i>	<i>Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde</i>
<i>HIV</i>	<i>Vírus da Imunodeficiência Humana</i>
<i>IAC</i>	<i>Incidente de Assunção de Competência</i>
<i>IAP</i>	<i>Institutos de Aposentadoria e Pensão</i>
<i>IBGE</i>	<i>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</i>
<i>ICU</i>	<i>Intensive Care Unit</i>
<i>IGESDF</i>	<i>Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal</i>
<i>INAMPS</i>	<i>Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social</i>
<i>INPS</i>	<i>Instituto Nacional de Previdência Social</i>
<i>INSPER</i>	<i>Instituto de Ensino e Pesquisa</i>

Lista de Siglas e Abreviaturas (continuação)

<i>JEF</i>	<i>Juizado Especial Federal</i>
<i>LDO</i>	<i>Lei de Diretrizes Orçamentárias</i>
<i>LOA</i>	<i>Lei Orçamentária Anual</i>
<i>MP</i>	<i>Ministério Público</i>
<i>MPAS</i>	<i>Ministério da Previdência e Assistência Social</i>
<i>MS</i>	<i>Ministério da Saúde</i>
<i>NAT</i>	<i>Núcleo de Apoio Técnico</i>
<i>NAT-Jus</i>	<i>Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário</i>
<i>NICE</i>	<i>Nacional Institute for Health Care Excellence</i>
<i>NIR</i>	<i>Núcleo Interno de Regulação</i>
<i>NOAS</i>	<i>Norma Operacional de Assistência à Saúde</i>
<i>NOB</i>	<i>Normas Operacionais Básicas</i>
<i>NUCJU</i>	<i>Núcleo Judiciário</i>
<i>OMS</i>	<i>Organização Mundial da Saúde</i>
<i>ONR</i>	<i>Opção por Não Ressuscitação</i>
<i>ONU</i>	<i>Organização das Nações Unidas</i>
<i>PCDT</i>	<i>Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas</i>
<i>PGDF</i>	<i>Procuradoria Geral do Distrito Federal</i>
<i>PGE</i>	<i>Procuradoria Geral do Estado</i>
<i>PND</i>	<i>Plano Nacional de Desenvolvimento</i>
<i>PNGC</i>	<i>Programa Nacional de Gestão de Custos</i>
<i>PNHOSP</i>	<i>Política Nacional de Atenção Hospitalar</i>
<i>PNR</i>	<i>Política Nacional de Regulação</i>
<i>PPA</i>	<i>Plano Plurianual</i>
<i>QALY</i>	<i>Quality-adjusted life year</i>
<i>RA</i>	<i>Regiões Administrativas</i>
<i>RDC</i>	<i>Resolução da Diretoria Colegiada</i>
<i>RDQA</i>	<i>Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior</i>
<i>RE</i>	<i>Recurso Extraordinário</i>
<i>REsp</i>	<i>Recurso Especial</i>
<i>RSB</i>	<i>Reforma Sanitária Brasileira</i>
<i>RUE</i>	<i>Rede de Atenção às Urgências</i>

Lista de Siglas e Abreviaturas (continuação)

<i>SAMU</i>	<i>Sistema de Atendimento Móvel de Urgência</i>
<i>SBP</i>	<i>Sociedade Brasileira de Pediatria</i>
<i>SESA</i>	<i>Secretaria de Estado da Saúde do Paraná</i>
<i>SES-DF</i>	<i>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal</i>
<i>SISLEITOS</i>	<i>Sistema de Gerenciamento de Leitos</i>
<i>SISREG</i>	<i>Sistema Nacional de Regulação</i>
<i>SJDF</i>	<i>Seção Judiciária do Distrito Federal</i>
<i>STA</i>	<i>Suspensão de Tutela Antecipada</i>
<i>STF</i>	<i>Supremo Tribunal Federal</i>
<i>STJ</i>	<i>Superior Tribunal de Justiça</i>
<i>SUDS</i>	<i>Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde</i>
<i>SUPRAC</i>	<i>Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle</i>
<i>SUS</i>	<i>Sistema Único de Saúde</i>
<i>TCDF</i>	<i>Tribunal de Contas do Distrito Federal</i>
<i>TJDFT</i>	<i>Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios</i>
<i>TJRJ</i>	<i>Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro</i>
<i>TRF4</i>	<i>Tribunal Regional Federal da 4ª Região</i>
<i>UCI</i>	<i>Unidade de Cuidados Intermediários</i>
<i>UCIN</i>	<i>Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal</i>
<i>UPA</i>	<i>Unidade de Pronto Atendimento</i>
<i>URD</i>	<i>Unidade de Referência Distrital</i>
<i>UTI</i>	<i>Unidade de Terapia Intensiva</i>
<i>UTI-A</i>	<i>Unidade de Terapia Intensiva - Adulto</i>
<i>UTI-N</i>	<i>Unidade de Terapia Intensiva – Neonatal</i>
<i>UTI-P</i>	<i>Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica</i>
<i>UTIPm</i>	<i>Unidade de Terapia Intensiva – Pediátrica Mista</i>
<i>WHO</i>	<i>World Health Organization</i>

1 INTRODUÇÃO

Médicos de toga! Ou juízes de jaleco? Assim tem sido a realidade dos serviços de saúde e do poder judiciário no Brasil.

O direito à saúde há muito tempo está na fila de espera ou na UTI, não obstante o revolucionário Sistema Único de Saúde - SUS criado com a Constituição de 1988 que no caput do art. 6º, erigiu a saúde ao patamar de direito social fundamental e, no art. 196, por sua vez, instituiu que o acesso à saúde deverá ser garantido de forma universal e igualitária às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Apesar de ter ocorrido a universalização dos direitos sociais no Brasil, ainda que se compare com países de tendência capitalista mais modernos, há um notório descompasso entre a norma e a efetiva prestação dos serviços de saúde, notadamente no SUS.

Ora, se antes do período pandêmico a saúde pública já era considerada um dos maiores problemas sociais do país¹ não é difícil perceber o agravamento da situação sanitária global sobretudo quanto à escassez e às dificuldades de acesso aos leitos de UTI durante a catástrofe da COVID 19 no Brasil² e no mundo³.

Fato é que as pessoas morreram na fila à espera de um leito de UTI no período da pandemia. Houve um colapso sanitário e hospitalar dos sistemas de saúde do Brasil⁴ e globalmente. Após o fim da crise sanitária da COVID 19, que ainda gera efeitos impactantes no sistema de saúde, apesar do aumento do número de leitos⁵, não houve a almejada normalização dos serviços de acordo com as necessidades da população.

¹ CNI-IBOPE. **Retratos da Sociedade Brasileira: Problemas e Prioridades do Brasil para 2014**, realizada em fevereiro de 2014, previamente, portanto, às eleições gerais daquele ano, identificou que 58% da população brasileira considera a saúde como principal problema nacional e 49% dos brasileiros espera atuação do Governo Federal para melhoria dos serviços de saúde. O maior índice veio do Distrito Federal, onde 72% dos cidadãos ouvidos apontaram a saúde como um dos principais problemas.

² No Brasil, de acordo com a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 e a Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022, o Ministério da Saúde respectivamente iniciou e findou o período pandêmico da COVID-19 no país.

³ A OMS anunciou oficialmente que a COVID-19 estava caracterizada como uma pandemia no dia 11 de março de 2020 e declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19 em 05 maio de 2023 (<https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>).

⁴ Portal. fiocruz.br.noticias. Observatório Covid 19 aponta maior colapso sanitário e hospitalar da história do Brasil. 17 mar.2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-aponta-maior-colapso-sanitario-e-hospitalar-da-historia-do-brasil>.

⁵ Ministério da saúde amplia número de leitos em todo o Brasil, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/ministerio-da-saude-amplia-numero-de-leitos-de-uti-em-todo-o-brasil>.

Ainda não se sabe se houve efetiva melhora ou piora nos sistemas de saúde global, mas é certo que haverá uma reformulação nas políticas públicas, pois é nítida a mudança das condições socioeconômicas e de saúde.

Ocorre que se verifica, na prática, um grau reduzido de efetivação de direitos fundamentais⁶ que se contrapõem de forma incongruente ao rol de direitos formalmente estabelecidos, ainda que a saúde e os direitos sociais daí advindos tenham recebido destaque no texto constitucional, no art. 196 e referido, por diversas vezes, ao longo do texto constitucional.

O SUS contempla, estruturalmente, ações de prevenção de doenças e riscos, promoção, proteção, atenção, recuperação e a reabilitação da saúde da população em geral, de forma individualizada ou em grupo.

Por sua vez, a Lei nº 8.080/90, reafirma em seu capítulo II, art.7º, as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde de universalização com equidade no atendimento, descentralização, regionalização e hierarquização. Esta Lei foi criada para regulamentar o Sistema único de Saúde SUS, como política nacional de saúde, demarcando a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Auditoria, como mecanismo de regulação e controle técnico e financeiro do SUS, bem como das ações e serviços de saúde em todo território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e Distrito Federal (BRASIL, 1990).

O SUS pode ser didaticamente visualizado sob a ótica da infraestrutura, organização, financiamento, prestação de serviços, cobertura, relações público-privado, destacando-se, ainda, as práticas de saúde, perfil epidemiológico, vigilância em saúde, saúde bucal, saúde mental e participação social.

Note-se que a regulação no setor saúde tem por finalidade contribuir para a produção de ações de saúde e, como objeto: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais dentre outros); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao setor saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde.

⁶ Nesse sentido, Cf. SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10. Ed. Porto Alegre; Livraria do Advogado, 2010, passim, ver, também NOVAIS, Jorge Reis. **Direitos Sociais**: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direito fundamentais. Coimbra: Coimbra, 2010, passim.

Portanto, está-se diante de um desafio acerca da compreensão da multiplicidade de cenários, sujeitos, ações e interesses, e implementar estratégias de regulação centradas no usuário, isto é, que o priorizem, garantindo-lhe os direitos constitucionais tratados no capítulo referente à saúde na CF/88.

No direito os variados conceitos de regulação são desconectados de uma ideia única, mas se afinam à ideia de restrição e disciplina de comportamentos, estabelecimento de normas de conduta e criação de instrumentos de coação para o fiel e efetivo cumprimento das regras. Vale dizer, exprime a ideia de vigilância de condutas, regularidade e de regulamentação.

Aqui cabe citar a Portaria GM/MS nº 1.559, publicada em 1º de agosto de 2008, revogada por consolidação e que, atualmente, integra o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, a qual instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, planejada com o fim de servir, às três esferas de gestão do SUS, como instrumento hábil para favorecer a execução das ações sanitárias sob a responsabilidade dos entes federativos, em conformidade com as regras e diretrizes dispostas na Constituição Federal e demais normas infralegais, em especial a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, nominada, popularmente, como sendo “A lei do SUS” (BRASIL, 1990).

Por outro lado, a regulação estatal foi ampliada aos poucos e compreende funções discricionárias, normativas, sancionatórias, de gestão, de ordenamento e tem por fundamento critérios multidisciplinares e técnicos, em geral executados pelas denominadas agências reguladoras.

No SUS, verifica-se também a atuação expressa de agências reguladoras, como é o caso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) com suas gerências de processos regulatórios, impacto regulatório e inteligência regulatória⁷ e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Além da complexidade da infraestrutura do sistema de saúde brasileiro e do sistema jurídico-normativo, cabe um olhar crítico sob o enfoque da teoria das regulações, com a descrição de aspectos da saúde pública que se amoldam à estratégia regulatória do comando e controle, onde a prática tem demonstrado que não raro pode haver falha na entrega dos resultados esperados.

⁷ Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 165, de 14 de julho de 2017, art.4, § 7, I, a, b e c, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/rdc0165_14_07_2017.pdf.⁸ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

Assim, faz-se necessário uma junção entre a regulação dos serviços de saúde e os fluxos de acesso da população com base numa política pública eficaz que propicie o exercício do direito à saúde.

Ao se analisar os problemas do SUS que conta com 33 anos de existência⁸ e deve garantir acesso integral, universal e gratuito à saúde para os seus usuários (mais de 214 milhões de pessoas)⁹ deve se observar os principais desafios (gestão pouco eficiente, verba escassa, longas fila de espera, superlotação de hospitais, falta de leitos, despreparo dos profissionais, número de profissionais reduzido) e soluções (aprimoramento, qualificação dos profissionais, redefinição dos fluxos de atendimento, investimento em medicina preventiva, uso de tecnologia-inovação e telessaúde, diminuição de gargalos na assistência), considerando indicadores negativos e positivos.

Em meio a esse cenário, o exercício do direito fundamental à saúde trilha também o caminho da judicialização, em casos de conflitos.

Nesse cenário, a escolha do tema se deu não só pela complexidade do problema mas também em razão da experiência profissional da autora que por mais de 10 (dez) anos, atuou como servidora pública (analista judiciária), na Justiça Federal de 1ª instância da seção judiciária do Distrito Federal, sendo marcante a gestão da Coordenação da Central de Mandados (CEMAN) e da Direção do Núcleo Judiciário (NUCJU) onde se concentravam as maiores crises em relação ao cumprimento de decisões judiciais envolvendo a área de saúde em relação aos leitos de UTI, dentre os quais, tempo exíguo para cumprimento, pacientes no limite entre a vida e a morte, transferências de leitos, inserção nas filas de regulação, ordens de prisão e fluxos organizacionais para garantia da eficácia da decisão.

O dia a dia sempre exigiu habilidades e especialização na seara processual, extraprocessual, administrativa e interação com todos os atores do sistema de justiça e algumas vezes na área de saúde.

As questões eram urgentes. Do ponto de vista humano, ao se tratar de decisões que tinham por objeto demandas de UTI, lidávamos com o dilema entre o direito de viver ou morrer (dignamente) ainda que se tratasse de uma escolha trágica. Isso tudo, sem considerar as

⁸ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

⁹ Dados do IBGE – Censo Demográfico.

urgências processuais de tutelas e liminares para evitar o perecimento de direito ainda que tal evento fosse provocado por advogados ou representantes das partes.

A SJDF conta hoje com 02 (duas) varas especializadas em saúde pública: 21ª Vara da SJDF e a 3ª Vara da SJDF, bem como com a criação do Juizado Especial Federal (JEF) adjunto¹⁰. Por sua vez, o TJDF possui 08 (oito) Varas da Fazenda Pública e 03 (três) Varas nos Juizados Especiais da Fazenda Pública.

Ora, a inevitável morte, apesar de ocorrer dentro de uma UTI, tem seus protocolos e merece estudos para ser digna ou evitada. Em tempos atuais, se espera que a população tenha acesso integral e de qualidade à saúde onde se inclui leitos de UTI e, em caso de necessidade, ao acionar o Poder Judiciário, se obtenha uma decisão judicial que prolongue somente a vida do postulante, mas não interfira em vidas alheias, sem mudar a organização e gestão do sistema hospitalar.

Não se pode preterir um paciente em detrimento de outro para dar cumprimento a uma decisão judicial de transferência de leito de UTI, dentro do mesmo sistema hospitalar ou em unidades distintas da federação, nem mesmo incluir uma pessoa numa fila de regulação com alteração da ordem ou criar uma fila exclusiva, sob pena de abalo da estrutura regulatória.

O sistema de saúde precisa ser conhecido e compreendido antes de ser impactado por uma deliberação judicial, com toda a sua especificidade. Alguns comandos decisórios sem o conhecimento da estrutura regulatória de saúde ou de seu financiamento expõem os próprios usuários do sistema.

Assim, o estudo se propõe à análise do estado da arte entre a estrutura regulatória do SUS relativa aos leitos de UTI e os efeitos disruptivos provocados pela judicialização da saúde, tendo por ancoragem teórica a teoria processual administrativa da regulação e a abordagem regulatória do comando e controle.

Ademais, não se pode deixar de indagar quais seriam as relações alocativas envolvidas, quer em relação aos leitos, aos custos, financiamento e orçamento.

A organização da regulação assistencial é outro fator marcante e segue regras específicas sobre os fluxos, organização e serviços ofertados. A demanda por leitos de UTI só cresce e não contempla a população na sua integralidade fazendo com que o Poder Judiciário

¹⁰ Resolução PRESI 12, de 3 de maio de 2017. Disponível em: https://portal.trf1.jus.br/dspace/bitstream/123/140277/5/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20Presi%2012_2017.pdf.

interfira na gestão e decida pelo gestor nem sempre de forma adequada. Do ponto de vista legal e normativo, há um arranjo sistêmico envolvido e os limites de atuação que nem sempre é seguido nas decisões judiciais, apesar da qualificação dos magistrados proposta pelo Fórum Nacional de Justiça e CNJ.

A pesquisa em pauta construiu-se a partir da estrutura legal e normativa do SUS e leitos de UTI no DF, com base em conceitos legais e seus princípios norteadores.

A importância da pesquisa está no aperfeiçoamento da modelagem regulatória do SUS a partir de mudança de entendimento do Poder Judiciário, diminuindo a judicialização ou a tornando mais eficaz.

Ainda na primeira parte da pesquisa que se refere à estrutura regulatória, foi dado um destaque à teoria processual administrativa regulatória e do comando e controle, com sua repercussão na saúde pública.

Já na parte da judicialização, foram explorados alguns princípios e diretrizes constitucionais a partir da jurisprudência constitucional acerca do direito à saúde, precedentes, temas de Repercussão Geral e outros julgados do STJ.

O trabalho de pesquisa foi confeccionado considerando a metodologia qualitativa de análise de informações, a partir de jurisprudência, bem como fontes doutrinárias e normativas nacionais.

Quanto à problemática de pesquisa, na regulação em saúde há que se ter em foco que a sua complexidade estrutural tem grande relevância na oferta de serviços de saúde, em destaque a internação de leitos de UTI, sempre escassos, mas que geralmente tem o acesso agravado pela falta de priorização ou critérios inadequados de alocação ou de recursos insuficientes.

A regulação assistencial, em que está inserida a regulação de UTI faz a intermediação da oferta e da procura de serviços via Central de Regulação.

Por outro lado, diante da constante necessidade da população por leitos de UTI e outras prestações de saúde, houve aumento substancial da judicialização nos últimos anos e mesmo após a os avanços do STF e do CNJ quanto à qualificação do assunto para fins de diminuição dos processos e ações de saúde, o número continua expressivo.

Assim, há que pensar em soluções dialógicas e integrativas entre a regulação e a judicialização, dando espaço aos envolvidos para efetivação de medidas eficientes.

O trabalho tem por objetivo geral: descrever os sistemas regulatórios do SUS, dos leitos de UTI e da Judicialização da saúde em perspectiva comparada segundo parâmetros teóricos regulatórios processuais e de comando e controle.

Já os objetivos específicos são: 1) comparar os modelos, 2) identificar os efeitos disruptivos da judicialização da saúde na modelagem regulatória do SUS e 3) identificar as contribuições dos resultados.

Uma vez verificados os objetivos estabelecidos, a sequência de seus resultados, com a adequada correlação entre eles, permitirá observar se houve a comprovação da seguinte hipótese: qual o nível dos efeitos disruptivos da judicialização na modelagem regulatória do SUS.

Desta forma, há que se destacar, para melhor visualização do trabalho a estrutura dos capítulos e algumas delimitações.

O trabalho será dividido em três partes, com conclusões parciais ao final de cada capítulo.

Os dois primeiros capítulos se referem ao núcleo da pesquisa: regulação *versus* judicialização e suas respectivas nuances e interface (desdobramentos). O último capítulo encerra os dois capítulos anteriores e propõe uma reflexão, com perspectivas.

Numa análise global serão explorados conceitos legais e doutrinários essenciais sobre os temas centrais de regulação e judicialização, tais como: saúde, regulação da saúde, leitos de UTI, central de regulação de leitos, critérios de escolha, *guidelines*, desjudicialização e a judicialização, com seus avanços.

A primeira parte trata do sistema brasileiro da saúde pública e dos leitos de UTI, com a exposição da estrutura jurídico-normativo geral do SUS¹¹ e do Distrito Federal, incluindo a CRDF¹².

Aqui cabe um primeiro recorte de pesquisa, que concentra a abordagem legal e doutrinária para verificação da modelagem regulatória adotada pelo SUS diante da complexidade de sua estrutura. Serão expostas as teorias jurídicas da regulação pertinentes à saúde pública. Excluem-se do estudo, ainda, a saúde privada e suplementar.

¹¹ De um total de 20.000 portarias encontradas apenas na definição de Portarias GM/MS, após uma sistemática leitura e separação das normas, chegou-se a um universo de 750 portarias normativas, entre políticas, redes, sistemas, estrutura e financiamento do SUS. Conforme **IORIO e DELDUQUE**, 2017, p. 44. Disponível em: https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_25.pdf.

¹² O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal será explorado em capítulo específico neste trabalho.

Noutro passo, o Complexo Regulador em Saúde do DF¹³ foi melhor detalhado para ilustrar parte essencial da regulação do acesso à assistência, como elemento fundamental para a gestão pública e garantia da equidade e integralidade no atendimento à saúde.

A segunda parte aborda o fenômeno “epidemiológico” da judicialização e seus efeitos “disruptivos” sobre a modelagem regulatória de saúde pública.

Apesar da notória complexidade da estrutura da saúde pública o direito à saúde, como direito social fundamental, não raro carece de efetividade imediata sendo imprescindível acionar o Poder Judiciário¹⁴ para o seu exercício¹⁵. Ainda que se fale que, do ponto de vista normativo, o Brasil seja considerado um dos países mais avançados do mundo em matéria de saúde, diante das falhas do sistema, se estabelece o paradoxo de que executa menos do que se espera.

O Estado brasileiro enfrenta desafios e obstáculos para instituir e assegurar as políticas públicas de acesso universal e o atendimento integral à saúde o que obriga a população à obtenção de apoio junto ao Poder Judiciário.

Assim, o direito ao acesso à saúde já é tema recorrente em casos da Justiça e o aumento exponencial das demandas¹⁶ demonstrou um dilema para o Judiciário: como tomar decisões que, de fato, vão atender os pacientes, sem desequilibrar o sistema de saúde.

São questões que afligem o Judiciário, embora não sejam perguntas de pesquisa deste estudo: a) a judicialização interfere na administração dos recursos de saúde, com impacto no planejamento das três esferas de governo: municipal, estadual e federal?; b) devem ser

¹³ O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal será explorado em capítulo específico neste trabalho.

¹⁴ Conforme o Relatório Analítico Propositivo “Judicialização da saúde no Brasil: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução” do CNJ, entre 2008 e 2017 houve um crescimento de 130% das demandas de direito sanitário em 1ª instância (BRASIL, CNJ, 2019, p. 13). Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>.

¹⁵ A título de ilustração, vale dizer que a gestão federal do SUS indica aumento de 500% entre 2010 e 2014 nas despesas do Ministério da Saúde com ações judiciais para aquisição de medicamentos, equipamentos, insumos, realização de cirurgias e depósitos judiciais. Em 2010, o valor consumido teria sido de R\$ 139,6 milhões, enquanto, em 2014, o gasto teria chegado a R\$ 838,4 milhões. Em todo o período de 2010 a 2014, a soma ultrapassaria R\$ 2,1 bilhões¹⁸. Em estudo técnico publicado em 16 de agosto de 2017, o Tribunal de Contas da União corrobora tais dados e aponta “gastos crescentes, que saltaram de R\$ 70 milhões em 2008 para R\$ 1bilhão em 2015.

¹⁶ Atualmente, são mais de dois milhões de ações sobre saúde, de acordo com dados recentes do Relatório Justiça em Números, do CNJ. A maioria envolve pedidos de acesso a procedimentos e medicamentos, muitos deles previstos na lista do Sistema Único de Saúde (SUS), mas negligenciados pelo Estado. E outros que nem sempre são cobertos pelo poder público ou mesmo pelos planos de saúde: são, por exemplo, os medicamentos em fase experimental.

considerados os impactos orçamentários, com (ou sem) análise de custo-efetividade? Alteram-se as escolhas alocativas?

A resposta não é exata, mas nos alerta quanto aos aspectos mínimos a serem considerados. O sistema foi estruturado e planejado, segundo metas e valores para cobrir demandas. A judicialização da saúde pode fazer bem ou mal à própria saúde, com variados aspectos positivos e negativos.

No intuito de melhoria do sistema de justiça da saúde, o CNJ tem atuado de maneira extraordinária na fixação de novas diretrizes de aperfeiçoamento, merecendo destaque o Fórum Nacional de Saúde¹⁷ que caminha para a judicialização qualificada em saúde e, noutra fase, para a desjudicialização.

Nesse capítulo, serão utilizados alguns dados contidos em relatórios do CNJ acerca de demandas judiciais em saúde para a contribuição ao aspecto empírico da pesquisa.

Mesmo diante de instigantes questões da judicialização da saúde, no cenário atual, deve se destacar que o Poder Judiciário pode estimular uma modelagem mais avançada que propicie ao SUS a solução dos problemas, sem desestruturação ou bloqueio de suas atividades, pois ambos precisam se beneficiar.

Esse ambiente de diálogo permanente precisa ser pensado, para que os atores conversem e façam com que os entendimentos aconteçam, numa ótica regulatória. Deve haver sinergia para que se evitem regulações distintas, a fim de beneficiar o usuário do sistema. O poder judiciário tem um papel importantíssimo.

O juiz parece estar substituindo a decisão do regulador e, nas demandas de saúde, é um regulador substituto, paralelo. Esse papel distinto precisa ser encaixado dentro de uma modelagem regulatória, a fim de se preservar um direito fundamental na sua máxima potencialidade.

¹⁷ Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010 (CNJ). Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_107_06042010_11102012191858.pdf.

Saúde pode significar que as pessoas tenham algo além de simplesmente não estar doente. Que tenham direito à casa, ao trabalho, a um salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, a ter informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo.

(Sérgio Arouca)

2 ESTRUTURA REGULATÓRIA DO SUS E DOS LEITOS DE UTI NO DISTRITO FEDERAL

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E DEFINIÇÃO DE SAÚDE

O contexto da saúde transita, a princípio, pela sua definição, que sofreu modificação ao longo do tempo. O alcance de um conceito universal de saúde se mostrou adequado em 1946, no cenário internacional, diante da criação da Organização das Nações Unidas - ONU¹⁸ e da Organização Mundial da Saúde - OMS¹⁹, quando o termo teve o seu significado ampliado e modificado.

Consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948²⁰, no artigo XXV, que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.

Já a Organização Mundial da Saúde – OMS define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Vale ressaltar que foram proclamados outros documentos universais de direitos fundamentais:

O fim da II Guerra mundial, em 1945, e a eclosão de reações à realidade nos anos precedentes (FERNANDES, 2018, p. 70) ensejaram uma nova compreensão dos direitos fundamentais – a ser oportunamente abordada – e a abertura dos países ao Direito Internacional (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p.76), o que restou consolidado em diversos documentos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH, de 1948; o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - PIDESC²¹, de 1966; a Convenção Americana dos Direitos Humanos²², conhecida como Pacto de São José da Costa Rica, em 1969, bem como seu Protocolo

¹⁸ Criação da ONU, 24 de outubro de 1945 (disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91220-carta-das-na%C3%A7%C3%B5es-unidas>).

¹⁹ Criação da OMS, 7 de abril de 1948 (disponível em: <https://www.who.int/pt/about>).

²⁰ DUDH, de 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese>.

²¹ Internalizado pelo Decreto-legislativo nº 226, de 12 de dezembro de 1991, e promulgado pelo Decreto nº 591, de 06 julho de 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm.

²² Internalizada pelo Decreto-legislativo nº 27, de 26 de maio de 1992, e promulgado pelo Decreto nº 678, de 06 de novembro de 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm.

Adicional, o Protocolo de São Salvador²³; e a Declaração de Alma-Ata²⁴, em 1978 (SARLET; FIGUEIREDO, 2013, p.76) e (DUARTE, 2020, p. 46).

A saúde pode ter seu conceito discutido sob vários enfoques. Para fins do presente trabalho, pretende-se direcionar o olhar para a base constitucional e normativa brasileira.

O conceito de saúde adotado pelo Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 é o da OMS. Sob o prisma constitucional, o Direito à Saúde também se caracteriza como um Direito Social²⁵ Fundamental²⁶, como previsto nos artigos. 6º e 5º, XXXV, da Carta Magna. Os direitos sociais caracterizam-se por serem direitos a prestações materiais (direitos a prestação em sentido estrito)²⁷.

O Supremo Tribunal Federal já exarou posição paradigmática no sentido de que “o direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida”²⁸.

Vale mencionar que o texto constitucional brasileiro traz outros elementos conceituais do direito à saúde. Conforme Carvalho (2008, p.11):

O direito à saúde, de que trata o texto constitucional brasileiro, implica não apenas no oferecimento de medicina curativa, mas também na medicina preventiva, dependente, por sua vez, de uma política social e econômica adequadas. Assim, o direito à saúde física e mental, iniciando pela medicina preventiva e educando a população, higiene, saneamento básico, condições dignas de moradia, trabalho, lazer, alimentação saudável na qualidade necessária, campanha de vacinação entre outros.

²³ Internalizado pelo Decreto-legislativo nº 56, de 19 de abril de 1995, e promulgado pelo Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3321.htm.

²⁴ Documento que sintetizou a Conferência de Alma-Ata.

²⁵ O Direito à saúde pode ser considerado como constituindo simultaneamente direito de defesa, no sentido de impedir ingerências indevidas por parte do Estado e terceiros na saúde do titular, bem como – e esta a dimensão mais problemática – impondo ao Estado a realização de políticas públicas que busquem a efetivação deste direito para a população, tornando, para além disso, o particular credor da prestações materiais que dizem com a saúde, tais como atendimento médico e hospitalar, fornecimento de medicamentos, realização de exames de mais variada natureza, enfim, toda e qualquer prestação indispensável para a realização concreta deste direito à saúde. SARLET, Ingo W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde Constituição de 1988. **Revista Diálogo Público**. v. 10, 2002, p. 8.

²⁶ São aqueles direitos previstos no art. 6º da Constituição e tem em comum exigirem do Estado uma atuação positiva na implementação com objetivo de assegurar a igualdade social.

²⁷ GONET, Paulo Gustavo. Op. cit. p.384.

²⁸ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 271.286/RS**, de relatoria do Ministro Celso de Mello. Diário da Justiça Eletrônico, 12 set. 2000. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>.

É de fundamental importância realçar que o direito à saúde exige o desenvolvimento de inúmeras políticas públicas para que seja efetivamente desfrutado pela população, como se extrai da redação do art. 196, da Constituição Federal, a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”. Assim, trata-se um direito público subjetivo resguardado constitucionalmente, devendo ser formulado e implementado pelo poder público, por meio de políticas públicas sociais e econômicas para garantir o acesso universal à assistência médico-hospitalar (BRASIL, 1988).

Ao longo do texto constitucional há diversos destaques para a saúde, que vai da seguridade social - saúde, previdência social e assistência social até família, criança, adolescente, jovem e idoso, nos artigos 194 a 227.

Consoante o artigo 23, II, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possuem competência comum para cuidar da saúde. Nos termos do artigo 24, XII, a União, os Estados e o Distrito Federal possuem competência concorrente para legislar sobre a defesa da saúde. Já o artigo 30, VII, confere aos Municípios a competência para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (BRASIL, 1988).

Pela peculiar condição do Distrito Federal, o direito de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde também está previsto na Lei Orgânica do Distrito Federal, com destaque aos artigos 204²⁹ e 205³⁰ (DISTRITO FEDERAL, 1993).

Destacou-se, ainda, nos termos do art. 167, IV da CF/88 (por força da EC nº 29/00), que a vinculação de receitas de impostos não se aplica à destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde.

²⁹ Art. 204. A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem: I - ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, a redução do risco de doenças e outros agravos; II - ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

³⁰ 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; II - descentralização administrativo-financeira dos serviços de saúde para as regiões administrativas; III - participação da comunidade; IV - direito do indivíduo à informação sobre sua saúde e a da coletividade, as formas de tratamento, os riscos a que está exposto e os métodos de controle existentes; V - gratuidade da assistência à saúde no âmbito do SUS; VI - integração dos serviços que executem ações preventivas e curativas adequadas às realidades epidemiológicas.

O artigo 197 reconheceu que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por intermédio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

O art. 198 formulou a estrutura geral do sistema único de saúde, considerando-o uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; c) participação da comunidade. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (§1º), ficando previstos recursos mínimos a serem aplicados, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde (§2º) (BRASIL, 1988).

Pela dicção do art. 199, foi facultada à iniciativa privada a assistência à saúde, podendo as instituições privadas 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 (§1º), vedando a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (§2º), bem como a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (§3º) (BRASIL, 1988).

No artigo 200, foram enumeradas as atribuições do sistema único de saúde, a saber: I) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Por fim, o art. 208, VII, incluiu a assistência à saúde entre os programas destinados para suplementar a educação em todas as etapas da educação básica. No artigo 220, §3º, II, há a previsão da possibilidade de, por meio de lei federal, haver restrição da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente. O art. 227 determinou que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à saúde (BRASIL, 1988).

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista social no Brasil, desde a sua inserção no texto constitucional, mas cuja execução depende de políticas públicas, nos termos do art. 196 da CF/88.

Consagrou-se o direito à saúde para todos os cidadãos, com garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Contém uma base principiológica fundamental inserida na CF/88: universalidade (art. 194, I e art. 196, *caput*), igualdade (art. 196, *caput*), integralidade (art. 198, II), gratuidade (art. 196), descentralização (art. 198, D), regionalização e hierarquização (art. 198, *caput*) e participação da comunidade (art. 198, III) e equidade, que decorre da igualdade.

A política pública de saúde passou a ser guiada pelos princípios e diretrizes constitucionais, que vieram a ser regulamentadas pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

2.2.1 Contextualização Histórica e definição do SUS

Faz-se necessário situar o tema numa perspectiva histórica, uma vez que há registros de que o Sistema Único de Saúde - SUS surgiu com a Constituição Federal de 1988.

No Brasil Imperial o foco de saúde era eminentemente sanitário, ainda que incipiente, com controle de portos e epidemias (criação das juntas e central de higiene pública).

Já no Brasil Colônia, em razão de práticas capitalistas e do escravagismo, o cenário foi mais incisivo no controle de epidemias e pestilências dando início a campanhas sanitárias, o que significou o início da saúde pública.

Em 1897, emergiu um olhar coletivo sobre a saúde com a instituição da Diretoria Geral da Saúde Pública (DGSP)³¹, sendo posteriormente estabelecidas reformas das suas competências em 1907 por Oswaldo Cruz (PAIM, 2015).

Como aponta Paim (2019), a partir da década de 1930, as caixas de aposentadoria foram progressivamente substituídas por Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), as quais forneciam assistência médica complementar, sendo notória a divisão entre a saúde pública e a assistência médica. Em 1953, o Ministério da Saúde³² foi criado para coordenar campanhas de saúde pública. Durante o regime militar (1964-1985), concentrou-se atenção na privatização e centralização da saúde, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS³³) e a expansão da área médica empresarial.

Sustenta Paim (2019) que foi elaborado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND³⁴) e criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS³⁵, tendo por destaque programas especiais e a vigilância epidemiológica. Foi promulgada a Lei nº 6.229/75 que dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

Paim (2019) afirma que após o Regime Militar, houve movimentos significativos em direção à democratização da saúde, resultando na Reforma Sanitária Brasileira (RSB)³⁶. Durante o período da redemocratização do Brasil (1985-1988), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)³⁷ continuou a financiar os estados e municípios, especialmente por meio da implementação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). A extinção do INAMPS³⁸ ocorreu em 1993.

³¹ A DGSP foi criada pelo Decreto nº 2449, de 1º de fevereiro de 1897, e regulamentada pelo decreto nº 2.458, de 10 de fevereiro de 1897.

³² Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, que desdobrou o Ministério da Educação e Saúde em dois Ministérios: Saúde e Educação/Cultura. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm.

³³ Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/De10072.htm.

³⁴ O II Plano Nacional de Desenvolvimento foi lançado em 1974 pelo Governo Geisel, de acordo com https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=3297&catid=2#:~:text=motores%20do%20crescimento,-,O%20II%20PND%20priorizava%20o%20aumento%20da%20capacidade%20energ%C3%A9tica%20e,plano%20econ%C3%B4mico%20do%20ciclo%20desenvolvimentista.

³⁵ Criado pela Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6036.htm.

³⁶ Conforme Portal Educação, acessado em <https://blog.portaleducacao.com.br/reforma-sanitaria-brasileira-entenda-sobre-oassunto/#:~:text=O%20Movimento%20da%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria%20no%20Brasil%20ocorreu%20no%20final,bens%20e%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde>.

³⁷ Lei 6.439, de 1º de setembro de 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm.

³⁸ Lei 8.689, de 27 de julho de 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm.

As Conferências Nacionais de Saúde ampliaram o espaço e participação da sociedade civil na construção do SUS, com articulação social de variados segmentos municipais, estaduais e nacional para elaboração de diretrizes e propostas de políticas públicas.

Ao todo já ocorreram dezessete Conferências Nacionais de Saúde. Cada conferência teve seu grau de relevância na progressiva institucionalização do SUS, tendo ocorrido a 1ª CNS em 1941, com o foco na situação sanitária e assistencial dos estados e a mais recente 17ª CNS em 2023, para a defesa do SUS, vida e democracia.

Paim (2019) recorda que a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 também desempenhou um papel importante na construção do Sistema Único de Saúde (SUS)³⁹, caracterizando-se por sua ampla participação popular e exercício democrático. O relatório final da 8ª CNS registra que a etapa nacional foi precedida de “pré-conferências” municipais e estaduais e reuniu, em Brasília aproximadamente 4 mil pessoas e mais de mil delegados. A Conferência significou um projeto para o SUS com uma visão além de uma reforma institucional, administrativa e financeira, propondo maior abrangência do direito à saúde.

Eis o enunciado contido no Relatório Final:

1 - Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986: p.4, item 1).

Após a marcante Conferência, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) foi instalada, produzindo estudos e documentos para a implantação do SUS.

Algumas medidas importantes possibilitaram a estruturação do SUS, tais como a construção do arcabouço jurídico-normativo do SUS, a descentralização da saúde, e a formalização do SUS. Com a inserção do capítulo: “saúde” na Constituição Federal de 1988 sobrevieram as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, além de normas operacionais, decretos, portarias e resoluções.

³⁹ Conforme Portal do Conselho Nacional de Saúde em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>.

Note-se que a partir da Lei nº 8.142/90 se estabeleceu uma periodicidade de 04 (quatro) anos para a realização das Conferências de Saúde que foram iniciadas por força da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937.

Paim (2019) afirma que outros eventos se destacam pelo impacto na organização e financiamento da saúde, tais como, a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, que tratou da municipalização⁴⁰ e a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)⁴¹ foi criada em 1996. Por fim, ocorreram a 10ª e a 11ª Conferências Nacionais de Saúde, garantindo a participação social na avaliação e no estabelecimento de diretrizes para o SUS, tendo a última trado de financiamento de atenção à saúde.

Acrescenta Paim (2019) que, em 1998, foram regulamentados os planos de saúde privados⁴² e criadas agências reguladoras como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁴³, em 1999 e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁴⁴, em 2000. Destaque-se a EC nº 29/00 acerca do financiamento do SUS, definindo as responsabilidades dos entes federativos. Noutro período governamental, foi extinta a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que limitou a arrecadação do SUS.

Diversos outros programas foram implementados, mas na atualidade após a crise aguda da pandemia se discute a “eficiência” do gasto público em saúde. Embora a pesquisa não se dirija focalmente a essa temática, há pertinência da discussão para o futuro, a título de reflexão.

2.2.2 Aspectos jurídico-normativos do SUS e suas repercussões

A Lei nº 8.080/90⁴⁵, alterada pelas Leis nº 9.836/99, nº 10.424/02, nº 11.108/05 e nº 12.401/11 e pela Lei Complementar nº 141/12, chamada de Lei Orgânica da Saúde, trata de aspectos que dispõe sobre as condições, a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

⁴⁰ Conforme Portal do Conselho Nacional de Saúde em: <https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2350-9-conferencia-nacional-de-saude-1992>.

⁴¹ Criação da CPMF disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/106622-saiba-como-foi-a-historia-de-criacao-da-cpmf/>.

⁴² Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm.

⁴³ Criação da ANVISA (Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999), disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/orgaos/agencia-nacional-de-vigilancia-sanitaria>.

⁴⁴ Criação da ANS (instituída a partir da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000). Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico>.

⁴⁵ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, regulando as ações e serviços de saúde em todo o território nacional (art. 1º).

No seu art. 4º, prevê que esse sistema é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público, de qualquer dos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

A citada lei trata expressamente dos objetivos e atribuições do SUS, dos princípios e diretrizes, bem como da organização, gestão e direção do sistema. Por sua vez, o Decreto nº 7.508/2011, disciplina a organização e planejamento da política do SUS, bem como a articulação interfederativa.

Diante do extenso rol principiológico do sistema de saúde torna-se indispensável discorrer sobre a sua base. A redação do art. 7º, *caput*, da lei orgânica, dispõe que:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; e
- XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

O princípio da **universalidade**, consagrado no art. 196 da CF/88 e art. 7º, I, da lei supracitada trata da titularidade do direito à saúde e, na mesma direção, veda que se estabeleça requisitos ou se discrimine qualquer cidadão por qualquer razão para que se usufrua do direito invocado. Nesse toar deve se ressaltar também o princípio da **igualdade** que obsta a diferenciação de acesso no âmbito do SUS, diante de uma necessidade equivalente. Nesses dois princípios há uma notória identidade de regras e direitos.

Quanto à **equidade**, se reconhece uma necessidade de que se faça um certo reequilíbrio das regras exatamente por se saber que a aplicação pode ser distinta num determinado grupo. Aqui o atendimento dos indivíduos e duas necessidades ocorre de acordo com o que cada um realmente precisa, atentando-se as diferenças sociais, vulnerabilidades e as diversidades. Na concepção de Norberto Bobbio⁴⁶ “a equidade é a adaptação de uma norma ao caso singular, que não permite uma perfeita equiparação aos casos previstos”.

A **integralidade**, com previsão no art. 7º, II, da lei orgânica, envolve as ações de saúde, numa concepção polissêmica que se relaciona às práticas dos profissionais de saúde envolvidos, à organização dos serviços prestados, bem como aos resultados aos problemas de saúde. Tudo isso envolve as possibilidades de promoção, prevenção de doenças tratamento e reabilitação em todas as esferas: municipal, estadual ou federal. Agrega também o acolhimento e a humanização no atendimento. É um eixo de prioridade em saúde pública, com participação da população. Há que se destacar que a integralidade é uma diretriz constitucional, conforme a previsão do art. 198, II, da CF/88.

Vivemos numa realidade de aumento de custos, incorporação de novas tecnologias, envelhecimento da população, restrição orçamentária, subfinanciamento, pandemia.

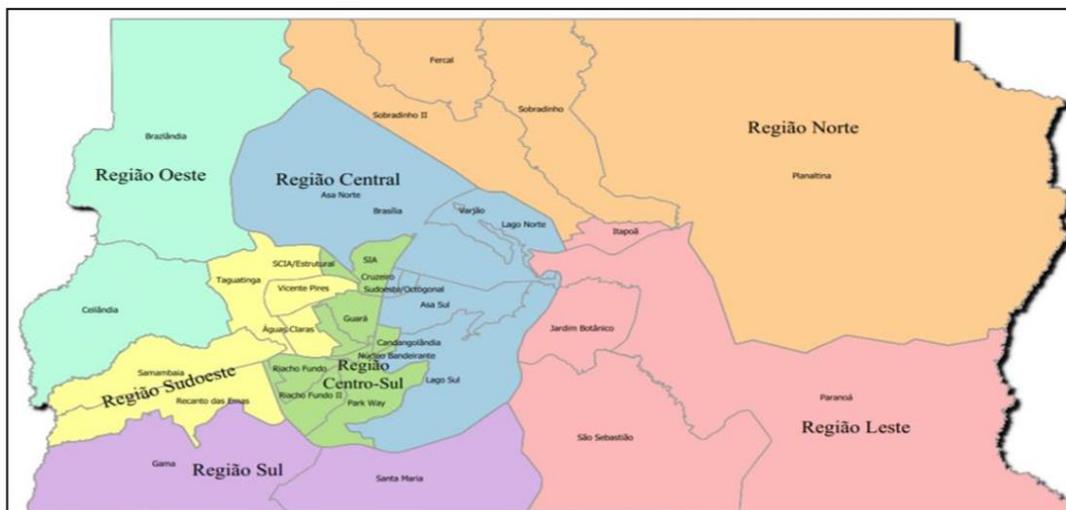
Somente com iniciativas e programas dirigidos para segmentos específicos⁴⁷ é que se consagra o planejamento a fim de atender as necessidades de todos, de acordo com o alinhamento das políticas públicas. De um lado há o direito de acesso universal e igualitário (art. 196, da CF/88) do outro a diretriz da integralidade (art. 198, I, da CF/88).

Nos termos do art. 198 da Carta Magna, além da diretriz da integralidade há que observar a regionalização, hierarquização, descentralização e participação da comunidade.

⁴⁶ BOBBIO, Norberto. **Teoria Geral da Política**: a filosofia política e as lições dos clássicos. Rio de Janeiro. Campus, 2000. p.311.

⁴⁷ Programa Farmácia Popular, Programa Saúde da Família, Brasil Sorridente, Programa de Atenção ao Diabetes, Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Programa Nacional de Imunização e outros Programas do SUS: algumas iniciativas do Governo Federal | Politize!

Figura 2 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal, SES-DF, 2022.



Fonte – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA (3º Quadrimestre de 2022), SES-DF, p.22.

A **diretriz da hierarquização** se baseia no art. 2º incisos III e VI e art. 9º, todos do Decreto nº 7.508/2011. Tal diretriz cuida da organização de atendimento das unidades de saúde segundo o grau de complexidade (baixa, média e alta) ou de atenção. O acesso aos serviços ocorre pelas “portas de entrada” que pode ser primária ou na atenção secundária ou terciária (urgência ou emergência) ou, ainda, psicossocial ou serviços especiais de acesso aberto.

A figura 3 mostra a divisão de organização de atendimento/acesso aos serviços do SUS.

Figura 3- Hierarquização do SUS.



Fonte – <https://cartaodosus.info/principios-do-sus/>.

A lei orgânica da saúde, nos termos do art. 7º, inciso IX, “a” e “b” destaca a gestão tripartida do SUS, observados os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização da prestação de serviços de saúde.

No entanto, a direção do SUS é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da CF/88, sendo exercida em cada esfera de governo pelos órgãos indicados e será exercida em cada esfera de governo nos limites de sua alçada, de acordo com a redação do art. 9º, da lei em referência: “I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.”

A **diretriz da descentralização** conduz a divisão de competências e atribuições na esfera de ação do SUS, com a competência comum entre a União, Estados, do Distrito Federal e dos municípios para “cuidar da saúde”⁴⁸ e concorrente para “proteção e defesa da saúde”.⁴⁹

Mas a regra central e geral é da União e a execução dos serviços se inicia nos Estados que descentraliza ações e serviços de saúde para os municípios, podendo aqui haver alteração diante da capacidade de gestão da municipalidade.

Assim, o art. 4º, do Decreto nº 7.508/2011, dispõe que “As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30”. Os §(s) 1º e 2º, assim dispõem:

§ 1º - Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios; e § 2º - A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

As discussões nacionais ocorrem na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as estaduais nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB). A Comissão Intergestores Regionais (CIR) é uma instância de cogestão, entre o gestor municipal e os estados. A gestão do SUS é ascendente e observa as necessidades locais para o seu planejamento.

⁴⁸ Art. 23, II da CF/88.

⁴⁹ Art. 24, XII da CF/88.

O Decreto nº 7.508/11, por sua vez, tratou da organização e planejamento da política do SUS e articulação interfederativa⁵⁰, conforme o art. 31:

Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS.

No seu aspecto geral a Lei nº 8.080/90, nos termos do art. 15 - Seção I, fixa as atribuições comuns para a União, Estados, Distrito Federal e os municípios. Já a direção de cada gestor em cada uma das esferas de competência (nacional, estadual e municipal) é fixada nos artigos 16 (direção nacional do SUS), 17 (direção estadual do SUS), 18 (direção municipal do SUS) e 19 (direção mista do DF), todos na Seção II, que ora transcrevo:

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

⁵⁰ As contínuas transformações do Estado brasileiro, atendendo aos preceitos constitucionais, demandam constante reformulação das estratégias dos processos de diálogo e de pactuação entre os entes federados, que refletem significativamente na gestão das políticas e dos serviços públicos de saúde no Brasil. Mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamental tornam-se indispensáveis para a efetiva implementação das políticas públicas. O Decreto nº 7.508/11, ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8.080/90 no que diz respeito à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa traz novos desafios à gestão do SUS, particularmente o fortalecimento dos mecanismos e instrumentos de governança, entre eles as Comissões Intergestores em cada uma das esferas político-administrativas da Federação. Nesse sentido, o Departamento de Articulação Interfederativa trabalha em prol do fortalecimento da capacidade de gestão e da articulação entre os gestores do SUS nas três esferas da Federação, por meio de instrumentos e mecanismos efetivos de governança, na perspectiva da garantia do pleno usufruto do direito à saúde a toda a população. Articulação Interfederativa — Ministério da Saúde (www.gov.br).

- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
 - XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
 - XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
 - XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
 - XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
 - XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
 - XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
 - XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
 - XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
 - XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
 - XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
 - XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.
- Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:
- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
 - II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
 - III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
 - IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
 - V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
 - VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
 - VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
 - VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
 - IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
 - X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
 - XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
 - XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995).

§ 1º A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 14.141, de 2021).

§ 2º Em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública, poderá ser adotado procedimento simplificado para a remessa de patrimônio genético ao exterior, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o § 2º deste artigo serão repartidos nos termos da Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015.

(Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

O sistema de saúde brasileiro é essencialmente único mas, na sua gestão, é compartilhado entre os entes federativos, nos termos do art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142/90.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

A par disso, há previsão também da realização de conferências de saúde, em cada esfera de governo, nos termos do art. 1º, § 1º da Lei nº 8.142/90, a fim de “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (BRASIL, 1990).

2.3 LEITOS DE UTI – REMINISCÊNCIAS HISTÓRICAS

É de fundamental importância entender a abrangência conceitual do que é uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quase sempre associada à morte.

A Unidade de Terapia Intensiva como uma unidade de monitoração de paciente grave seguiu algumas fases no mundo e no Brasil.

Os primeiros registros mundiais foram atribuídos à enfermeira Florence Nightingale que, em 1854, na Guerra da Criméia, juntamente com outras voluntárias, fizeram a transferência dos feridos de acordo com a gravidade, reduzindo a taxa de mortalidade de soldados hospitalizados de 40% a 2%, apesar da precariedade de cuidados, o que significou um primeiro passo para a construção do conceito de ambiente equilibrado de internação.

As primeiras UTIs começaram a surgir na metade do século XX em hospitais norte-americanos, chamadas “salas de recuperação”, para onde eram encaminhados os pacientes após grandes cirurgias.

Destaca-se, assim, o médico Walter Edward Dandy, em 1926, que criou a primeira UTI dentro de uma estrutura hospitalar, no Hospital Johns Hopkins. Outra distinção foi dada a Peter Safar, considerado o primeiro médico intensivista que, em 1950, estimulou o atendimento de urgência-emergência e foi responsável pela criação de técnica de reanimação conhecida como “respiração boca a boca”.

No Brasil, as primeiras UTIs começaram a ser organizadas e implantadas no final da década de 1960. Em 1971, no Hospital Sírio Libanês (Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês), em São Paulo, foram criados leitos em área física planejada, com estrutura de equipe profissional voltada para a aplicação de técnicas específicas aos pacientes, de modo coordenado.

A Fiocruz dispõe de estudos históricos de referência acerca de um equipamento que foi utilizado durante epidemia de poliomielite no Brasil, o aparelho “pulmão de aço” que, pertenceu ao Hospital Jesus e que hoje faz parte do acervo do Museu da Pediatria sob os domínios da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), criada pelo médico Antônio Fernandes Figueira em 27 de julho de 1910⁵¹.

⁵¹ Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30933>.

2.3.1 UTI - Conceituação Legal/Normativa de UTI e seus desdobramentos

As normas relativas à saúde tiveram, recentemente um tratamento sistematizado. A nova categoria “Portaria de Consolidação” veio definida pela Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, como a espécie de portaria normativa resultante da integração das portarias normativas em vigor pertinentes à determinada matéria, mediante a revogação formal das normas incorporadas à consolidação e sem modificação do alcance nem interrupção da força normativa dos dispositivos consolidados (art. 2º, VI, da Portaria GM/MS nº 2.500/2017)⁵².

Aliás, a consolidação propiciou o avanço na pesquisa de legislação que conforme LEMOS, A. N. L. E.; LIMA, J. A. O. e ARANHA, M. I.⁵³, proporcionou a reorganização de forma inovadora acerca de mais de 30.000 dispositivos correlacionados entre políticas, sistemas, redes, ações e financiamento da saúde.

O conceito de Unidade de Terapia Intensiva foi previsto, inicialmente, na Portaria do Ministério da Saúde nº 3.432/1998, item 1.2:

1.2. São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica.

Posteriormente, o conceito de UTI sofreu alteração, com a revogação da referida norma pela Portaria GM/MS nº 895, de 31 de março de 2017:

2.1 A Unidade de Terapia Intensiva - UTI é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada, classificadas como: I - Unidade de Terapia Intensiva Adulto UTI-a; II - Unidade de Terapia Intensiva Coronariana - UCO; III - Unidade de Terapia Intensiva Queimados UTI-q; IV - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrico UTI-ped; e V - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN.

A norma supracitada foi inserida na Portaria de Consolidação nº 3, nos artigos 144 a 148.

⁵² Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017 disponível em https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2500_03_10_2017.html.

⁵³ **Processo de Consolidação SUSLegis:** Discussões do Desenho Metodológico. Artigo disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42127/ve_Amanda_Lemos_et al.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada nº 7, de 24 de fevereiro de 2020, da ANVISA, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências, no seu art. 4º, XXVI: “A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.”

Há outra definição importante para ser considerada no contexto da UTI, contida no art. 4º, XVI – “Paciente grave: paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto regulação, necessitando de assistência contínua”.

A resolução em comento traz definições variadas que compõem o complexo da UTI, tais como: risco, evento adverso, índice de gravidade ou índice prognóstico, gerenciamento de risco, humanização de atenção à saúde, microrganismos multirresistentes, sistema de classificação de severidade de doença, educação continuada (art. 4º, incisos I a XXI da RDC nº 7/2020. ANVISA).

A UTI deve ter uma infraestrutura física específica, conforme a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A referida resolução traz regras obrigatórias desde a construção das unidades até o tamanho mínimo, instalações e ventilação.

No que se refere aos recursos humanos (arts. 12 a 17 da RDC nº 7/2020, ANVISA) a equipe de trabalho é qualificada para atender pacientes graves, com risco de vida.

Assim a execução das tarefas da equipe deve ser centralizada e com atividades coordenadas com equipe multiprofissional, com médico diarista, médico plantonista, médico intensivista, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, funcionários exclusivos para serviço de limpeza.

A classificação de tipos de UTI é prevista nos seguintes incisos, do art. 4º da RDC nº 7/2020, ANVISA:

XXVI - Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia; XXVII - Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir

pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição; XXVIII - Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras; XXIX - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias; XXX - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição e XXXI - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal (BRASIL, ANVISA, 2020).

Diante da caótica situação da pandemia foi autorizada a criação de leitos de UTI para atendimento exclusivo de pacientes COVID-19, conforme a Portaria GM/MS nº 499, de 19 de março de 2021.

O Ministério da Saúde reforçou a estrutura hospitalar para os estados, municípios e DF.⁵⁴

Já a Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, organizou o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do SUS, hoje constante do Anexo III, da Portaria de Consolidação nº. 3 do Ministério da Saúde.

A Rede de Atenção às Urgências (RUE) tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas⁵⁵.

Nesse cenário destacam-se o SAMU (192), Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24h.

2.3.2 Da distribuição de leitos de UTI

Os critérios de distribuição de leitos se deram de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que revogou a Portaria GM/MS nº 1.101 (de 2002), com o foco em referenciais quantitativos.

⁵⁴ Saúde autoriza mais de 2,4 mil leitos de UTI para 23 estados e DF. Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/marco/saude-autoriza-mais-de-2-4-mil-leitos-de-uti-para-23-estados-e-df>.

⁵⁵ Conforme página do Site do Portal GOV.BR. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-a-a-z/samu-192/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-1>.

Atualmente, conforme a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, nos termos do Capítulo II, art. 105, § 1º, estatui-se que: “os Estados e municípios podem promover a sua alteração, realizando os ajustes necessários para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios”.

No entanto, os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atende a Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que tem como pressupostos, o respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e o planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas⁵⁶.

O número ideal de leitos costuma ser calculado por cada mil habitantes. O Brasil ao que tudo indica está abaixo desse índice⁵⁷.

Conforme dados obtidos no portal do CONASS/CIEGES⁵⁸ os cinco gráficos abaixo (figuras 4 a 8) ilustram o número de leitos complementares (UTI) disponíveis por regiões e número de habitantes, com o total de leitos SUS e não SUS⁵⁹.

O painel de leitos complementares que, à época desta pesquisa, utilizou o parâmetro numérico estatístico considerando o número de leitos complementares por 100 mil habitantes, hoje, utiliza o indicador de leitos complementares por 10 mil habitantes. Tal variável, entretanto, não modifica o perfil dos gráficos apresentados.

Para o presente estudo foi analisado o período de 2019 a 2023 (antes, durante e após a Pandemia do COVID 19), na região do Distrito Federal.

Foram considerados os dados numéricos de leitos referentes à COVID, em razão da disponibilidade dos dados anteriores ao ano de 2023.

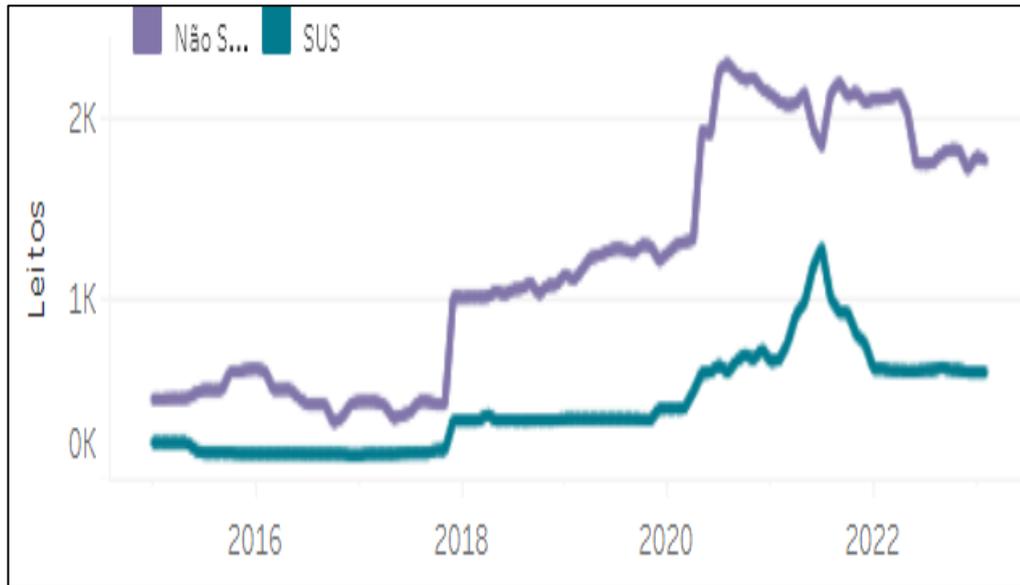
⁵⁶ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html.

⁵⁷ O número de leitos disponíveis por mil habitantes no Brasil está aquém da orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os últimos levantamentos, datados de 2009, mostram que a oferta corresponde a uma média de 2,4 leitos por mil habitantes – ou 2,1 para 1000 no SUS e 2,6 para mil entre os beneficiários de planos de saúde. O índice faz parte do Painel Saúde em Números, relatório semestral elaborada pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp).

⁵⁸ Disponível em: <https://cieges.conass.org.br/paineis/listagem>.

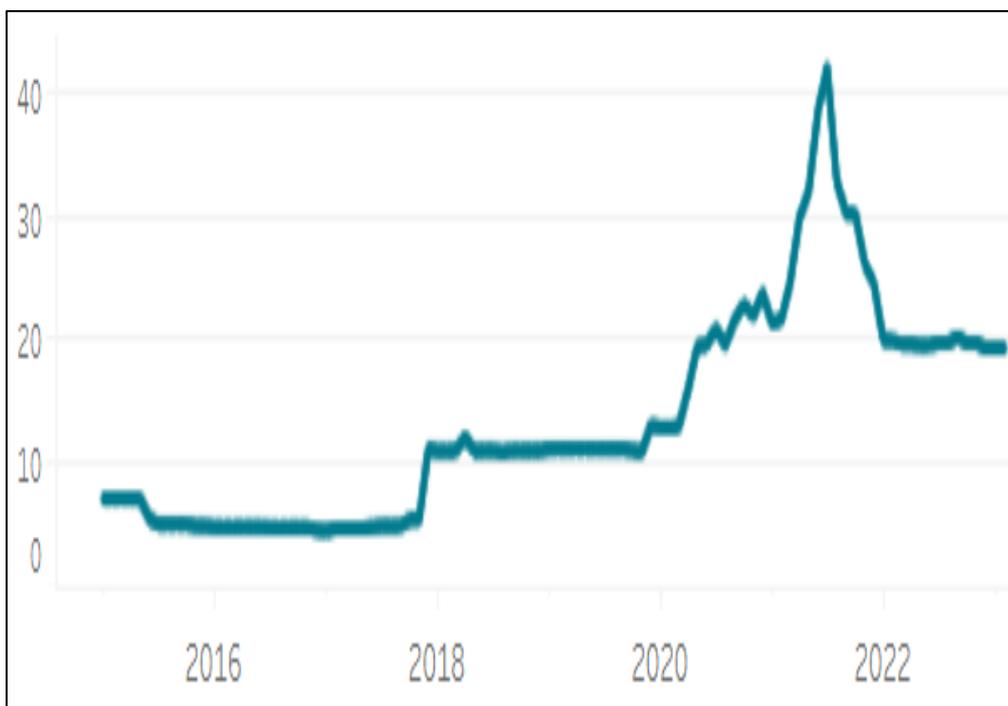
⁵⁹ Disponível em: https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT2-Leitos-Hospitalares.pdf.

Figura 4 – Total de Leitos SUS e Não SUS no DF.



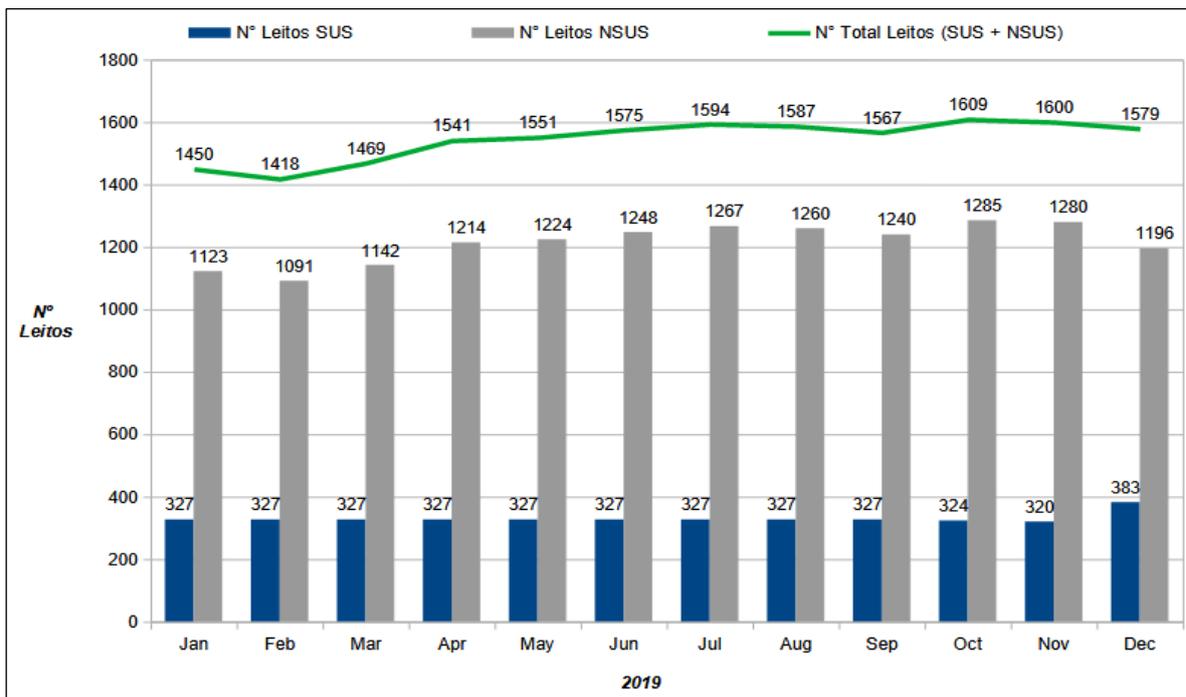
Fonte – <https://cieges.conass.org.br/paineis/listagem/estrutura-e-producao-de-servicos/indicadores-de-leitos>.

Figura 5 – Total de Leitos SUS por 100 mil habitantes no DF.



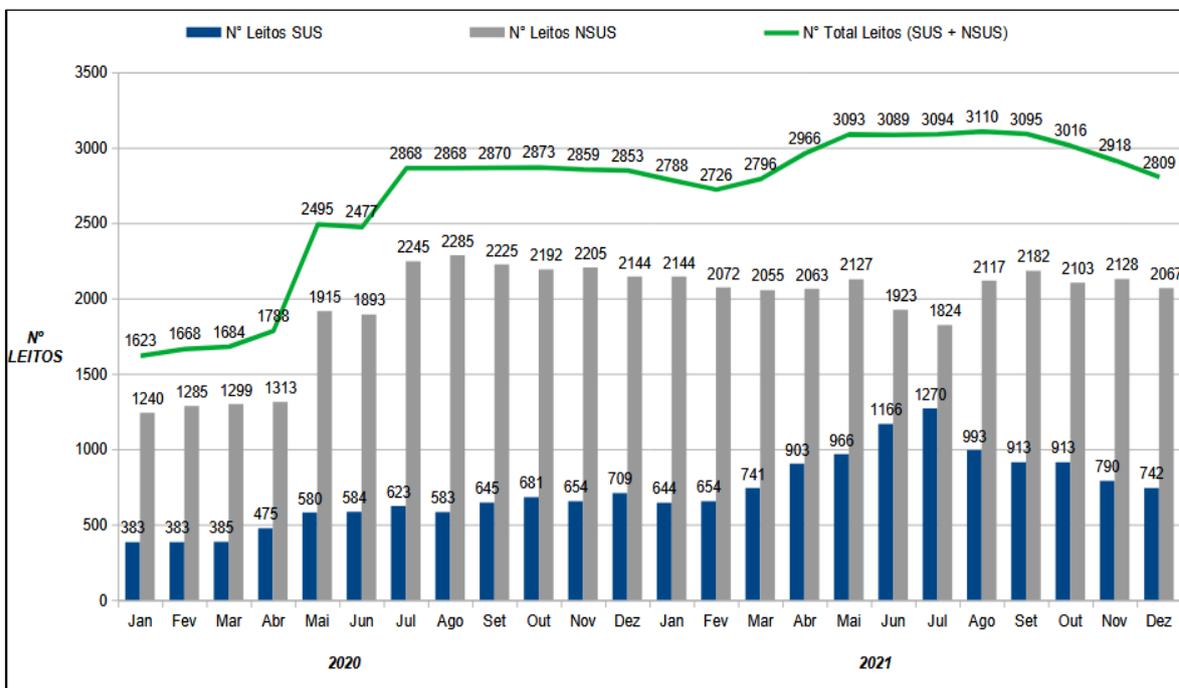
Fonte – <https://cieges.conass.org.br/paineis/listagem/estrutura-e-producao-de-servicos/indicadores-de-leitos>.

Figura 6 – N° de Leitos - Pré-Pandemia (ano 2019).



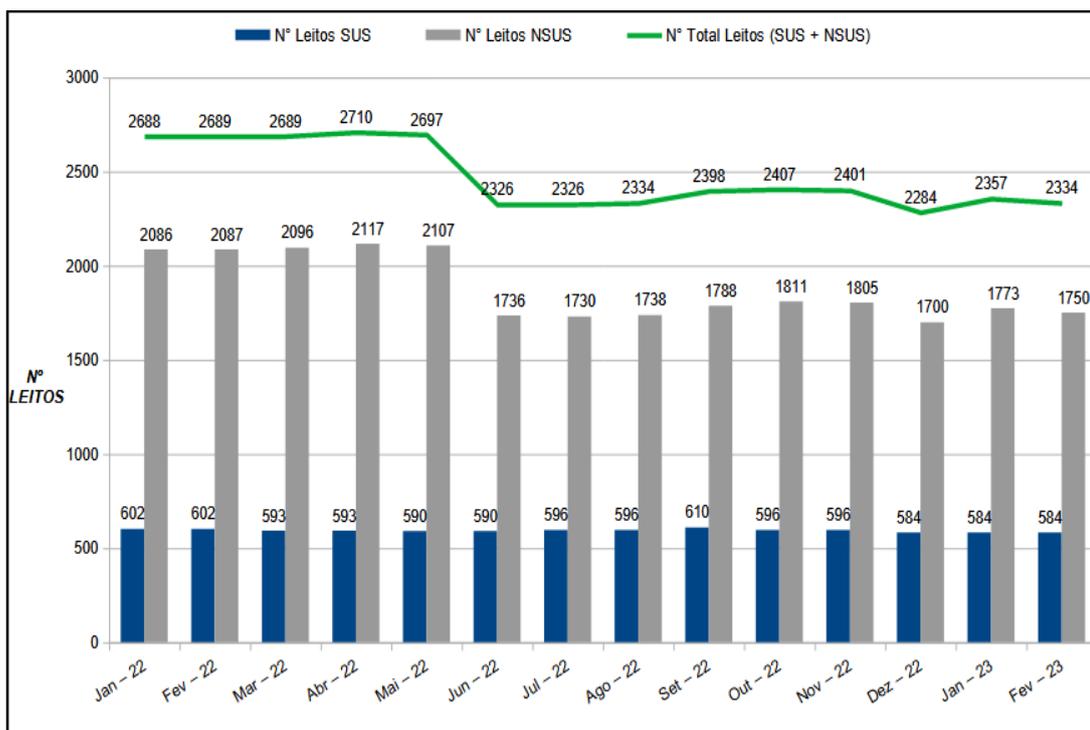
Fonte – Elaboração própria, de acordo com os dados do CIEGES.

Figura 7 – N° de Leitos - Período Pandêmico (2020 - 2021).



Fonte – Elaboração própria, de acordo com os dados do CIEGES.

Figura 8 – Nº de Leitos – Período Pós-Pandemia (2022 até fev. 2023).



Fonte – Elaboração própria, de acordo com os dados do CIEGES.

No Distrito Federal, conforme dados disponíveis no painel de Leitos de UTI (UTI Adulto, UTI Neonatal, UTI Pediátrica) referente aos dados do InfoSaúde-DF, demonstrou-se: a disponibilidade de leitos e seus subtipos (clínico, clínico cirúrgico, coronariano, neonatal, neurocirúrgico, pediátrico), bem como a respectiva taxa de ocupação, na rede SES e contratada.

Os serviços de terapia intensiva são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do DF, sendo os atendimentos ofertados tanto por hospitais públicos quanto por unidades privadas contratadas.

Para melhor ilustrar a situação atual do Distrito Federal foram selecionadas as principais páginas referentes aos leitos públicos: Lista de Espera por Leitos de UTI e Leitos Públicos de UTI – Gerais, conforme figuras 9 e 10 a seguir.

Aqui não foram inseridas as páginas referentes à COVID em razão da indisponibilidade dos dados anteriores ao ano de 2023, quer pelo sistema ou por opção do gestor.

Figura 9 – Lista de Espera por Leitos de UTI.

Pacientes Aguardando Leito de UTI

57

Selecione Tipo de UTI

UTI Pediátrica
UTI Neonatal
UTI Adulto
Não Informado

Selecione Paciente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

Sim
Não

Busca por Nº Cartão SUS

Selecione Número de Passagem

Todos

Lista de Espera

Pacientes aguardando leitos de UTI

Prioridade	Nr. Passagem	Data de Inserção	Hora de Inserção	Subtipo de Leito	Suspeito / Confirmado COVID-19	Suporte Dialítico
1	I3193991	08/06/2023	15:06	Clinico		
1	I3197748	11/06/2023	10:34	Clinico		
1	I3198067	12/06/2023	00:56	Clinico		
1	I3198072	12/06/2023	19:43	Cirurgico		
1	I3198253	12/06/2023	11:19	Clinico		
1	I3198481	12/06/2023	18:08	Neurocirurgico		
1	I3187477	13/06/2023	01:30	Clinico		
1	I3198718	13/06/2023	05:59	Neurocirurgico		
1	I3198767	13/06/2023	08:01	Neurocirurgico		
1	I3199045	13/06/2023	18:11	Clinico		
1	I3197838	14/06/2023	01:54	Clinico		
1	I3199227	14/06/2023	01:54	Clinico		
1	I3199293	14/06/2023	07:32	Neurocirurgico		
1	I3199313	14/06/2023	08:36	Clinico		
1	I3199437	14/06/2023	12:34	Neurocirurgico		
2	I3182119	26/05/2023	21:44	Clinico		

Pacientes Direcionados para Leito de UTI

Direcionados: 16

Prioridade	Nr. Passagem	Subtipo de Leito	Suspeito / Confirmado COVID-19	Suporte Dialítico
1	I3198132	Clinico		
1	I3198852	Clinico		
1	I3198933	Clinico		
1	I3199038	Não Informado		
1	I3199110	Clinico		
2	I3182318	Clinico		
2	I3193830	Coronariano		
2	I3198162	Clinico		
2	I3198394	Cirurgico		
2	I3198805	Clinico		

Lista de Transferência entre UTIs

Transferências: 3

Prioridade	Nr. Passagem	Subtipo de Leito	Suspeito / Confirmado COVID-19	Suporte Dialítico
1	I3180904	Clinico		
2	I3185517	Clinico		
4A	I3127941	Clinico		

Idade dos pacientes aguardando leitos de UTI

Data e Hora de Última Atualização: 14/06/2023 14:00:19

Esta página foi desenvolvida pela equipe do cidadão do Distrito Federal tendo como base as informações sobre a lista de espera por leitos de UTI na rede pública de saúde.

Não garante a sigla dos dados, a identificação do paciente é feita apenas por meio do seu número de passagem no sistema de prontuário eletrônico (TracCare).

O posicionamento na lista de espera de UTI obedecerá aos critérios de PRIORIDADE, de acordo com o quadro clínico do paciente, e do tipo de leito solicitado. Ou seja, os que estão no topo da lista não serão, necessariamente, os primeiros a serem direcionados ao leito.

A atualização das informações é realizada periodicamente durante o dia pela Central de Regulação da Internação Hospitalar e por meio de atualização do estado clínico do paciente.

Fonte dos Dados: Extração automatizada do Sistema TracCare (Sistema de Gestão Hospitalar).

Fonte: <https://info.saude.df.gov.br/leitospublicoslistadeesperaleitosutisalasit/> (acesso em: 14 jun. 23).

Figura 10 – Leitos Públicos de UTI – Gerais.

Informações sobre leitos de UTI da rede pública do DF, com os seguintes recortes:

- número de pacientes internados;
- número de leitos vagos;
- número de leitos bloqueados e o motivo do bloqueio;
- número de leitos parciais em uso - cada grande/região/local;
- taxa de ocupação total e por tipo de leito;
- porcentagem de pacientes com até 15 dias, entre 16 e 30 dias e com mais de 30 dias de internação;
- não estão relacionados neste painel leitos disponibilizados para internação de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.

Complexo Regulador do DF: Área responsável pelo cadastro, lançamento e atualização dos leitos e dos dados de pacientes internados em leitos de UTI no Sistema de Gestão Hospitalar. Diretoria de Gestão de Informações Estratégicas: Área responsável pelo gestão da Sala de Situação da SES-DF, portal responsável pela divulgação das informações sobre leitos.

Método de Cálculo - Taxa de Ocupação dos Leitos

Numerador: Soma total de pacientes internados no dia (leitos ocupados)

Denominador: Soma total de leitos e parciais no dia (Total de leitos menos leitos bloqueados menos leitos Parcialmente 1)

Selecione o Subtipo de Leito

	Clinico	Clinico/Cirurgico	Coronariano	Neonatal	Neurocirurgico	Pediatrico					
Estabelecimentos de Saúde	Leito Central	Leito Tipo de Leito	Leitos Ocupados Com Hemodialise	Leitos Ocupados Sem Hemodialise	Leitos Vagos Com Hemodialise	Leitos Vagos Sem Hemodialise	Leitos Bloqueados	Leitos Parcialmente 1	Total Leitos Vagos	Total Leitos Ocupados	Total de Leitos
HBCF	Adulto	0	32	0	0	0	16	0	32	48	
HBCF	Pediatrico	0	16	0	1	0	3	1	16	20	
HCB	Pediatrico	0	28	0	2	1	17	2	28	48	
HHSB	Adulto	0	4	0	0	3	3	0	4	10	
HHSB	Neonatal	0	20	0	0	0	10	0	20	30	
HHSB	Pediatrico	0	19	0	1	0	0	1	19	16	
HRSN	Adulto	12	6	0	0	0	2	0	18	20	
HRC	Adulto	4	6	0	0	1	0	1	9	10	
HRC	Neonatal	0	10	0	0	0	0	0	10	10	
HRC	Adulto	0	18	0	2	0	0	2	18	20	
HRL	Adulto	0	7	0	0	0	3	0	7	10	
HRS	Adulto	0	6	0	0	0	2	0	6	8	
HRS	Neonatal	0	10	0	0	0	0	0	10	10	
HRSN	Adulto	0	24	0	3	0	0	3	24	27	
HRSN	Adulto	0	36	0	2	0	2	2	36	40	
HRSN	Neonatal	0	19	0	1	0	0	1	19	20	
HRT	Adulto	0	2	0	0	0	3	0	2	8	
HRT	Neonatal	0	8	0	0	0	0	0	8	8	
HRT	Pediatrico	0	7	0	1	0	0	1	7	8	
Hosp S Francisco	Neonatal	5	0	0	0	0	0	0	5	6	
Hosp Sta Maria	Neonatal	1	0	3	0	1	0	3	1	9	
Hosp Sta Maria	Pediatrico	4	0	1	0	0	0	1	4	5	
Não Informado	Adulto	7	0	0	0	0	0	0	7	7	
Hosp Sta Maria	Adulto	7	0	0	0	2	0	0	7	9	
Hosp St. José	Adulto	8	0	2	0	0	0	2	8	10	
Hosp S Francisco	Adulto	0	0	0	0	10	0	0	0	10	
HUB	Neonatal	3	0	1	0	0	6	1	3	10	
Domus	Adulto	18	0	1	0	0	1	1	18	18	
HUB	Adulto	10	0	0	0	0	9	0	10	19	
Hosp S Mateus	Adulto	17	0	3	0	0	0	3	17	20	
Home Care Med Rio	Adulto	39	0	1	0	0	1	1	39	30	
Total		184	145	279	15	13	28	97	419	522	

Taxa de Ocupação Total dos Leitos (Adulto, Pediátrico e Neonatal)

93.72%

Taxa de Ocupação Leito Adulto

94,12%

Taxa de Ocupação Leito Pediatrico

92,11%

Taxa de Ocupação Leito Neonatal

93,83%

Tempo de Internação dos Pacientes:

68,42%

Até 15 dias

17,46%

Entre 16 e 30 dias

14,11%

Mais de 30 dias

Tipo de Leito Ocupado

70 (16,75%)
272 (65,07%)
18 (18,18...)

Fonte: <https://info.saude.df.gov.br/leitospublicosutigeraisalasit/> (acesso em: 14 jun. 23).

36

2.3.3 Quanto custa o leito/dia de UTI?

O Custo total de um objeto específico, inclui tanto custos diretos como uma parcela justa dos custos indiretos (FALK, 2001).

Para se ter uma ideia da estimativa de cálculo do valor de um leito de UTI há que se considerar os custos diretos (materiais, medicamentos, mão-de-obra direta, embalagens e outros) e indiretos (depreciação de equipamentos, salários, aluguel, gastos com luz e água, gastos com limpeza).

Em se tratando de UTI interessa, para fins de cálculo, saber o tipo de leito, se o hospital é público ou privado, o valor da hora do profissional, forma de rateio das despesas e, por fim, o método contábil utilizado, por se tratar de contabilidade de custos.

Apenas para situar o tema sob análise o Distrito Federal disponibiliza um painel de dados abertos para visualização dos custos dos leitos.

No entanto, ao se verificar os dados contidos no Painel de Custos não estão disponíveis os dados de todas as unidades hospitalares eis que na coluna que compõe o painel há um campo chamado: “observações” e que consta a seguinte nota: “não foi informado a quantidade de leitos, assim não consta o valor do leito/dia” na rede SES.

Assim, não foi possível elaborar um gráfico de custos, mas apenas, divulgar as telas exibidas acerca da indisponibilidade da informação que prejudica a análise global do custo médio do leito/dia, conforme painéis apresentados nas figuras 11 e 12 abaixo.

Registre-se que os dados não estão disponíveis na íntegra na Rede SES. Por outro lado, a Rede Contratada não utiliza a informação supra para cálculo do valor do leito/dia, conforme também ilustram os painéis a seguir.

Nestas situações abordadas acima, envolvendo primeiramente a Rede SES (figura 11), visualiza-se que o campo “Observações” (à direita, na figura 11) traz explícita apenas a expressão “Não foi informado a quantidade de leitos, assim não consta o valor leito /dia”.

Ademais, para o caso dos leitos da Rede Contratada, o campo “Observação” (à direita, na figura 12) não apresenta ali nenhuma informação descrita, enquanto os campos “Leitos” e “Custo Médio Leito/Dia” simplesmente não existem.

É conveniente informar que a figura 11 está com “Data de Atualização de 05/04/2023” e a figura 12 com “Data de Atualização de 17/02/2023”.

Figura 11 – Painel de Custos – Leitos Internação UTI – Rede SES (dez. 2022 – UTI Adulto).

Unidade	Quantidade Paciente/Dia no Mês	Custo Médio Paciente/Dia	Leitos	Custo Médio Leito/Dia	Observações
HRG	468	R\$ 10.875,8	0	Zero	*Não foi informado a quantidade de leitos, assim não consta o valor do leito/dia.
HRS	218	R\$ 7.702,4	0	Zero	*Não foi informado a quantidade de leitos, assim não consta o valor do leito/dia.
HUB	467	R\$ 7.560,4	0	Zero	*Não foi informado a quantidade de leitos, assim não consta o valor do leito/dia.
HRL	217	R\$ 7.222,2	0	Zero	*Não foi informado a quantidade de leitos, assim não consta o valor do leito/dia.
HRC	285	R\$ 6.755,1	0	Zero	*Não foi informado a quantidade de leitos, assim não consta o valor do leito/dia.
HRSAM	765	R\$ 4.405,4	27	R\$ 4.160,6	
HDF	1589	R\$ 3.762,8	0	Zero	*Não foi informado a quantidade de leitos, assim não consta o valor do leito/dia.
HRSM	1316	R\$ 3.166,3	0	Zero	*Não foi informado a quantidade de leitos, assim não consta o valor do leito/dia.

Fonte: <https://info.saude.df.gov.br/custosleitosutisalasit/> (acesso em: 24 maio 23).

Figura 12 – Painel Custos Leitos Internação UTI–Rede Contratada (nov. 2022 – UTI Adulto).

Unidade Hospitalar	Quantidade Paciente/Dia Mês	Custo Medio Paciente/Dia	Observação
DAHER	392	4.972,67	
DOMED	39	5.929,56	
Hospital Home	427	5.391,85	
Hospital Santa Marta	246	7.755,40	
SERVIÇOS HOSPITALARES YUGES/A	220	4.350,77	

Fonte: <https://info.saude.df.gov.br/custosleitosutiredecontratadasalasit/> (acesso em 24 maio 23).

E assim, por meio do Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC⁶⁰ e do Sistema de Informação de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), com implantação realizada de forma gradual no âmbito do SUS, será possível saber, com base em dados reais,

⁶⁰ Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/programa_nacional_gestao_custos.pdf.

quanto é necessário para custear um hospital; quais os custos médios de paciente/dia em UTI, em enfermarias, passando pelo custo médio de exames de tomografia, ressonância.

2.3.4 O quantitativo de leitos de UTI no Distrito Federal

Em 2020, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) concluiu o levantamento sobre o número total de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Brasil.

De acordo com o mapeamento de janeiro daquele ano a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS, ANS e IBGE, o país tem hoje 45.848 leitos de UTI, sendo 22.844 do Sistema Único de Saúde (SUS) e 23.004 que fazem parte do sistema de saúde privado⁶¹.

Ainda, conforme o documento mencionado:

Segundo recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, a relação ideal de leitos de UTI é de 1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes, e o Brasil apresenta a proporção de 2,2 leitos, o que, de forma consolidada, é satisfatório. Mas quando a análise é mais detalhada, segmentando os dados entre sistema público e privado, por exemplo, o SUS tem média de 1,4 leitos para cada 10 mil habitantes, contra 4,9 da rede privada.⁶² (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, AMIB, 2020, p.1).

A quantificação de leitos de UTI permite um melhor planejamento. Mas os cenários têm sido de demanda superior à oferta de serviços, com limite de acesso e longas filas de espera.

De qualquer sorte, a regulação para leitos de UTI segue critérios de prioridades técnicas com protocolos e priorização de atendimento de casos de maior gravidade, tarefa atribuída para a análise da central de regulação de leitos.

No que se refere ao quantitativo de leitos de UTI no DF, a informação disponível foi extraída de um relatório de cadastramento de leitos de internação hospitalar, a partir da oferta de Serviços Hospitalares para a população de determinado território.

A Tabela abaixo demonstra os Leitos de Internação Hospitalar e os Leitos Complementares de internação Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) por Região de Saúde e Unidade de Referência Distrital (URD), para o 3º quadrimestre do ano de 2022.

⁶¹ Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/dados_uti_amib\(1\).pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/dados_uti_amib(1).pdf).

⁶² Idem.

Tabela 1 – Leitos de Internação Hospitalar e Leitos Complementares de Internação, por Região de Saúde e URD, 3º Quadrimestre, SES-DF, 2022.

Região de Saúde	Leitos Gerais (η)	Leitos de UTI/UCI (η)*	Total (η)
Central	310	49	359
Centro-Sul	58	0	58
Sul	693	114	807
Sudoeste	566	82	648
Oeste	616	61	677
Norte	335	58	393
Leste	219	27	246
Subtotal	2.797	391	3.188
URD HBDF	642	78	720
URD HSVP	83	0	83
URD HAB	58	0	58
URD HCB	160	38	198
URD HMIB	176	87	263
Subtotal	1.119	203	1.322
Total	3.916	594	4.510

Fonte: Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA (3º Quadrimestre de 2022), SES-DF, p.50.

2.3.5 Do orçamento da saúde no Distrito Federal

Na CF/88, o plano plurianual (PPA), a lei de diretrizes orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) são os meios utilizados pelo estado para planejar a sua ação. No entanto, a LOA é o instrumento maior de aplicação concreta de recursos na efetivação de direitos, nos termos do art. 165. § 8º e no art. 167 da Carta Magna.

A escolha do administrador-gestor para aplicação dos recursos disponíveis para todas as necessidades em termos de saúde pública expressa escolhas políticas na alocação dos recursos, com observância de parâmetros constitucionais.

Pereira (2014), afirma que o Estado brasileiro efetiva os direitos sociais mediante o exercício de políticas públicas. Ocorre que ao fornecer prestações sanitárias a seus cidadãos, há

um endividamento dos estados e municípios e, ainda, para agravar a situação a Dívida Pública Federal alcançou R\$ 5,86 trilhões no mês de fevereiro de 2023⁶³.

No DF, conforme Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), referente ao 3º Quadrimestre de 2022⁶⁴, durante o Ciclo Orçamentário ocorre o gerenciamento do Plano Plurianual (PPA) e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) por meio da Lei Orçamentária Anual (LOA), que apresenta a Programação e o detalhamento das Despesas, considerando a disponibilidade financeira do Governo, e representa o fluxo previsto dos ingressos e das aplicações do recurso em determinado período, sendo disciplinada pela Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.

Para fins da pesquisa, segue o demonstrativo da execução orçamentária do terceiro quadrimestre de 2022, de acordo com a Tabela abaixo:

Tabela 2 – Demonstrativo da Execução Orçamentária, por Fonte de Recurso, até 3º Quadrimestre, SES-DF, 2022.

Fonte de Recurso	Lei Orçamentária (R\$)	Alterações (R\$)	Contingenciado + Cota + Bloqueado (R\$)	Despesa Autorizada (R\$)	Despesa Empenhada (R\$)	Despesa Liquidada (R\$)	Saldo Orçamentário (Disponível) (R\$)	
FCDF*	4.354.971.864,00	116.521.038,00	0,00	4.471.492.902,00	4.471.492.902,00	4.471.492.902,00	0,00	
GDF	2.801.260.632,00	2.034.589.914,00	2.837.305,71	4.833.013.240,29	4.795.466.984,01	4.642.340.912,85	37.546.256,28	
MS	138	712.578.512,00	21.716.405,00	0,00	734.294.917,00	660.703.810,29	607.352.204,10	73.591.106,71
	338	0,00	252.844.167,00	0,00	252.844.167,00	153.154.526,01	117.071.048,32	99.689.640,99
Convênios	117.470.773,00	91.129.841,00	0,00	208.600.614,00	46.888.814,17	26.939.981,46	161.711.799,83	
Emendas Federais	3.164.765,00	114.888.631,00	0,00	118.053.396,00	51.815.296,51	28.637.170,68	66.238.099,49	
Total	7.989.446.546,00	2.631.689.996,00	2.837.305,71	10.618.299.236,29	10.179.522.332,99	9.893.834.219,41	438.776.903,30	

Fonte⁶⁵ – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA (3º Quadrimestre de 2022), SES-DF, p.170.

⁶³ Disponível em: [https://www.gov.br/fazenda/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/divida-publica-federal-alcanca-r-5-86-trilhoes-no-mes-de-fevereiro-de-2023#:~:text=A%20D%C3%ADvida%20P%C3%ABlica%20Mobili%C3%A1ria%20Federal,%24%2045%2C92%20bilh%C3%B5es\).](https://www.gov.br/fazenda/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/divida-publica-federal-alcanca-r-5-86-trilhoes-no-mes-de-fevereiro-de-2023#:~:text=A%20D%C3%ADvida%20P%C3%ABlica%20Mobili%C3%A1ria%20Federal,%24%2045%2C92%20bilh%C3%B5es).)

⁶⁴ Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/3%C2%BA+RDQA+2022.pdf/70ae38b1-6d40-d55b-98c9-1c1627cb9bbb?t=1681208408968>.

⁶⁵ Extraído da Tabela 53 do RDQA (3º Quadrimestre de 2022), SES-DF, p.170. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/3%C2%BA+RDQA+2022.pdf/70ae38b1-6d40-d55b-98c9-1c1627cb9bbb?t=1681208408968>.

2.3.6 Do sistema de financiamento do SUS – considerações atuais

O artigo 195 da CF/88 estabeleceu que a Seguridade Social deve ser financiada “por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.” (BRASIL, 1988).

Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000) foram fixados percentuais de gasto em Saúde para estados e municípios, respectivamente 12% e 15 % de suas receitas próprias.

No caso da União estabeleceu-se como base de cálculo a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, após a Lei nº 141/2012, pela variação nominal do PIB, com o piso de 15%.

Posteriormente a Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016) fez nova mudança no custeio do SUS, ao instituir o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União.

Nas palavras de Santos e Funcia (2019), calcula-se que o ato normativo acarretará, durante as duas décadas da medida, a supressão de aproximadamente R\$ 200 bilhões da saúde.

A Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016) reflete a normatização de interesses de ocasião, voltados para a priorização do capital financeiro e para o desmonte do Estado, por meio do enfraquecimento do pacto social.

Com isso, representa violação à vedação ao retrocesso e ao dever de progressividade no custeio do SUS, que toca as políticas públicas de natureza prestacional e que repercute, inclusive, na vedação à estagnação fiscal da tutela sanitária (PINTO, 2017, p.45 e 220).

Por fim, contra a aludida Emenda foi ajuizada a ADI nº 5.658/DF que se encontra em fase de conclusão ao Relator Min. Luiz Fux, desde 14/09/2022, tendo havido a admissão do Conselho Nacional de Saúde - CNS na condição de *amicus curiae*.

2.3.7 Da Regulação dos Leitos de UTI sob um Olhar Atencioso

No que tange à matéria de leitos de UTI e sua regulação, é fundamental compreender a dinâmica do paciente na UTI desde o momento do seu ingresso (com sua inserção no sistema

de regulação⁶⁶) até sua saída, com alta ou óbito e a respectiva liberação do leito para a baixa em definitivo.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, prevista no Capítulo II – Das políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, Art. 6º - inciso IV da Portaria GM/MS nº 3.390/13 como diretriz (garantia de acesso regulado de acordo com o estabelecido na PNHOSP).

No Anexo XXIV, o art. 5º, XIV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados.

O NIR é uma unidade técnico-administrativa que realiza o monitoramento do paciente, a partir de seu ingresso no hospital, sua movimentação interna e externa até a alta hospitalar. É uma estrutura ligada diretamente à direção geral do hospital e deve ser legitimada, com papel e função definidos⁶⁷.

Tal organização interna se torna necessária para evitar a internação de pacientes além do tempo necessário sem que ultrapassem o tempo médio de permanência nas enfermarias, a fim de não sobrecarregar as unidades ou, ainda, evitar acomodação ruim ou situação de imprevisto ou precariedade.

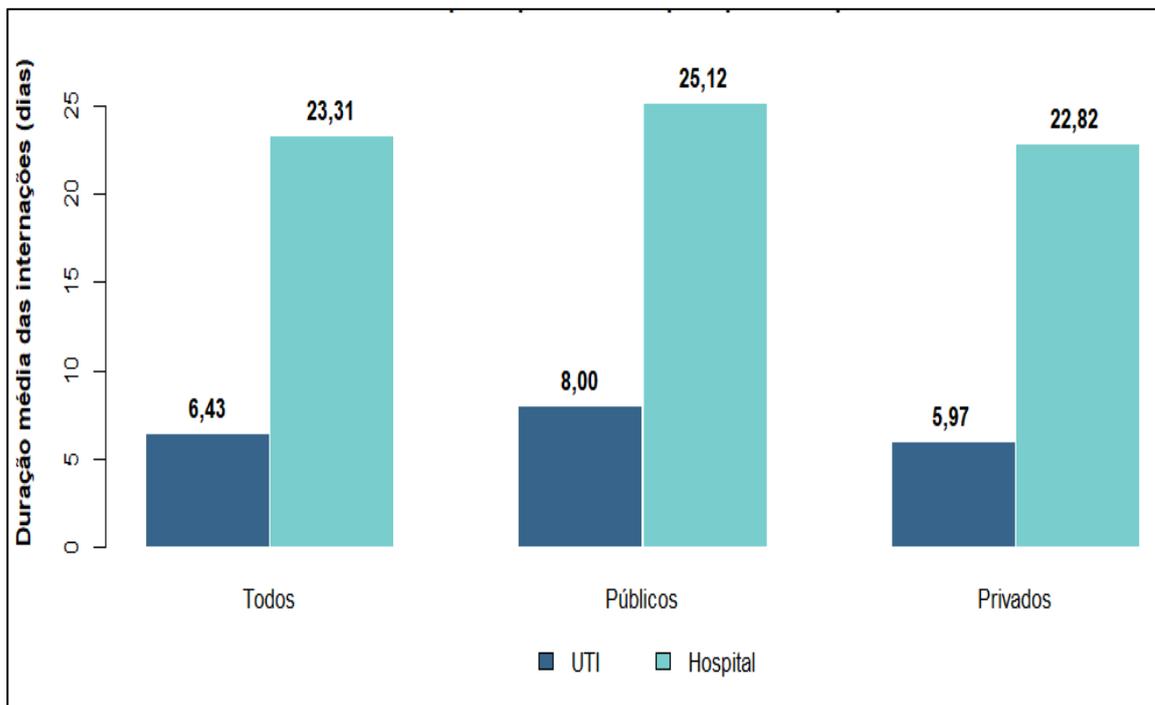
⁶⁶ Constitucional e processual civil. ação de obrigação de fazer. apelação cível. internação em UTI da rede particular. ausência de vagas na rede pública. custeio das despesas com a internação da paciente. dever do estado. termo inicial. inscrição na central de regulação de leitos da secretaria de estado de saúde do DF. 1. O direito à preservação da saúde, premissa básica da existência digna do ser humano, não pode ser interpretado como uma norma meramente programática. 2. Diante da necessidade de pessoa economicamente desamparada ser internada em UTI, e não havendo vagas na rede pública, deve o Estado arcar com os custos da internação em rede hospitalar privada. 3. O Distrito Federal não pode se eximir do fornecimento de tratamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sob o fundamento de que não há disponibilidade orçamentária para atender a demanda, porquanto tal obrigação é derivada do dever constitucional de proteção à saúde. 4. Somente a partir da inclusão do nome da paciente na Central de Regulação de Leitos da Secretaria de Estado de Saúde estará configurada a responsabilidade do Distrito Federal pelo custeio de despesas com a internação em hospital particular. 5. Reexame Necessário e Recurso de Apelação conhecidos e parcialmente providos. (Acórdão 1111942, 20160110897326APO, Relator: NÍDIA CORRÊA LIMA, 8ª TURMA CÍVEL, data de julgamento: 26/7/2018, publicado no DJE: 30/7/2018. Pág.: 626/628).

⁶⁷ Política Nacional de Atenção Hospitalar - Ministério da Saúde. Instituída pela Portaria GM/MS nº 3.390. Esta portaria encontra-se disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.

É certo que numa gestão adequada, com a melhora de indicadores e a diminuição da média de permanência nas unidades, pode haver redução do tempo médio das internações, com impacto na liberação dos leitos e custos.

O gráfico abaixo ilustra o tempo de permanência por tipo de hospital/público – privado/UTI:

Figura 13 – Tempo de permanência por tipo de hospital.



Fonte: <https://www.utisbrasil.com/principais-desfechos/> (acesso em: 14 jun. 23).

Conforme relatório do TCDF/2014⁶⁸, nota-se como deficiências na gestão dos leitos hospitalares: a redução da disponibilidade de leitos de UTI; o risco de agravamento do estado de saúde e eventual óbito de pacientes por não obterem tempestivamente os serviços especializados que o seu quadro clínico requer; os prejuízos ao erário associados ao custeio de internações em UTI de pacientes que já receberam alta médica.

Assim, não menos importante é a gestão interna de acompanhamento, tempo de permanência e a real quantidade de leitos disponíveis, elementos que podem culminar na judicialização.

⁶⁸ Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/dispssaude-1.pdf>.

2.3.8 Da Regulação do Acesso à Assistência

A Política Nacional de Regulação (PNR) do Sistema Único de Saúde, conforme Capítulo I, art. 2º, incisos I, II e III⁶⁹ da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, estabelece que as ações de regulação devem ser organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, quais sejam: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

Tais dimensões têm sua origem na Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que, àquela época, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

A PNR trata do complexo regulador como estruturas que organizam a regulação do acesso por meio das centrais de regulação que se dividem em três categorias.

Destaca-se que a Central de Regulação de Urgências regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

O Complexo Regulador segue nova organização com estrutura e operacionalização da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura a ser pactuada entre os gestores, conforme o modelo de regulação estadual, regional ou municipal, conforme o Art. 9º, I, II e III da Portaria de Consolidação nº 2.

A organização do complexo Regulador será feita por intermédio das Centrais de Regulação:

⁶⁹ “I - **Regulação de Sistemas de Saúde**: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; II - **Regulação da Atenção à Saúde**: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e III - **Regulação do Acesso à Assistência**: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização”. (BRASIL, Portaria de Consolidação nº 2, 2017).

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º) I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, I) II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, II) III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, III) § 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 2º).

Assim, a Política Nacional de Regulação do SUS é o processo pelo qual cada unidade federada disponibiliza o atendimento especializado com a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e outros critérios de priorização.

A matéria de leitos encontra-se inserida na Regulação de Acesso à Assistência, com ênfase aos arts. 5º, 6º, 8º e 9º, todos da Portaria de Consolidação nº 2/2017.

Conforme o art. 5º da portaria supracitada, a efetivação da Regulação do Acesso à Assistência ocorre pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

Ainda se contempla nas seguintes ações de regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências (inciso I) e controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados (inciso II), padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais (inciso III) e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (IV) (BRASIL, Portaria de Consolidação nº 2, 2017).

A regulação de tais atividades é de regulação médica, trata de protocolos, classificação de riscos e demais critérios de priorização.

Já o art. 6º “trata dos processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência”, “reforça o aprimoramento ou implantação de forma integrada”. Apesar de se referir a todas as esferas de gestão do SUS, respeita as competências de cada esfera de governo (BRASIL, Portaria de Consolidação nº 2, 2017).

Os artigos 8º e 9º da Portaria Consolidada nº 2, tratam de forma estruturada das atribuições e da estruturação da regulação de acesso, bem como do Complexo Regulador que,

é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores

Extraí-se do conjunto de normas o sentido comum de gestão, de planejamento, de adoção de critérios de atendimento, com ações e interesses voltados para os usuários.

Nessa proporção há que se pensar na oferta de serviços em resposta às demandas da população que vai desde a atenção primária (APS), com consultas e exames e, se necessário for, hospitalização e acesso a leitos de UTI, considerando os dados de perfil epidemiológico e demográfico brasileiro.

2.3.9 Do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal - CRDF

A regulação envolve a organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações e se efetiva por meio dos Complexos Reguladores, que são estruturas constituídas por centrais de regulação e uma rede de unidades de saúde organizadas por nível de complexidade a partir da atenção primária.

A Lei Orgânica do Distrito Federal, no seu art. 10, preconiza: “O Distrito Federal organiza-se em Regiões Administrativas (RA), com vistas à descentralização administrativa, à utilização racional de recursos para o desenvolvimento socioeconômico e à melhoria da qualidade de vida”

O DF é peculiar eis que possui características de município de grande porte e de um estado e descentraliza os serviços para a gestão em saúde.

Considerando que não se pode perder de vista as ações locais de saúde, no Distrito Federal em 2006, foi instituída a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) e estabelecidas as diretrizes e critérios para admissão e alta em UTI.

Com a criação do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal da Secretaria de Estado de Saúde (CRDF-SES), a CRIH passou a integrar o Complexo, através da Portaria nº 41, de 30 de agosto de 2006⁷⁰, definindo os fluxos operacionais relacionados ao funcionamento da Central e dispondo, ainda, acerca das competências de seus servidores.

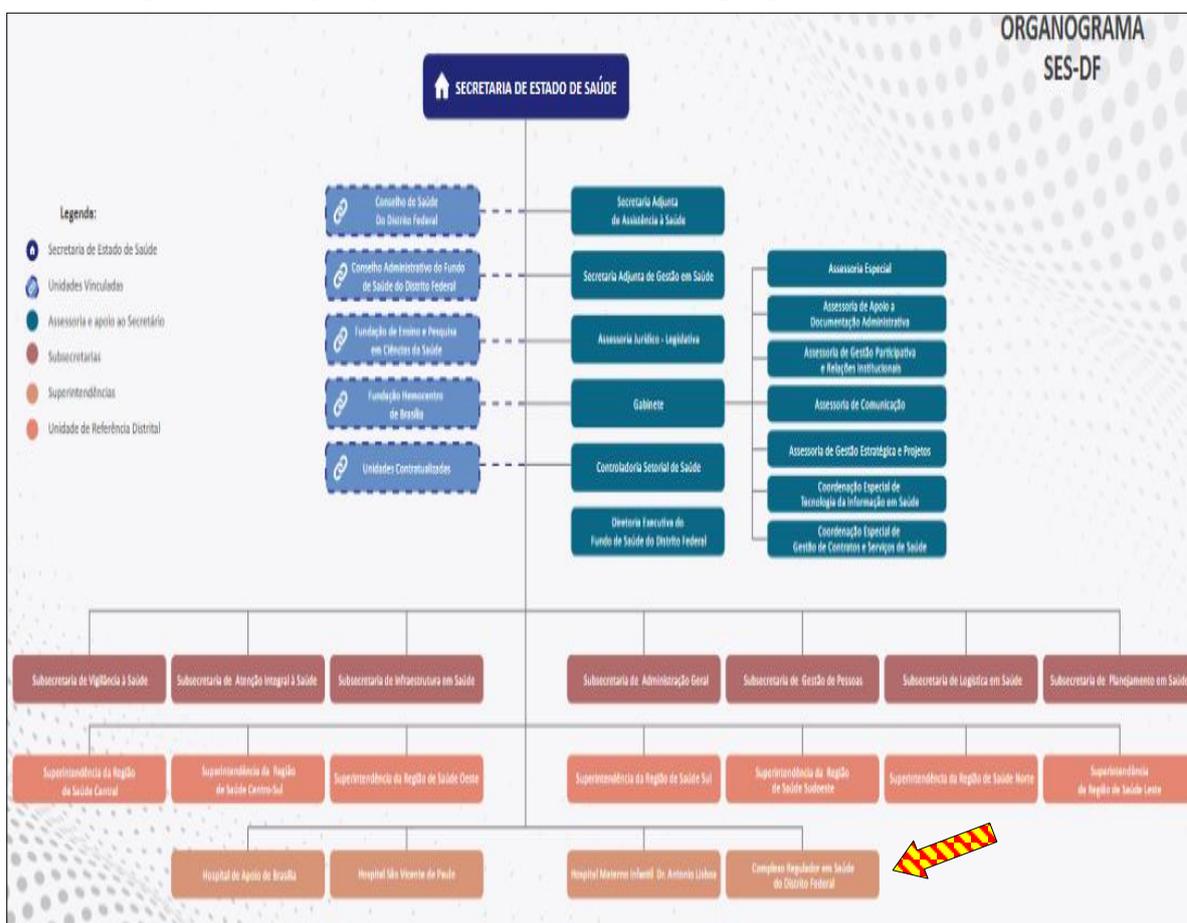
⁷⁰ Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/53496/Portaria_41_30_08_2006.html.

A SES/DF criou o CRDF por meio do Decreto nº 38.488, de 13 de setembro de 2017⁷¹. A Central de Regulação de Internação Hospitalar – CRIH é responsável pela organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso dos leitos de UTI e das Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) próprios, contratados e conveniados.

Atualmente, o CRDF-SES é composto por 04 (quatro) Diretorias que têm, entre outras atribuições, a tarefa de regular o acesso referente à Atenção Ambulatorial e Hospitalar da SES, o SAMU responsável por todo o atendimento móvel de urgência, a Central Estadual de Transplantes (CET) e a Diretoria Administrativa.

Os organogramas abaixo apresentam uma visão organizacional do SES-DF e do CRDF.

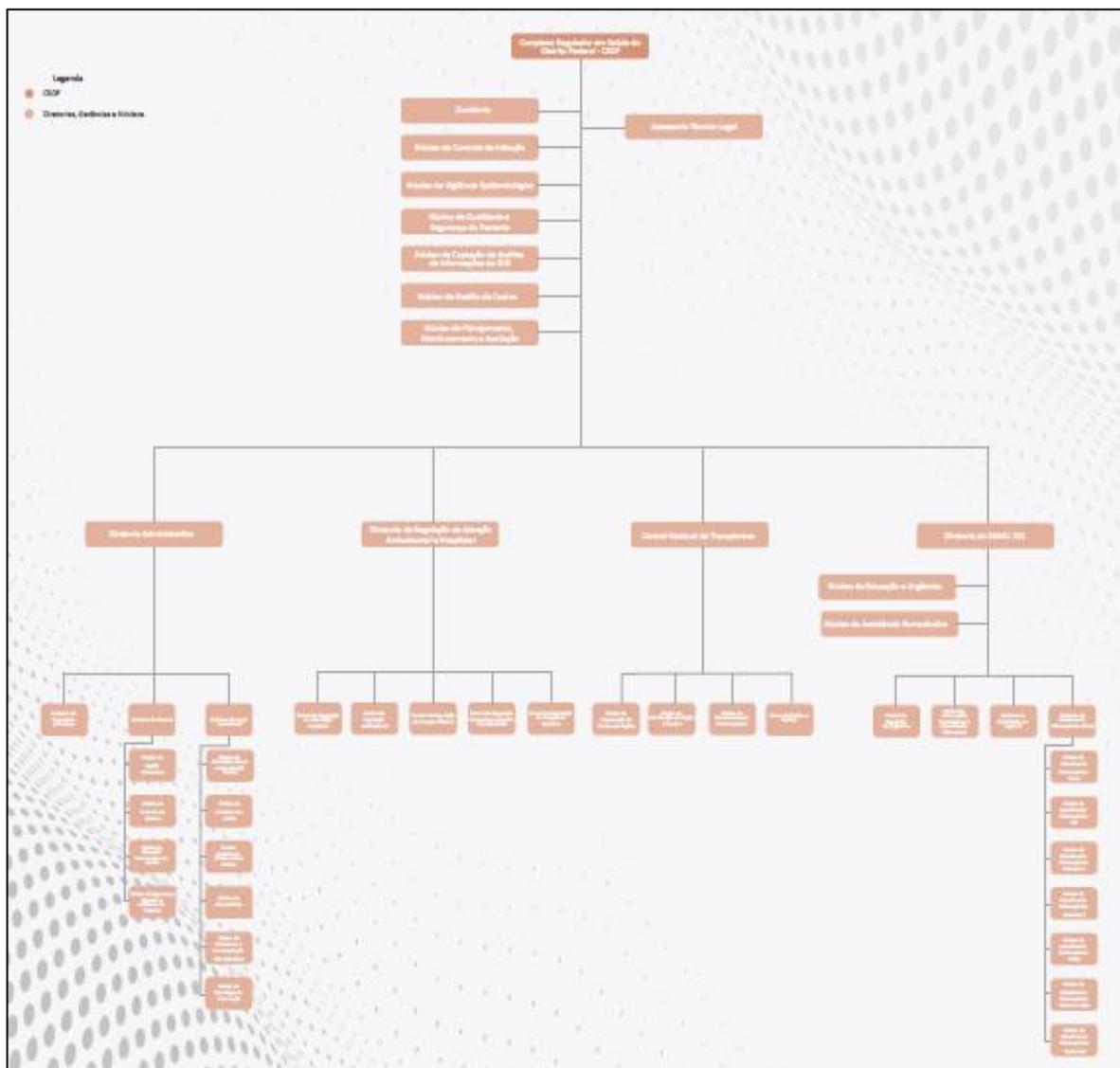
Figura 14 – Organograma da SES-DF (o destaque para o CRDF é da autora).



Fonte: <https://info.saude.df.gov.br/organogramas/> (acesso em: 11 jun. 23).

⁷¹ Disponível em: <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-489536!buscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action>.

Figura 15 – Organograma do CRDF.



Fonte: https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Organograma_SESDF_2022_CRDF.pdf (acesso em 11 jun. 23).

O objetivo do CRDF é regular o acesso do usuário aos serviços do SUS, o que significa prover, a partir da identificação da necessidade desse usuário, os recursos necessários para a assistência à sua saúde no tempo oportuno.

A SES/DF regula atualmente 100% do acesso aos leitos de UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto por meio de uma central no Complexo Regulador que funciona 24h, ininterruptas.

A figura 16 abaixo ilustra as atribuições do CRDF e suas CR.

Figura 16: Atribuições do CRDF e de suas CR, Distrito Federal, 2018.

Complexo Regulador em Saúde (CRDF)
- Garantir o acesso aos serviços públicos de saúde de forma adequada, levando em consideração os princípios da equidade, universalidade e integralidade; - Implementar ações que incidam sobre prestadores de serviços, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva das ações de saúde; - Fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde em plataformas operacionais de base nacional; - Orientar às diretorias dos hospitais próprios, conveniados e contratados da SES/DF, a adoção de medidas administrativas e assistenciais necessárias ao funcionamento da rede de atenção ao paciente; - Controlar a oferta de leitos disponíveis, bem como e a agenda de consultas, exames e procedimentos; - Padronizar os protocolos de regulação para as áreas reguladas após a pactuação dos gestores envolvidos; - Estabelecer as grades de referência e contra referência entre unidades, conforme fluxos e protocolos padronizados, diagnosticando, adequando e orientando os fluxos da assistência; - Capacitar de forma permanente as equipes de regulação que atuarão nas unidades de saúde; - Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação, auditoria em saúde e o processamento das informações de produção para a tomada de decisões; - Subsidiar a programação pactuada e integrada; - Organizar fluxos de referência especializada interregional e interestadual.
Centrais de Regulação (CR)
- Absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos, de acordo com os protocolos previamente estabelecidos; - Fazer a gestão e monitoramento da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; - Efetivar o controle dos limites físicos e financeiros dos serviços sob regulação, conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI); - Aplicar os critérios de classificação de risco, priorização de atendimentos e parâmetros de encaminhamentos, conforme pactuação prévia entre os atores envolvidos; - Executar a regulação do processo assistencial, baseada em protocolos regulatórios.

Fonte: O Complexo Regulador em Saúde do DF, de BATISTA, S. R. *et al* (2019), no quadro 1, p. 2047.
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>.

Em linhas gerais o fluxo de ações da central se inicia com o recebimento do pedido de solicitação de uma vaga de UTI a partir do médico assistente da unidade solicitante. Após a classificação do risco e prioridade do paciente, por meio de informações de suas condições clínicas, exames complementares e diagnóstico médico, inicia-se a procura na rede do SUS por vagas que atendam às necessidades do paciente, que pode ter a autorização de internação em leito de UTI, com admissão sob regulação ou, ainda, ter a internação recusada.

Destaque-se que a Portaria nº 713, de 21 de novembro de 2017, dispõe sobre o fluxo de pacientes egressos de UTI e dá outras providências.

A SES também regula parcialmente as seguintes ações e serviços: regulação de urgências, regulação de exames de alta complexidade (tomografia computadorizada, ressonância magnética), regulação de algumas consultas especializadas, além dos procedimentos relacionados aos transplantes. As centrais para regulação (figura 17) de todos os leitos de internação, cirurgias programadas e consultas especializadas estão em processo de estruturação e brevemente estarão implantadas⁷².

⁷² Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual.Processo.GER_GIR_05.10.2021+27-01-2023.pdf/b1962822-8284-849e-e350-d38db5b7773a?t=1674817783440.

Figura 17: Centrais de Regulação do CRDF segundo responsabilidades e subordinação.

Sigla	Central de Regulação	Escopo e responsabilidades	Subordinação
CERIH	Central de Regulação de Internação Hospitalar	Regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, com a regulação de leitos de UTI e a regulação de leitos gerais e internações clínicas e cirúrgicas.	DIRA AH [#]
CERA	Central de Regulação Ambulatorial	Responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, exames, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais.	DIRA AH [#]
CERAC	Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade	Regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu Estado de origem, como Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e a autorização dos procedimentos de alto custo realizados na rede SES/DF junto ao MS.	DIRA AH [#]
CERCE	Central de Regulação de Cirurgias Eletivas	Regulação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos em toda a rede SES/DF.	DIRA AH [#]
CERTS	Central de Regulação do Transporte Sanitário	Regulação do transporte eletivo de pacientes.	DIRA AH [#]
CERU	Central de Regulação de Urgências	Regulação do acesso aos serviços de urgência e emergência Pré-Hospitalar Móvel e Hospitalares.	Diretoria do SAMU 192
CEITAP	Central de Informações Toxicológicas e Atendimento Psicossocial	Regulação das urgências e emergências nas áreas de toxicologia, atenção psicossocial e violência. Referência em Toxicologia Clínica no SUS.	Diretoria do SAMU 192
CET	Central Estadual Transplantes	Regulação do acesso a transplantes em consonância com a Central Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde.	CET ^{##}

[#]Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar. ^{##}Diretoria da Central Estadual de Transplantes.

Fonte: O Complexo Regulador em Saúde do DF, de BATISTA, S. R. *et al* (2019), no quadro 2, p. 2048.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>.

Apesar do fato de que muitas centrais de regulação no país ainda funcionem de forma física, com registros em papel, é imprescindível o ajuste da tecnologia para a eficácia mínima no fluxo da regulação.

No DF o sistema informatizado TRAKCARE conforme sua descrição no site ⁷³ é um sistema de informação de saúde flexível para a prestação, gestão e transformação dos cuidados de saúde e está ajustado à realidade da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, trazendo padronização aos processos de trabalho, respeitando os perfis dos profissionais de saúde, sem deixar de lado as especificidades e a diversificação dos níveis de assistência da rede.

⁷³ Disponível em: <http://trakcare.saude.df.gov.br/>.

É utilizado pela CRDF para a inserção de dados dos profissionais executantes dos serviços, detalhamento do número de vagas, dias da semana, período de atendimento e todo o fluxo operacional.

Também há utilização do SISREG III⁷⁴ - Sistema Nacional de Regulação, do Ministério da Saúde e do SISLEITOS⁷⁵ - Sistema de Gerenciamento de Leitos-SES-DF.

As figuras 18 e 19 abaixo ilustram a estruturação das telas do TRAKCARE (os destaques em “vermelho” são do próprio manual).

Figura 18 – Tela do TRAKCARE com destaque na opção “Mandado Judicial?”

Impressão Ajudar

Solicitação de Internação hospitalar

Tipo de atendimento: UTI

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Unidade Solicitante: HRPL Box Clinica Medica

Telefone Próximo ao Paciente: 33883665

DADOS DA INTERNAÇÃO

Prioridade: Emergência/Urgência

Tipo de Leito: UTI

Sub Tipo de Leito: Adulto

Unidade de Internação Sugerida: CRIH-Central de Regulação de Internação Hospitalar

Diagnóstico Principal Inicial / CID: A41.9 Septicemia nao especificada

Procedimento Principal Solicitado:

Mandado Judicial?

Necessita Avanço Anestesiologista

Paciente Fora de Fluxo

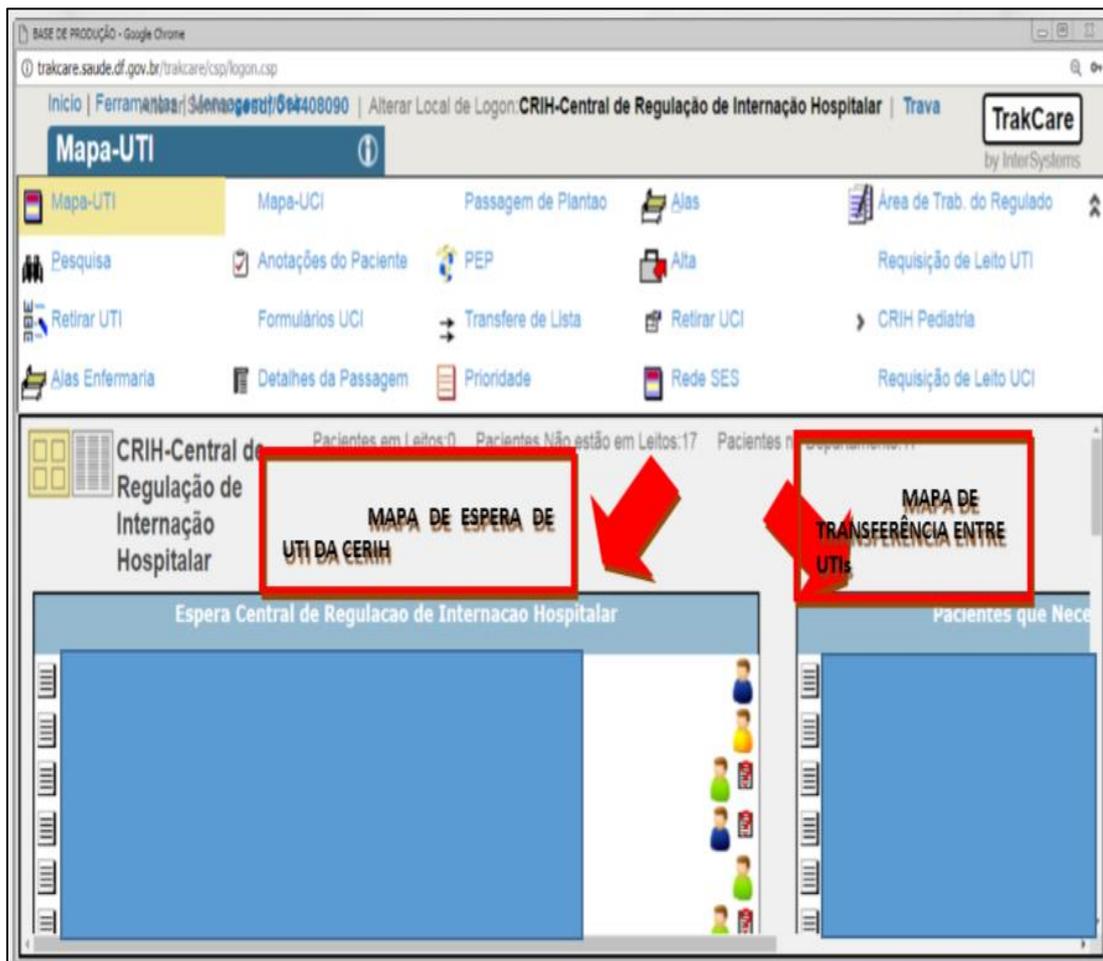
ATENÇÃO:
A solicitação de internação deverá conter as seguintes:
1-Quadro Neurológico: Niv consciência, Pupilas.
2-Quadro Respiratório: FR, Tipo de Suporte Ventilatór
3-Quadro Hemodinâmica: Uso de Drogas Vasoativas.
4-Quadro Renal: Diurese

Fonte: Manual de Regulação de Leitos do CRDF (jun. 2021 – p.35).

⁷⁴ Disponível em: <https://sisregiii.saude.gov.br/>.

⁷⁵ Disponível em: <http://sisleitos.saude.df.gov.br/>.

Figura 19 – Tela inicial do TRAKCARE para regulação de acesso a Leitos UTI – Rede SES.



Fonte: Manual de Regulação de Leitos do CRDF (jun. 2021 – p.15).

2.4 REGULAÇÃO EM SAÚDE – ABORDAGEM DOUTRINÁRIA

A regulação é uma expressão utilizada com sentidos diversos e, a depender das abordagens que envolve, pode apresentar significados múltiplos, mas de toda sorte costuma envolver intervenção, adaptação, equilíbrio, ajuste, controle e interação. E, ainda, costuma percorrer as ciências da vida, sociologia, ciências políticas, economia e direito.

Nos relembra Di Pietro (2009, p.20) que as ideias básicas para definir a atividade de regulação, originadas primordialmente na área econômica, incluem três elementos: a) estabelecimento de regras de condutas, característica presente em todos os conceitos; b) controle da atividade privada pelo Estado, que equivale à ideia de polícia administrativa; e c) finalidade pública, que seria de estabelecer o funcionamento equilibrado do mercado.

De igual modo, segundo Di Pietro (2009, p.20), é possível sintetizar uma definição segundo a qual “a regulação constitui-se como um conjunto de regras de conduta e de controle da atividade econômica pública e privada e das atividades sociais não exclusivas do Estado, com a finalidade de proteger o interesse público”.

Assim, quanto ao objeto do estudo, note-se que quando se fala de regulação em saúde no Brasil há referência ao SUS e à Lei nº 8.080/90, que a define como atribuição comum das três esferas de governo, estabelecendo ainda a cooperação técnica entre os três gestores públicos (BRASIL, 1990).

Esse caminho envolve a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, a implantação do SUS – Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991 a 1996, Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002 e, ainda, o Pacto pela Saúde, observada a Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 (Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017).

O SUS não adotou teoria explícita de regulação em saúde, mas quanto à operacionalização regulatória adverte Feliciello e alguns colaboradores (2012) estas experiências mostraram-se, na maioria das vezes, incipientes e pouco efetivas devido a um conjunto de fragilidades e inadequações, que se referem à legislação, processos e instrumentos e, principalmente, à ausência de mecanismos maduros de regulação sistêmica.

Observa, ainda, que o avanço da regionalização estes desajustes mostram-se limitantes para a organização de Redes de Atenção à Saúde, para o processo de regionalização cooperativa e, principalmente para garantir um cuidado contínuo e de qualidade aos usuários do SUS (FELICIELLO; VILALBA, 2012).

Mendes (2015) ao tratar da regulação do sistema de atenção à saúde considera a regulação estatal, isto é, o modelo tecnocrático de regulação, inerente à função do Estado num sistema público de atenção à saúde. Assim, afirma:

A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de atenção à saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população. Esse modelo tecnocrático de regulação está baseado na análise normativa produzida por expertos e deve ser capaz de estruturar, monitorar e avaliar as atividades do sistema de atenção à saúde de modo a verificar em que extensão os objetivos deste sistema foram alcançados (MENDES, 2015, p. 125).

Noutra ótica, sob o aspecto de sua abrangência, é possível divisar duas dimensões da regulação em saúde.

A macro regulação abrange, por exemplo, o estabelecimento de planos estratégicos e de projetos prioritários, a forma de relação com o controle social e com o setor privado, as definições orçamentárias gerais (FERREIRA, 2004 e SANTOS; MERHY, 2006).

A micro regulação se relaciona com aspectos operacionais. Abrange as atividades práticas dos regulados, o acesso cotidiano dos usuários, a articulação das regras gerais estabelecidas na macro regulação com as demandas da população para operacionalizar o acesso aos serviços (FERREIRA, 2004 e SANTOS; MERHY, 2006).

Aqui não se tem a pretensão de expor as teorias regulatórias de saúde e de seu acesso, mas apenas dar início à discussão acerca da observância da adoção de uma teoria mais útil à obtenção de resultados.

Diante dos problemas enfrentados pela sociedade nas prestações de saúde já não basta classificar os sistemas e enquadrá-los em problemas para fiscalizá-los em momento posterior.

Na atualidade, a regulação em saúde também se adequa à abordagem regulatória do comando e controle. Nas palavras de Aranha:

A abordagem regulatória de **comando e controle** tem por ponto de partida a assertiva de que a norma jurídica detém força própria de vedação de conduta ou exigência de comportamento em um ambiente institucionalizado de controle direto e permanente sobre uma determinada área da vida econômica. Essa abordagem considera a ameaça de sanções aflictivas como suficiente para realinhamento de conduta do particular e, em especial, dos interesses empresariais rumo ao interesse público ou ao interesse de toda a sociedade. Trata-se, portanto, de uma abordagem que é reforçada pela suposição de que o sistema jurídico manifesta-se por intermédio de atos coercitivos extrínsecos. (ARANHA, 2021, p. 55)

Em se tratando de prestações de saúde o que se verifica é a autoridade estatal.

Mas não se pode deixar de mencionar que em todo modelo regulatório há instrumentos de coerção, sejam extrínsecos ou intrínsecos.

E o sistema baseado em coerção externa se vale de instrumentos de comando e controle o que ocorre de forma distinta no caso de coerção interna, com técnica de incentivos.

No cenário geral se fala mais em medicamentos e controle de gastos. Resta evidente que, em se tratando de UTI o formato regulatório é de puro comando e controle, com os casos de transferência, critérios de periodicização, distribuição de leitos.

Mas existe uma teoria mais avançada que propõe algo mais condizente com cada região, que proporcione soluções para as falhas regulatórias.

Há caminhos, sem a imposição de sanções imediatas, de forma que envolva também o regulado na solução.

2.5 UTI E OUTROS ASPECTOS - ESCOLHAS TRÁGICAS E *GUIDELINES*

Com relação à admissão de uma pessoa na UTI, há diversos modelos que devem ser considerados, tais como o modelo diagnóstico, o modelo de parâmetros objetivos e, ainda, o modelo de priorização.

Além desses cada unidade hospitalar pode criar seus próprios protocolos.

Diante da complexidade do sistema que envolve os leitos de UTI a tomada de decisão sobre uma eventual medida de urgência para quem irá ocupar leitos de UTI, em cenário de escassez de recursos, pode significar uma “escolha trágica”, como aconteceu na pandemia.

Muito embora possam ser utilizados vários critérios de admissão pelos profissionais envolvidos na coordenação e triagem a estrutura de funcionamento da UTI é complexa e exige a observância de alguns dos *guidelines* orientadores da conduta do médico ao classificar a gravidade do paciente e as urgências.

Tais diretrizes clínicas são instrumentos relevantes nas práticas médicas que podem indicar desfechos positivos ou negativos e subsidiar recomendações baseadas em evidências científicas.

Na situação de escolha a triagem a precisa seguir parâmetros adequados de priorização de leitos. A tese das escolhas trágicas foi desenvolvida por Stephen Holmes e Cass R. Sunstein, que sustentam: escolher ‘X’ sobre ‘Y’ reflete desistir de ‘Y’, que, se for a alternativa perdida mais valorizada, é definido como o custo de escolher X⁷⁶.

Na prática, a primeira ideia para a sustentação de uma escolha reflete o pensamento de que, terá prioridade o paciente em condições mais agravadas e, num segundo momento, quem chegou primeiro.

⁷⁶ HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. *The cost of rights: why liberty depends on taxes*. New York: W. W. Norton & Co., 1999).

Ambos os critérios são criticados, pois realçam a condição individual do paciente, pois há que se incluir a necessidade de atender ao máximo de beneficiários da melhor forma possível.

George Marmelstein e Ana Carolina Morozowski afirmam que o princípio da maximização do bem-estar – incluído na base de diversos *guidelines* elaborados por instituições de saúde no mundo – tende a adotar três pilares fundamentais que podem se imbricar em uma mesma atividade de triagem:

- (a) priorizar as escolhas que salvem o máximo de vidas possível (*saving lives*);
- (b) priorizar as escolhas que salvem o máximo de anos de vida possível (*saving life years*); e
- (c) priorizar escolhas que salvem o máximo de anos de vida ajustados com a qualidade (*saving QALY –Quality-adjusted life year*)⁷⁷.

Outra diretriz importante é o *NICE - The Nacional Institute for Health Care Excellence*⁷⁸, que sustenta a estrutura de alocação baseada principalmente em: (i) salvar vidas; e (ii) salvar anos de vida.

Os pacientes de Unidade de Terapia Intensiva recebem uma pontuação que quanto mais baixa maior a chance de se obter uma vaga. Os grupos de prioridade são codificados por cores, conforme as prioridades clínicas estabelecidas pela Portaria nº 200, de 6 de agosto de 2015, a qual também é encaminhada para a visualização dos magistrados para subsidiar a tomada de decisões.

Note-se que os pacientes de UTI podem variar o quadro de maneira súbita e mudar a criticidade do estado de saúde.

A classificação prévia também não é impositiva para concessão de medidas, em caso de judicialização, mas a deferência à ciência é recomendável.

Na figura 20 a seguir pode-se observar as cores que codificam os grupos de prioridades clínicas, conforme página 25 do Manual de Regulação de Leitos do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF), de junho de 2021.

⁷⁷ MARMELSTEIN, George; MOROZOWSKI, Ana Carolina. **Que Vidas Salvar?** Escassez de Leitos de UTI, Critérios Objetivos de Triagem e a Pandemia da COVID-19. *Revista Publicum*, v. 6, n. 1, p. 97, 2020.

⁷⁸ *NICE -National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults (NG159)*. Disponível em: https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

Figura 20 – Prioridades Clínicas estabelecidas pela Portaria n° 200, de 06 ago. 2015.

Prioridade 1 	Inclui os pacientes gravemente doentes, instáveis, com chances significativas de recuperação, os quais necessitam de monitorização e tratamento intensivo que não podem ser prestados fora da UTI. Esses tratamentos compreendem: suporte ventilatório invasivo e não invasivo, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou intervenções agudas. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir a terapêutica necessária.
Prioridade 2 	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 3 	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 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.

Fonte: Manual de Regulação de Leitos do CRDF (jun. 2021 – p.25).

A Resolução CFM n° 2.156 do Conselho Federal de Medicina, de 28 de outubro de 2016⁷⁹, trata da admissão e alta em UTI. Os critérios de admissão estão previstos, no art. 5°, “São considerados critérios de admissão em unidade de tratamento intensivo (UTI) instabilidade clínica, isto é, necessidade de suporte para as disfunções orgânicas, e monitoração intensiva”.

A prioridade, conforme o art. 6° e §(s), serve para indicar a necessidade de intervenção de suporte à vida ou monitorização intensiva. Após identifica a probabilidade de recuperação ou necessidade de intervenção imediata, com ou sem limitação de intervenção terapêutica e, ao final, recomenda que pacientes com baixa expectativa de recuperação e próximos da morte recebam, de preferência, cuidados paliativos (art. 7°).

Já os critérios de alta, no art. 10: a) Paciente que tenha seu quadro clínico controlado e estabilizado e b) Paciente para o qual tenha se esgotado todo o arsenal terapêutico curativo/restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna e, se possível, junto com sua família.

⁷⁹ Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=331807>.

Há que se considerar que os pacientes que necessitam de internação em UTI têm gravidade e diversos graus de recuperação. Os critérios adequados de triagem para admissão são de suma importância para a vida do paciente! Mas a ocupação dos leitos de ver ser feita com racionalidade.

O Distrito Federal, recentemente, revisou por meio de Nota Técnica nº 05/2020 - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI⁸⁰ os critérios de admissão para internação de pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI) e em unidades de cuidados intermediários (UCI) na rede de saúde SES/DF, a fim de demonstrar um novo modelo de assistência adulto, pediátrica e neonatal, considerando assistência intensiva articulado em dois níveis de complexidade, ou seja, maior e menor complexidade, para pacientes adultos, pediátricos e neonatais da rede SES/DF com leitos próprios conveniados e/ou contratados.

Por fim, a triagem de pacientes da UTI envolve também uma completude de questões morais e éticas que podem significar escolhas fatalmente trágicas se inobservadas as recomendações médicas e científicas.

2.6 UTI - DIREITO À MORTE DIGNA

O assunto se relaciona à problemática da vida e à dignidade da pessoa humana, como direito fundamental não se concebendo que um profissional da área médica omita de seu paciente o diagnóstico ou o procedimento adequado.

A morte digna não se confunde com quaisquer um dos métodos de pôr termo a um ciclo de vida, nem mesmo à eutanásia, distanásia ou ao suicídio mas, somente, à aceitação ou recusa de tratamentos médicos ou de esforços terapêuticos na boa prática médica.

No Brasil, ao contrário do preceito constitucional da dignidade humana, durante a pandemia da COVID 19 presenciamos a mistanásia (morte miserável), na horrenda situação em que vários pacientes morreram à espera de atendimento, de forma desumana de acomodação em cadeiras e no chão, indo a óbito por omissão no atendimento ou insuficiência de recursos.

⁸⁰ Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64164/Revis%C3%A3o+dos+Crit%C3%A9rios+de+admiss%C3%A3o+para+Interna%C3%A7%C3%A3o+de+Pacientes+em+Unidades+de+Terapia+Intensiva+%28UTI%29+em+Unidades+de+Cuidados+Intermedi%C3%A1rios+%28UCI%29+na+Rede+de+Sa%C3%Bade+SES-DF.pdf>.

O caos existiu, e foram enfrentados vários dilemas éticos, desde a escolha de um paciente para ocupar um leito até à opção por uma manobra de não reanimação (decisão pela ONR).

Mas a forma como alguém morre deve respeitar a personalidade de cada um, de forma individual, com observância aos seus valores, crenças e concepções adquiridos durante a vida.

Assim, Ronald Dworkin aborda a questão do paciente terminal:

O fato de estar ou não entre os direitos fundamentais de uma pessoa ter um final de vida de um jeito ou de outro depende de tantas outras coisas que lhe são essenciais – a forma e o caráter de sua vida, seu senso de integridade e seus interesses críticos – que não se pode esperar que uma decisão coletiva uniforme sirva a todos de uma mesma maneira (DWORKIN, 2009, p. 301).

E, ainda, conclui: “O direito de uma pessoa competente à autonomia exige que suas decisões passadas sobre como devem tratá-la em caso de demência sejam respeitadas mesmo quando contrariem os desejos que venha a manifestar em uma fase posterior de sua vida”. (DWORKIN, 2009, p. 325).

No que se relaciona à UTI e leitos alguns pacientes podem ser submetidos aos cuidados paliativos que, conforme conceito fornecido pela OMS, consistem “na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (WHO, 2002)⁸¹.

Trata-se de uma forma de assistência à saúde voltada aos cuidados finais de vida, mas se distingue da medicina curativa, que foca no cuidado integral, prevenção e controle de sintomas. Por mais que a população mundial esteja envelhecendo a prática não possui uma diretriz única estabelecida quanto ao tratamento ideal para pacientes terminais nas unidades de terapia intensiva.

A OMS em 2004 incluiu um novo documento chamado de *The solid facts - Palliative Care*, que reitera a necessidade de incluir os cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção aos idosos.

⁸¹ Disponível em: <https://www.who.int/pt>.

Há uma variabilidade internacional sobre a sua aplicação pois depende das condições socioeconômicas e políticas para a sua efetivação. No Brasil o CFM editou algumas resoluções importantes sobre o tema, quais sejam, legitimidade da ortotanásia (Resolução CFM nº 1805/06), menção no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1931/09 e Resolução CFM nº 2217/2018, que revogou a anterior), definição da medicina paliativa como área de atuação (Resolução CFM nº 1973/11) e, por fim, as diretivas antecipadas da vontade dos pacientes (Resolução CFM nº 1995/12).

No SUS é importante destacar a Resolução GM/MS nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

Os casos concretos envolvem discussões acerca de temas impactantes, tais como, tratamento domiciliar para pacientes terminais, alto custo dos serviços fora da cobertura dos planos, internação em unidades especializadas, transferência e manutenção (ou não) em leitos gerais ou de UTI em razão do caráter do tratamento paliativo (não curativo), responsabilidade civil objetiva ou subjetiva estatal, falha de prestação de serviço público de saúde, direito à recusa de tratamento, direito de não ser submetido a tratamento desumano ou degradante, intimidade e sigilo.

A problemática envolve a análise da sobrevida de um indivíduo e na prática pode significar a liberação ou ocupação de um leito, com impacto no tratamento escolhido e sua necessidade para prolongar a vida ou para uma morte digna.

3 DOS EFEITOS DISRUPTIVOS DA JUDICIALIZAÇÃO

3.1 O DIREITO À SAÚDE SOB À ÓTICA DA VERTENTE CONSTITUCIONAL E OS RECENTES POSICIONAMENTOS DO STF E STJ

O direito à saúde tem sido obtido por meio da tutela jurisdicional, para fazer valer toda e qualquer necessidade garantida constitucionalmente e não exercitada⁸².

Mas, apesar da judicialização ser um instrumento democrático de proteção e garantia constitucional não há consenso sobre a adequação do sistema de justiça para obtenção do direito social à saúde, ou à vida.

A judicialização da saúde é matéria de alta expressividade nos cenários político e jurídico nacional, mas também com reflexos internacionais quer seja pela globalização econômica ou pela internacionalização dos problemas sanitários⁸³.

Nesse tópico destacaremos alguns julgados e iniciativas importantes para fins de visualização da evolução da judicialização da saúde e suas fases no sistema de justiça brasileiro.

No entanto, há entendimentos diversos na esfera jurisdicional que interpretam o direito à saúde como um direito ilimitado e absoluto para a satisfação de prestações de saúde.

No que diz respeito ao direito público subjetivo à saúde, o entendimento do Supremo Tribunal Federal é bem direcionado para a efetivação do direito em casos individuais, o que não ocorre com o direito à saúde como um direito público social.

Na acepção de Gilmar Ferreira Mendes e Paulo Gustavo Gonet Branco (GROTTI; MOCCIA, 2010, p. 23-24):

(...) esse direito público subjetivo é assegurado mediante políticas sociais e econômicas. Ou seja, não há um direito absoluto a qualquer procedimento necessário para a proteção, promoção e recuperação da saúde, independentemente da existência de uma política pública que o concretize. Há um direito público subjetivo a políticas públicas que promovam, protejam e recuperem a saúde.

⁸² RE nº 684612 RG/RJ (Min. Relatora Cármen Lúcia, 06/02/2014), disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=230677751&ext=.pdf> e o AI - AgRg nº 810864 (Min. Relator Luis Roberto Barroso, 18/11/2014), disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=292966758&ext=.pdf>.

⁸³ Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1542/aceso-a-medicamentos-e-cooperacao-sul-sul-um-estudo-de-caso-de-negociacao-conjunta-de-precos-na-america-do-sul>.

Assim, o Poder Judiciário vem sofrendo uma avalanche de ações de saúde no intuito de forçar o Estado a cobrir tratamentos e fornecer medicamentos não contemplados na política pública estabelecida pela respectiva Secretaria de Saúde ou Ministério da Saúde.

No contexto da judicialização da política evidenciou-se a judicialização de prestações sanitárias. Nesse sentido, o STF em caso paradigmático, decidiu em sede de repercussão geral, com o seguinte trecho em destaque:

Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida [...] (BRASIL, STF, 2000, p.10).

O precedente citado reconheceu o direito público subjetivo à saúde do paciente portador de AIDS/HIV garantindo-se, assim, acesso universal à terapia antirretroviral à população soropositiva, conforme previsto na Lei nº 9.313/96.

Muito embora não se possa afirmar que as decisões judiciais de saúde propiciem a formulação de políticas públicas para uma determinada patologia o julgado citado foi um *leading case* para que, no caso específico da AIDS/HIV, o Ministério da Saúde promovesse ações além da dispensação de medicamentos, com a Política Nacional de DST/AIDS⁸⁴, campanhas de prevenção, forte atuação para a quebra de patentes, fortalecimento de laboratórios públicos e outros.

Mesmo após uma década da decisão paradigmática houve um aumento considerável de ações ajuizadas que versaram sobre o tema de saúde nas esferas estadual e federal sendo convocada pelo então Presidente do STF, Min. Gilmar Mendes uma audiência pública, realizada entre abril e maio de 2009, para os debates acerca da judicialização da saúde no Brasil⁸⁵.

Para Wang (2013) o STF realizou audiência pública em saúde reunindo especialistas da área, autoridades públicas, advogados e organizações civis com a finalidade de discutirem a

⁸⁴ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf.

⁸⁵ Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Despacho_Convocatorio.pdf.

judicialização desse direito e obterem técnicas científicas, administrativas, políticas e econômicas para que o Tribunal pudesse orientar e uniformizar suas decisões.

A Audiência Pública nº 4 foi um marco democrático na busca por soluções judiciais em matéria de saúde e acabou resultando na participação de autoridades e especialistas em saúde pública para elaboração de iniciativas, definição de diretrizes hermenêuticas, estabelecimento de orientações jurisprudenciais, bem como a criação do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução de demandas de assistência à saúde.

No que se refere às sugestões de iniciativas algumas tiveram maior relevo, tais como: o aprimoramento da atuação das instâncias regulatórias no Brasil, tendo papéis destacados para a ANVISA (registro) e para o CITEC (incorporação ao SUS); consideração pelo Poder Judiciário dos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde; fornecimento de assessoria técnica ao Poder Judiciário⁸⁶ e regulamentação da Emenda Constitucional nº 29⁸⁷.

Note-se que o CITEC foi substituído pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), nos termos da Lei nº 12.401/2011⁸⁸ e pelo Decreto nº 7.646/2011⁸⁹, para fins de incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS.

Outra orientação importante se deu quanto à observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que passaram a integrar enunciados aprovados nas Jornadas de Direito da saúde do CNJ⁹⁰.

Atualmente, sobre o tema, vigora o Enunciado nº 11:

Nos casos em que o pedido em ação judicial seja de medicamento, produto ou procedimento já previsto nas listas oficiais do SUS ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - (PCDT), o Poder Judiciário determinará a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no Sistema Único de Saúde - SUS, para o fim de acompanhamento e controle clínico. Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019. (BRASIL, CNJ, 2019, Enunciado nº 11, p.3).

⁸⁶ A partir da Recomendação nº 31, de 30/03/2010, expedida pelo CNJ e disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>.

⁸⁷ Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.

⁸⁸ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm.

⁸⁹ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm

⁹⁰ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>.

Por fim, no âmbito do Poder Executivo foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras⁹¹, por força da Portaria nº 199⁹², de 30 de janeiro de 2014 e, ainda, a publicação de diversos PCDTs⁹³.

Algumas orientações jurisprudenciais merecem ser ressaltadas após a realização da referida audiência pública, muito embora a maioria tenha tratado de medicamentos.

A primeira decisão a ser analisada refere-se ao julgamento do Recurso Extraordinário nº 657.718/2019⁹⁴, por meio do qual o STF enfrentou a possibilidade de o Estado ser compelido a fornecer medicamento experimental ou não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

A tese firmada, com repercussão geral reconhecida, desobriga o Estado a fornecer medicamento experimental ou sem registro da ANVISA, salvo em situações excepcionais, *v.g.*, a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

No que se refere ao fornecimento de medicamentos não padronizados (fora da lista do SUS) é relevante o julgamento constante do Recurso Especial Representativo de Controvérsia nº 1.657.156/2018⁹⁵.

⁹¹ No Brasil, é considerada doença rara aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, conforme RDC ANVISA nº 205, de 28 de dezembro de 2017, art. 3º, I. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/anvisa/2017/rdc0205_28_12_2017.pdf.

⁹² Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html.

⁹³ Disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>.

⁹⁴ A referida decisão está transcrita a seguir: **Decisão:** O Tribunal, apreciando o tema 500 da repercussão geral, deu parcial provimento ao recurso extraordinário, nos termos do voto do Ministro Roberto Barroso, Redator para o acórdão, vencidos os Ministros Marco Aurélio (Relator) e Dias Toffoli (Presidente). Em seguida, por maioria, fixou-se a seguinte tese: "1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União", vencido o Ministro Marco Aurélio. Ausente, justificadamente, o Ministro Celso de Mello. Plenário, 22.05.2019. Tal conteúdo encontra-se nos despachos referentes ao citado RE, para o dia 22 maio 2023 em "Julgado mérito de tema com repercussão geral". Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>.

⁹⁵ EDcl no REsp 1.657.156-RJ, Rel. Min. Benedito Gonçalves, Primeira Seção, por unanimidade, julgado em 12/09/2018, DJe 21/09/2018 (Tema 106). Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/processo/revista/>

A tese fixada pelo STJ estabelece que constitui obrigação do poder público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que presentes, cumulativamente, os seguintes requisitos:

1) a comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;

2) a incapacidade financeira de o paciente arcar com o custo de medicamento prescrito;

e

3) a inexistência de registro do medicamento na Anvisa.

Houve modulação dos efeitos da decisão para considerar que “os critérios e requisitos estipulados somente serão exigidos para os processos que forem distribuídos a partir da conclusão do julgamento”⁹⁶.

A decisão determina, ainda, que após o trânsito em julgado de cada processo, o Ministério da Saúde e a Comissão Nacional de Tecnologias do SUS (CONITEC) sejam comunicados para que realizem estudos quanto à viabilidade de incorporação do medicamento pleiteado no âmbito do SUS.

Por fim, merece destaque o julgamento proferido no Recurso Extraordinário nº 566.471⁹⁷, em que se discutiu, a obrigatoriedade de o Estado fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave desprovido de condições financeiras para custear o insumo.

A princípio, a decisão desobrigou o Estado de fornecer medicamentos de alto custo, quando não houver previsão na relação do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional, do SUS.

Já no caso de medicamentos não integrantes do sistema, a obrigatoriedade do fornecimento fica condicionada à comprovação da extrema necessidade do fármaco e à incapacidade financeira do paciente para o custeio.

Definiu-se, ainda, que em decorrência do princípio da universalidade da cobertura, que a condição de hipossuficiência seja definida caso a caso, considerando as particularidades.

documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=87894339&num_registro=201700256297&data=20180921&tipo=5&formato=PDF.

⁹⁶ Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/porta1p/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-04-25_12-20_Primeira-Secao-define-requisitos-para-fornecimento-de-remedios-fora-da-lista-do-SUS.aspx.

⁹⁷ Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15358013974&ext=.pdf>.

Recentemente, o Supremo Tribunal Federal apreciou o Tema 793⁹⁸ da Repercussão Geral que, em síntese, estabeleceu o seguinte entendimento:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. (BRASIL, STF, 2019, p.2).

A Corte de Vértice constitucional manteve o entendimento reafirmando a tese da responsabilidade solidária antes já reconhecida na Suspensão de Tutela Antecipada STA nº 175⁹⁹ a qual reconheceu o acesso à justiça como forma de garantir prestações específicas relacionadas à saúde, bem como assegurou o “mínimo existencial” acerca do direito, mas enfatizou a observância das dimensões subjetivas (individual e coletiva) e objetiva do direito à saúde.

Assim, prevaleceu o entendimento de que o direito à saúde deve ocorrer com base em políticas públicas existentes, mas admite exceções. Se, no caso concreto, a demanda não estiver prevista nas políticas públicas é vital que se avalie a origem da omissão; legislativa ou

⁹⁸ Ementa: Constitucional e Administrativo. Embargos de Declaração em Recurso Extraordinário com Repercussão Geral reconhecida. Ausência de omissão, contradição ou obscuridade. Desenvolvimento do precedente. Possibilidade. Responsabilidade de solidária nas demandas prestacionais na área da saúde. Desprovisionamento dos Embargos de Declaração. 1. É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente. 2. A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. 3. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Precedente específico: RE 657.718, Rel. Min. Alexandre de Moraes. 4. Embargos de declaração desprovidos. (RE 855178 ED, Relator(a): Luiz Fux, Relator(A) p/ Acórdão: Edson Fachin, Tribunal Pleno, Julgado em 23/05/2019, Processo Eletrônico Repercussão Geral - Mérito DJe-090 Divulg 15-04-2020 Public 16-04-2020). Ementa disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15342892719&ext=.pdf>, na página 1.

⁹⁹ "Suspensão de Segurança. Agravo Regimental. Saúde pública. Direitos fundamentais sociais. Art. 196 da Constituição. Audiência Pública. Sistema Único de Saúde – SUS. Políticas Públicas. Judicialização do direito à saúde. Separação de poderes. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Fornecimento de medicamento: Zavesca (miglustat). Fármaco registrado na Anvisa. Não comprovação de grave lesão à ordem, à economia, à saúde e à segurança públicas. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento." (STA 175-AgR, Rel. Ministro Gilmar Mendes, Tribunal Pleno, julgado em 17 de março de 2010). Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>, na página 1.

administrativa ou, ainda, se houve uma negativa administrativa de não fornecer a prestação requerida ou se existe vedação legal.

Ocorre que o STF em 2023, referendou o pedido de tutela incidental do Tema 1.234 da sistemática da repercussão geral (RE 1.366.243)¹⁰⁰, com o entendimento de que “as demandas judiciais envolvendo medicamentos ou tratamentos padronizados” deverão ter no polo passivo os entes responsáveis pelo fornecimento da demanda segundo normas do SUS”¹⁰¹.

O pedido foi apreciado posteriormente ao julgamento do IAC 14¹⁰² pelo Superior Tribunal de Justiça sob o principal entendimento de que:

As regras de repartição de competência administrativas do SUS não devem ser invocadas pelos magistrados para fins de alteração ou ampliação do polo passivo delineado pela parte no momento da propositura ação, mas tão somente para fins de redirecionar o cumprimento da sentença ou determinar o ressarcimento da entidade federada que suportou o ônus financeiro no lugar do ente público competente, não sendo o conflito de competência a via adequada para discutir a *legitimidade ad causam*, à luz da Lei n. 8.080/1990, ou a nulidade das decisões proferidas pelo Juízo estadual ou federal, questões que devem ser analisada no bojo da ação principal (BRASIL, STJ, 2023, Destaque letra “B”).

¹⁰⁰ Decisão: O Tribunal, por unanimidade, referendou a decisão proferida em 17.4.2023, no sentido de conceder parcialmente o pedido formulado em tutela provisória incidental neste recurso extraordinário, "para estabelecer que, até o julgamento definitivo do Tema 1234 da Repercussão Geral, a atuação do Poder Judiciário seja regida pelos seguintes parâmetros: (i) nas demandas judiciais envolvendo medicamentos ou tratamentos padronizados: a composição do polo passivo deve observar a repartição de responsabilidades estruturada no Sistema Único de Saúde, ainda que isso implique deslocamento de competência, cabendo ao magistrado verificar a correta formação da relação processual, sem prejuízo da concessão de provimento de natureza cautelar ainda que antes do deslocamento de competência, se o caso assim exigir; (ii) nas demandas judiciais relativas a medicamentos não incorporados: devem ser processadas e julgadas pelo Juízo, estadual ou federal, ao qual foram direcionadas pelo cidadão, sendo vedada, até o julgamento definitivo do Tema 1234 da Repercussão Geral, a declinação da competência ou determinação de inclusão da União no polo passivo; (iii) diante da necessidade de evitar cenário de insegurança jurídica, esses parâmetros devem ser observados pelos processos sem sentença prolatada; diferentemente, os processos com sentença prolatada até a data desta decisão (17 de abril de 2023) devem permanecer no ramo da Justiça do magistrado sentenciante até o trânsito em julgado e respectiva execução (adotei essa regra de julgamento em: RE 960429 ED-segundos Tema 992, de minha relatoria, DJe de 5.2.2021); (iv) ficam mantidas as demais determinações contidas na decisão de suspensão nacional de processos na fase de recursos especial e extraordinário". Tudo nos termos do voto do Relator. Plenário, Sessão Virtual Extraordinária de 18.4.2023 (00h00) a 18.4.2023 (23h59). Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>.

¹⁰¹ Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=505930&ori=1>.

¹⁰² Incidente de Assunção de Competência (IAC 14/STJ). Conflitos de Competência n. 187.276/RS, 187.533/SC e 188.002/RS. Direito à saúde. Dispensação de medicamento não incorporado ao SUS. Registro na ANVISA. Tema n. 793/STF da Repercussão geral). Solidariedade entre os entes da federação. Ocorrência. Interesse jurídico da União. Exame. Justiça federal. Conflito negativo de competência. Litisconsórcio passivo necessário. Inexistência. Justiça estadual. Competência. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisarumaedicao&livre=%2070770%27.cod.#:~:text=Incidente%20de%20Assun%C3%A7%C3%A3o%20de%20compet%C3%A2ncia%20\(IAC,passivo%20necess%C3%A1rio.%20Inexist%C3%A2ncia.%20Justi%C3%A7a%20estadual.%20Compet%C3%A2ncia](https://processo.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisarumaedicao&livre=%2070770%27.cod.#:~:text=Incidente%20de%20Assun%C3%A7%C3%A3o%20de%20compet%C3%A2ncia%20(IAC,passivo%20necess%C3%A1rio.%20Inexist%C3%A2ncia.%20Justi%C3%A7a%20estadual.%20Compet%C3%A2ncia).

A análise do mérito do Tema 1.234 encontra-se pendente de julgamento, mas já indica uma sobrecarga ao próprio poder judiciário com ações de ressarcimento inter federativo de entes contra outros entes.

Aliás, quanto ao ressarcimento, a Primeira Turma do STF decidiu acerca da possibilidade de que seja feito em ação judicial própria ou administrativamente:

Por certo que há possibilidade de o ente político que tiver de cumprir o comando sentencial pleitear, em ação judicial própria ou na esfera administrativa, o ressarcimento em face daquele que, primordialmente, no seu entender, e em conformidade com a repartição de competências do Sistema Único de Saúde, seria o responsável pela disponibilização do tratamento/medicamento pleiteado, com o que se observarão, rigorosamente, os princípios constitucionais do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa, oportunizando-se, assim, ampla discussão que se recomenda à análise de matéria que, a depender do caso, pode apresentar certa complexidade. (BRASIL, STF, 2021, p.8).

Há que se considerar também o interesse em soluções conciliatórias, conforme se verifica de notícia atual extraída do site do TRF da 4ª Região:

O Núcleo de Conciliação da Justiça Federal do Paraná (Cejuscon), em parceria com o Sistema de Conciliação do TRF4, acaba de homologar acordos em ações que envolvem matéria de saúde. O valor chegou a R\$ 9.718.630,30 (nove milhões, setecentos e dezoito mil e seiscentos e trinta reais e trinta centavos). As ações envolvem o Estado do Paraná e União, visando ao ressarcimento do governo estadual de valores despendidos para custeio de medicamentos em razão de ordens judiciais relativas à aquisição dos fármacos e produtos arrolados¹⁰³. (Portal TRF4, 2022).

No caso de ressarcimento de valores de medicamentos/prestação de serviços de saúde há informação de que:

A Procuradoria-Geral do Estado do Paraná (PGE) e a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), por intermédio da Procuradoria da Saúde, Assessoria de Judicialização da Saúde e Centro de Medicamentos do Paraná (Cemepar), já garantiu que o Governo do Paraná recebesse R\$ 42.817.936,56, a título de ressarcimento, após a aquisição de medicamentos e insumos de alto custo para ajudar a população¹⁰⁴. (Portal Agência Estadual de Notícias, 2023).

A tese do Tema 793 não tratou de litisconsórcio ou sobre a obrigatoriedade da União integrar o polo passivo das demandas de saúde.

¹⁰³ Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=noticia_visualizar&id_noticia=26528.

¹⁰⁴ Disponível em: <https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Projeto-inedito-garante-dinamismo-entre-Uniao-e-Estado-para-compra-de-medicamentos-caros>.

O Supremo Tribunal Federal (STF), até o momento, só fixou a tese de obrigatoriedade da presença da União no polo passivo das ações sobre medicamentos e outras tecnologias não registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme o Tema 500.

As atribuições de cada um dos entes precisam ser harmonizadas, quer seja em razão da lei ou ajustada entre eles, ainda que o ente responsável pelo financiamento da obrigação não compuser, a princípio, o polo passivo da relação jurídico-processual.

Assim, compete a autoridade judicial direcionar o cumprimento em conformidade com as regras de repartição de competências, observados os critérios de descentralização e hierarquização, a fim de permitir o ressarcimento para quem realmente suportou o ônus financeiro.

Nesse passo a judicialização precisa ser entendida como elemento de equilíbrio do pacto federativo sem a indevida sobreposição de competências, com a clareza exigida para que cada um dos entes arque com as suas obrigações, sem prejuízos, com observância da pactuação da Comissão de Intergestores Tripartite.

3.2 JUDICIALIZAÇÃO DE LEITOS DE UTI – DILEMAS ALOCATIVOS E INTERPRETATIVOS

Não há nada mais urgente do que a vida.

No campo desse direito universal se enquadra a saúde, que recebeu extenso rol de garantias constitucionais que exigem do estado a efetivação de políticas públicas e ações governamentais.

Mas quando há falhas na prestação da saúde o Poder Judiciário tem sido protagonista de deliberações vitais, como nos casos de leitos de UTI.

Ora, se o Estado não garante um leito de UTI ao paciente que dele necessita ele o “deixa morrer”.

WANG (2020, p.104) afirma que no Brasil o número de demandas judiciais para atendimento de saúde subiu 130% entre 2008 e 2017¹⁰⁵ tendo o governo federal gasto mais de

¹⁰⁵ WANG, Daniel Wei Liang. **Direito e políticas de saúde:** reflexões para o debate público. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2020.

1,3 bilhão por ano para cumprir decisões judiciais relativas a pedidos de tratamentos médicos, na maioria dos casos para adquirir medicamentos não incorporados ao SUS.

Mas não é só isso.

Há discussões acerca da (in)suficiência do número de leitos por habitantes, tendo o SUS uma média de 1,4 leitos para cada 10 mil habitantes, contra 4,9 da rede privada (AMIB, 2020)¹⁰⁶.

Outro detalhe da mesma publicação é que há menção a uma desigualdade regional acentuada na distribuição de leitos, pois menos de 10% (dez por cento) dos municípios brasileiros possuem UTI, sendo que, em 19 Estados da federação, o número de leitos de UTI por habitante na rede pública é inferior ao preconizado pelo próprio Ministério da Saúde.

Foi destacado também que em razão da pandemia a escassez dos leitos de UTI se agravou em razão da sobrecarga do sistema como um todo o que levou à adoção de critérios de escolha do paciente para a ocupação de uma vaga.

Ocorre que não há regras de alocação de leitos de UTI definidas pelo Ministério da Saúde para tal desiderato, em situação de escassez, mas apenas uma Resolução que foi editada pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2.156/2016), seguida de normas elaboradas pela AMIB e ABRAMEDE, com adoção de particularidades das unidades hospitalares, da região ou de cada estado.

A primeira inquietação acerca da matéria é a falta de critérios claros e transparentes quanto à priorização na ocupação de leitos em cenários de escassez, com risco de esgotamento de recursos.

Ora, o Poder Judiciário tem decidido acerca da transferência de leitos, inclusão de paciente em fila de regulação (criando nova fila), mudança de prioridade de internação, pedido de vaga em UTI, habilitação e reabilitação de leitos, uso de respiradores e equipamentos de alta tecnologia (ECMO¹⁰⁷ e outros).

E o que é mais impactante, quando decide a matéria de elegibilidade de leitos de UTI se utiliza de critérios médicos baseados em normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sem a participação do Ministério da Saúde, órgão regulador.

¹⁰⁶ Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/dados_uti_amib\(1\).pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/dados_uti_amib(1).pdf).

¹⁰⁷ Relatório disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210629_resoc266_ecmo_sara_final.pdf.

Embora o magistrado se baseie na prescrição médica para decidir Schulze¹⁰⁸ reforça a ideia citada pelo Ministro Villas Boas Cueva¹⁰⁹ e nos alerta que ela não é título executivo extrajudicial.

Por outro lado, a Recomendação nº 66, de 13 de maio de 2020¹¹⁰ do CNJ estabeleceu para o julgamento das ações de saúde a adoção de medidas para garantir os melhores resultados à sociedade durante o período excepcional da pandemia de COVID.

A Recomendação nº 92, de 29 de março de 2021¹¹¹ também foi relevante que reforçou a anterior e incluiu a relevância do sistema e-NatJus (instrumento de auxílio técnico para os magistrados com competência para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde) e, sempre que possível, a sua utilização previamente à decisão judicial e cautela quanto à imposição de sanções por descumprimento (multa, prisão, bloqueio judicial de verbas públicas) em virtude da escassez de recursos, por exemplo, de leitos, oxigênio e vacinas.

A fim de uniformizar as decisões no período da pandemia foi estabelecido um parâmetro observável pelos magistrados na análise da matéria quantos aos leitos de UTI, a fim de que fosse dada maior deferência às decisões levadas a cabo pelos gestores de saúde, nos termos da Lei de Introdução às Normas de Direito Brasileiro, Lei nº 13.655 (BRASIL, 2018).

De forma ilustrativa, na matéria de UTI, no âmbito do STJ teve repercussão a SLS - Suspensão de Liminar e de Sentença nº 2918¹¹² em que o então presidente do STJ, ministro Humberto Martins, determinou a suspensão de liminares em Cuiabá sobre internações de pacientes com COVID. As decisões liminares foram proferidas em primeira instância e mantidas pelo Tribunal de Justiça de Mato Grosso.

Entretanto, segundo o município de Cuiabá, a soma dessas decisões causava desordem no Sistema Único de Saúde e violava a igualdade entre as pessoas que precisam do mesmo tratamento para a Covid-19 e, ainda, que a organização da fila de leitos do SUS – especialmente

¹⁰⁸ Disponível em <https://emporiododireito.com.br/leitura/prescricao-medica-nao-e-titulo-executivo-extrajudicial>.

¹⁰⁹ CUEVA, Villas Bôas. Palestra no seminário: A Saúde Suplementar na Visão do STJ. 24 Out. 2018. Disponível em http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/STJ-promove-em-outubro-semin%C3%A1rio-sobre-sa%C3%BAde-suplementar.

¹¹⁰ Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/05/Recomendacao66_2020-13052020-DJE137.pdf

¹¹¹ Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original170116202103306063595c4cb6b.pdf>.

¹¹² Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/SiteAssets/Paginas/Comunicacao/Noticias/16042021-Porter-de-competencia-do-municipio--STJ-suspende-liminares-em-Cuiaba-sobre-internacoes-de-pacientes-com-Covid/SLS%202918.pdf>.

diante de um quadro de superlotação dos hospitais públicos – seguia uma série de critérios, de forma que vários aspectos são ponderados para a tomada de decisões, não podendo ser alterada pelo Poder Judiciário.

Decidiu-se que, de fato, em razão das diversas liminares judiciais que determinam a internação dos pacientes nas UTIs, a capital mato-grossense entraria em um colapso ainda maior, especialmente por causa da estrutura deficitária para combater a pandemia. E, por fim, que a regulação dessa fila deveria ser realizada pelo Poder Executivo, de modo a atender as prioridades definidas pelo corpo médico das secretarias de saúde, sendo invocada a Recomendação nº 92 do CNJ como fundamento.

No STF¹¹³, caso interessante foi decidido pela ministra Rosa Weber na Ação Cível Originária (ACO) 3478¹¹⁴ que determinou à União o restabelecimento de leitos de UTI para tratamento da Covid-19 no Estado do Piauí que estavam habilitados (custeados) pelo Ministério da Saúde até dezembro de 2020 e que foram reduzidos em janeiro e fevereiro de 2021. O Estado apontou o abandono do custeio desses leitos pela União, a despeito do notório recrudescimento das taxas de internação decorrentes da doença.

As ações de saúde que envolvem leitos de UTI e seus desdobramentos no âmbito do TJDFT têm gerado temas jurisprudenciais, com temáticas específicas, o que não afasta decisões particularizadas¹¹⁵.

O tema de custeio de internação foi assim decidido: “O custeio de internação em UTI da rede privada – cadastramento na Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) como termo inicial da responsabilização do Estado”.

Conforme trecho do acórdão:

¹¹³ Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=461670&ori=1>.

¹¹⁴ Decisão: O Tribunal, por unanimidade, julgou extinta em parte a demanda, sem resolução de mérito, pela perda superveniente do objeto, e, na parte remanescente, julgou procedente o pedido para determinar que a União preste suporte técnico e apoio financeiro para a expansão da rede de UTI no Estado requerente durante o período de emergência sanitária, tornando definitiva, em parte, a tutela de urgência concedida nestes autos, e condenou a União Federal ao pagamento de honorários advocatícios, fixados em R\$ 2.000,00 (dois mil reais), com fundamento no art. 85, § 8º, do Código de Processo Civil, tudo nos termos do voto da Relatora. O Ministro Nunes Marques acompanhou a Relatora com ressalvas. Plenário, Sessão Virtual de 29.10.2021 a 10.11.2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15348975997&ext=.pdf>, na página 19, referente ao “Extrato da Ata”.

¹¹⁵ Processo nº 0705312-89.2020.8.07.0018 (TJDFT) - paciente transferido de hospital particular para público no período da covid-19 – perda de objeto com a morte. Disponível em: <https://pje-consultapublica.tjdft.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/listView.seam?ca=9a33474245d63dbb2dfa9765abd0d4ad9aeb6fb9b7d2c61e>.

2. Está pacificado o entendimento de que o Estado deve garantir vaga em hospital público para internação em Unidade de Terapia Intensiva, se a medida for necessária ao tratamento de saúde de paciente acometido de doença grave. 3. Na impossibilidade de prestação do serviço médico-hospitalar em unidade da rede pública de saúde, deve o Distrito Federal arcar com as despesas decorrentes da internação e tratamento do paciente em hospital da rede particular, a partir da comunicação da necessidade de leito de UTI junto à rede pública, o que é feito através do requerimento de inserção do paciente na lista de espera da Central de Regulação de Internação Hospitalar – CRIH. (Acórdão 1157087/00064410820128070001, Relator: ROMEU GONZAGA NEIVA, 7ª Turma Cível, data de julgamento: 27/02/2019, Publicado no DJe: 15/03/2019).

Outro tema importante é o que trata de internação de UTI e falta de vagas:

Diante da necessidade de pessoa economicamente desamparada ser internada em UTI, deve o Estado ser compelido a disponibilizar leito na rede pública ou, na sua comprovada falta, na rede particular de saúde. O direito à saúde é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas. Impõe-se ao Estado a obrigação de criar condições que possibilitem o efetivo acesso a tal direito. (BRASIL, TJDFT, 2022, Jurisprudência em Temas).

Destacam-se sobre o tema citado os seguintes julgados: Acórdão 1111942, 20160110897326APO, Relator: NÍDIA CORRÊA LIMA, data de julgamento: 26/7/2018, publicado no DJE: 30/7/2018; Acórdão 1106440, 00095881520178070018, Relator: DIAULAS COSTA RIBEIRO, data de julgamento: 20/6/2018, publicado no PJe: 9/7/2018; 1ª Câmara Cível; Acórdão 1384888, 07434663620208070000, Relator: FÁBIO EDUARDO MARQUES, data de julgamento: 8/11/2021, publicado no DJE: 23/11/2021; 2ª Câmara Cível; Acórdão 1407769, 07422648720218070000, Relator: JAMES EDUARDO OLIVEIRA, data de julgamento: 14/3/2022, publicado no PJe: 4/4/2022; Acórdão 1407759, 07009737320228070000, Relator: SANDOVAL OLIVEIRA, data de julgamento: 14/3/2022, publicado no PJe: 25/3/2022.

Ressalte-se, ainda, tema que trata de custeio e valor de mercado quando ocorrer internação em instituição particular por determinação judicial, por ausência de leitos públicos. Entende-se que:

3 - Esta Corte de Justiça já se posicionou no sentido de afastar a limitação à tabela do SUS em casos de internação de pacientes em rede privada de saúde por ausência de leitos públicos disponíveis, tendo em vista a inexistência de contrato ou convênio entre o Distrito Federal e a instituição privada, devendo o ressarcimento das despesas hospitalares ocorrer em conformidade com os preços de mercado.

Por fim, em percuciente pesquisa Alves, et al¹¹⁶ revela que a defesa do sistema de saúde brasileiro é frágil em função dos inócuos argumentos trazidos para os autos.

De um modo geral, as demandas judiciais de saúde têm mantido uma certa identidade quanto aos argumentos constitucionais e decisão.

Embora não seja o foco da presente pesquisa a análise do conteúdo das decisões, verifica-se das ementas que os julgados do TJDF dos temas citados sobre saúde e leitos de Unidades de Terapia Intensiva têm como fundamento as normas constitucionais de saúde e outras normas legais/infraclegais.

Mas no que se refere à regulação se limitam à mera citação da Central de Regulação de Internação Hospitalar - CRIH, sem grande diferencial teórico.

3.3 CNJ - AVANÇOS

Desde a Audiência Pública nº 4 foram concentrados os esforços para adoção de medidas concretas pelos gestores a fim de minimizar os impactos do fenômeno da ascensão da judicialização da saúde.

A partir daí o CNJ constituiu um grupo de trabalho (Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009¹¹⁷) a fim de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas referentes às demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

Assim, foi aprovada pelo Plenário do CNJ a Resolução nº 107¹¹⁸, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde - Fórum da Saúde, com o objetivo de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos na área da Saúde Pública e Suplementar.

Ora, diante da tecnicidade das demandas de saúde que envolvem procedimentos médicos, prescrições, tratamentos e tecnologia há que se considerar que uma vez instado a se

¹¹⁶ Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40325>, em artigo de Alves, Sandra Mara Campos *et al.*: As garantias constitucionais geram externalidades negativas para o sistema de saúde brasileiro.

¹¹⁷ Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/portaria/portaria_650_20112009_18102012194714.pdf.

¹¹⁸ Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_107_06042010_11102012191858.pdf.

pronunciar, sob todo e qualquer conflito social insurgente, como bem assevera Canotilho (2007, p. 90-91) não cabe o regresso do juiz – e dos demais operadores jurídicos.

Para tanto, de acordo com o art. 2º, da aludida resolução, foram estabelecidas algumas atribuições:

I – o monitoramento das ações judiciais que envolvam prestações de assistência à saúde, como o fornecimento de medicamentos, produtos ou insumos em geral, tratamentos e disponibilização de leitos hospitalares; II – o monitoramento das ações judiciais relativas ao Sistema Único de Saúde; III – a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à otimização de rotinas processuais, à organização e à estruturação de unidades judiciárias especializadas; IV – a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário; e V – o estudo e proposição de outras medidas consideradas pertinentes ao cumprimento do objetivo do Fórum Nacional. (BRASIL, CNJ, 2010).

A Resolução nº 107, no seu art. 3º, determinou a criação dos Comitês Executivos para coordenar e executar as ações de natureza específica consideradas relevantes.

Além do Comitê Executivo Nacional, integram a composição do Fórum da Saúde, os Comitês Estaduais e o Comitê Distrital (DF).

O Comitê Executivo Nacional foi instituído pela Portaria CNJ nº 91/2010¹¹⁹, é constituído por magistrados e especialistas em direito sanitário e atua como órgão de produção e execução de políticas públicas relativas à judicialização da saúde, bem como busca promover a integração dos Comitês Estaduais de Saúde por meio de reuniões e encontros, assim como atuar na divulgação de boas práticas.

Por sua vez, a Resolução CNJ nº 238/2016¹²⁰ dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública.

Consta ainda que, conforme o art. 2º, os Tribunais criarão sítio eletrônico que permita o acesso ao banco de dados com pareceres, notas técnicas e julgados na área da saúde, que será criado e mantido por este Conselho Nacional de Justiça, para consulta pelos magistrados e demais operadores do Direito, conforme redação dada pela Resolução CNJ nº 326, de 26 de junho de 2020.

¹¹⁹ Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/portaria/portaria_91_11052010_18102012202412.pdf.

¹²⁰ Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_238_06092016_09092016173942.pdf.

No âmbito do Distrito Federal, houve a criação do Comitê Gestor de Saúde/Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal (atualizado pela Portaria GPR nº 2536, de 04 de novembro de 2022¹²¹) criado a partir da Resolução nº 107 do Conselho Nacional de Justiça, em face da materialização crescente das demandas individualizadas de saúde e seus reflexos em variados segmentos.

Vale citar, ainda, o Termo de Cooperação nº 009/2013¹²², celebrado entre a União, por intermédio do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios e o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e o Termo de Cooperação nº 001/2017¹²³, celebrado entre a União, por intermédio do Tribunal Regional Federal da 1ª Região/Seção Judiciária do Distrito Federal - SJDF e o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

A composição variada dos Comitês propicia o diálogo institucional¹²⁴ entre os atores envolvidos para a solução dos conflitos, mantendo a independência entre os poderes constituídos.

Nesse aspecto a colaboração entre os poderes pode minimizar o ativismo judicial e a intervenção judicial em questões políticas, sendo uma expressão de amadrecimento da democracia.

Outra iniciativa foi a instalação por todos os tribunais dos NAT-Jus. Os Núcleos ou Câmara de Apoio Técnico em Saúde – NAT's têm a finalidade de auxiliar os magistrados na análise e emissão de pareceres técnicos sobre a evidência científica ou eficácia do tratamento pleiteado em juízo. Conforme relatório final do CNJ, elaborado pelo INSPER:

O NAT-Jus, a partir da Medicina baseada em evidências, elabora Notas Técnicas bastante úteis aos juízes, que tomam decisões com um pouco mais de segurança. Existe demanda para os pareceres, segundo o coordenador. No entanto, a demanda por pareceres do órgão ainda é menor do que se imaginava, pois “ainda não entrou na rotina das varas”. Uma das possibilidades de melhora no acesso a pareceres por juízes se dará por meio do e-NAT-Jus, plataforma em desenvolvimento pelo CNJ, alimentado por pareceres de NAT-Jus do país inteiro, para que se formem consultas

¹²¹ Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/publicacoes-oficiais/portarias-gpr/2022/portaria-gpr-2536-de-04-11-2022>.

¹²² Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2013/04/TCOT_009_2013.pdf.

¹²³ Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/termo_de_cooperacao_001_2017_ses_df_e_trf1.pdf/5bf104ec-d8e3-380c-40f6-ba2532a616aa?t=1651513426523.

¹²⁴ VALLE, Vanice Regina Lírio do; SILVA, Cecília de Almeida. Abertura dialógica no controle abstrato de constitucionalidade: um olhar ainda preceitual. **A&C - Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, ano 10, n. 42, p. 105-129, out./dez. 2010.

diretas ao sistema, sem que o magistrado precise pedir para o NAT-Jus do seu próprio Tribunal. Como ainda não é de uso obrigatório, os juízes consultam-no (ou o próprio NAT-Jus) conforme sua necessidade ou vontade¹²⁵ (INSPER, 2019, p.148).

Outro destaque é a confecção de enunciados que traduzem consensos e práticas exitosas para a solução de controvérsias disponíveis aos atores atuantes no sistema de justiça e de saúde, elaborados a partir das Jornadas de Direito de Saúde, já na VI Edição.

Para se ter uma ideia da essencialidade da informação médica, antes não uniformizada, transcrevo:

Entre os enunciados que tiveram a redação alterada está o texto n. 32, referente aos documentos a serem incluídos na petição inicial nas demandas de saúde. A indicação é constar da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) e o histórico médico, além de exames essenciais, medicamento ou tratamento prescrito, dosagem, contra-indicação, princípio ativo, duração do tratamento, prévio uso dos programas de saúde suplementar, indicação de medicamentos genéricos, entre outros, bem como o registro da solicitação à operadora e/ou respectiva negativa¹²⁶ (Portal Cnj.jus, 2023).

O número de ações de judiciais em saúde, pública ou suplementar aumentou.

De acordo com Ricardo Perlingeiro¹²⁷, baseado no “Justiça em Números do CNJ”, verifica-se que entre os anos de 2010 e 2014, o número de ações judiciais relativas à saúde nas justiça estadual e federal quadruplicou, de 100.000 para 400.000 demandas, aproximadamente.

Ora, entre 2008 e 2017, o número de demandas judiciais relativas à saúde registrou um aumento de 130%, conforme revela a pesquisa “Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução”.

O estudo, elaborado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER) para o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), mostra que, no mesmo período, o número total de processos judiciais cresceu 50%¹²⁸.

¹²⁵ Disponível em: https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2020/07/Relatorio_CNJ-FINAL-.pdf.

¹²⁶ Em: <https://www.cnj.jus.br/vi-jornada-da-saude-aprova-14-novos-enunciados-sobre-judicializacao-da-saude/>

¹²⁷ PERLINGEIRO, Ricardo. **Desjudicializando as políticas de saúde?** Revista Acadêmica, v.86, n.2, 2015, p. 3-11. Disponível em: https://www.academia.edu/12036817/Desjudicializando_as_pol%C3%ADticas_de_sa%C3%Bade_Reducing_judicial_review_of_health_care_policies_, na p.4.

¹²⁸ Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/cnj-demandas-judiciais-relativas-sau-de-crescem-130-em-dez-anos/>.

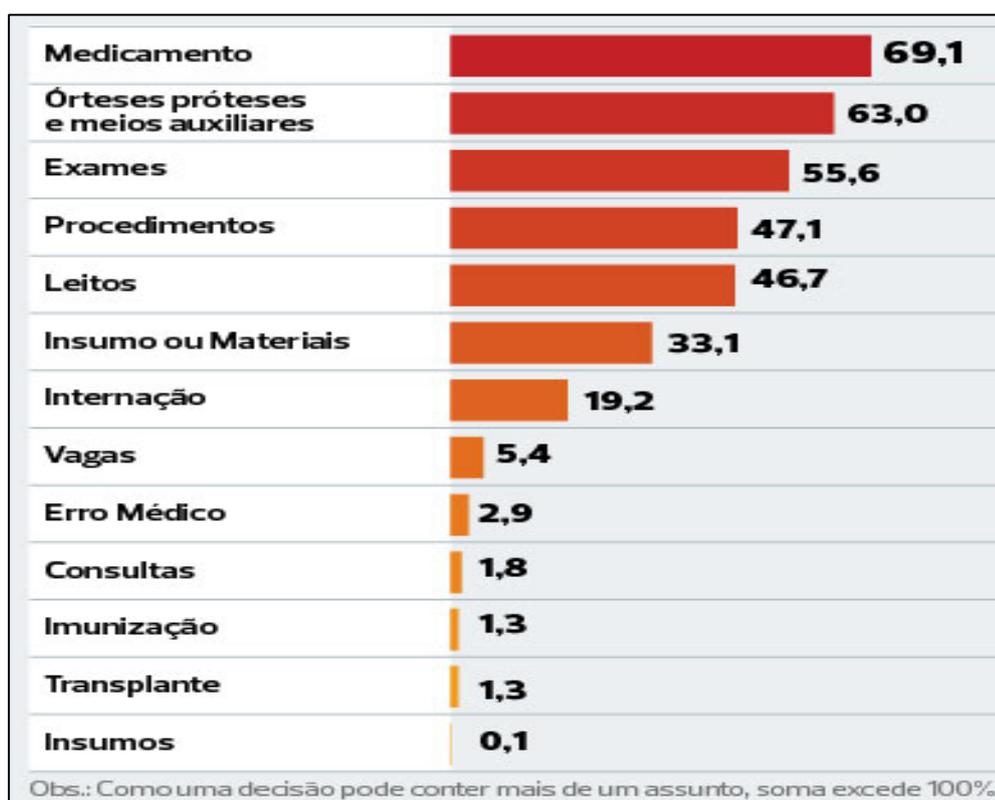
Outro dado é que, segundo o levantamento, a cada ano aumenta o número de casos na Justiça referentes à área de saúde, ultrapassando 2,5 milhões de processos entre os anos de 2015 e 2020¹²⁹.

O CNJ afirma que não há como identificar dados mais específicos das ações, como valores, motivos e decisões.

No entanto, o objeto foi mais detalhado, de acordo com os assuntos, em 2ª instância, conforme se observa na figura 21 a seguir, disponibilizada pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER) em 2019.

A pesquisa por objeto é dificultosa, em razão da descrição da causa de pedir e da adequação das tabelas processuais de assuntos.

Figura 21: Principais assuntos das decisões em segunda instância.



Fonte: Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de soluções. (INSPER, 2019). Disponível em: <https://www.insper.edu.br/conhecimento/direito/judicializacao-da-saude-dispara-e-ja-custa-r-13-bi-a-uniao/>.

¹²⁹ Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/cnj-judicializacao-da-saude-pesquisa-aponta-demandas-mais-recorrentes/>.

No entanto, revelou-se que no DF o maior número de ações se refere aos pedidos de internação em UTI¹³⁰. Há também muitos pedidos de medicamento, sobretudo medicamentos não padronizados. Em geral, os medicamentos padronizados são demandados em situação de desabastecimento.

Conforme dados da DPDF verifica-se que, entre os anos 2012 e 2015, um índice de 34,5% dos pedidos judiciais demandavam vagas em UTI, seguidos pelos pedidos de medicamentos (21,2%) e de cirurgias (19,8%).¹³¹

A tabela 3, a seguir, expressa esses dados:

Tabela 3 - Frequência de benefícios adquiridos por ações judiciais em Brasília, Distrito Federal-DF e regiões administrativas, entre os anos de 2012 e 2015, por percentual e média.

Benefícios	Total	%	Média
UTI	2.314	34,50	578,5
Medicamento	1.421	21,20	355,25
Cirurgia	1.327	19,80	331,75
Tratamento	445	6,65	111,25
Exame	402	6,00	100,05
Material	257	3,80	64,25
Consulta	239	3,60	59,75
Internação/interdição	213	3,20	53,25
Exibição de documento	54	0,80	13,05
MSG	13	0,20	3,25
Custeio	11	0,15	2,75
Transporte	7	0,10	1,75
Alteração de nome	1	-	0,25
TOTAL	6.704	100	

Fonte: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11753/1/21483432.pdf>, tabela 3, p.8.

Atualmente o CNJ disponibiliza uma ferramenta denominada de Painel da Judicialização da Saúde, com Estatísticas Processuais de Direito à Saúde.

¹³⁰ Disponível em; <https://www.scielo.br/j/csc/a/PTXJ9db6bfHCrntkz4cfvsH>.

¹³¹ SOUZA, Edirlene Ana de. **O fenômeno da judicialização da saúde em Brasília, DF, entre 2012 e 2015**. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11753/1/21483432.pdf>, tabela 3, p.8.

O painel apresenta dados dos processos novos, pendentes, julgados e baixados desde 2020, com informações de indicadores de desempenho e produtividade, tais como taxa de congestionamento, índice de atendimento à demanda e tempo de duração dos processos, dentre outros.

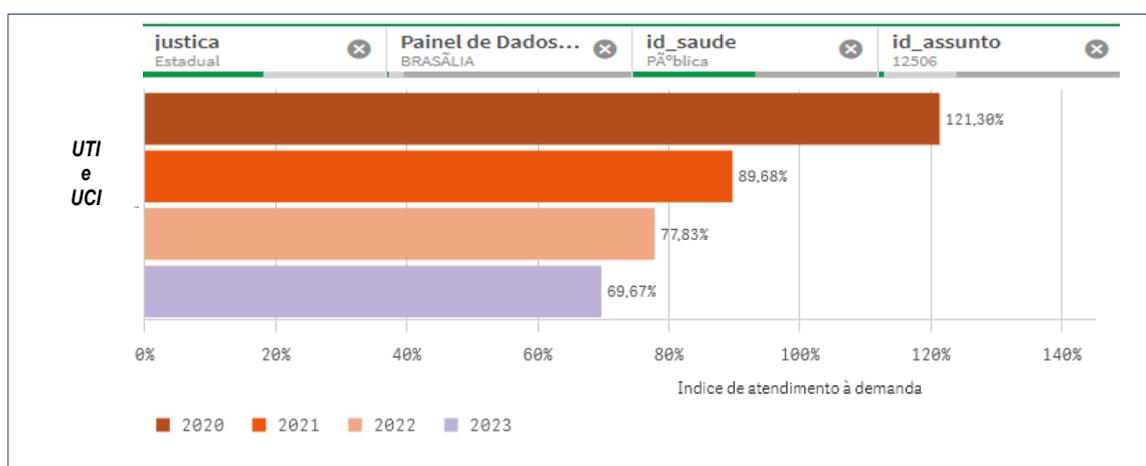
É possível consultar estatísticas por classe e por assunto permitindo, por exemplo, verificar se são ações de direito individual ou coletivo ou, ainda, se os processos versam sobre saúde pública ou suplementar e qual o assunto, de acordo com as Tabelas Processuais Unificadas.

Os dados são provenientes do DataJud – Base Nacional de dados do Poder Judiciário, instituído pela Resolução CNJ nº 331/2020¹³².

Para demonstrar o cenário atual de UTI utilizamos os critérios dos processos em saúde – código específico (UTI e CTI) da justiça estadual e federal, saúde pública, índice de atendimento à demanda (índice que mede a relação entre o número de processos baixados e o número de casos novos apresentados no mesmo período, medidos separadamente no 1º e 2º grau) e taxa de congestionamento (a quantidade de processos que ficam pendentes para o próximo período em relação ao que tramitou no período base).

Maiores detalhes nas 4 figuras a seguir:

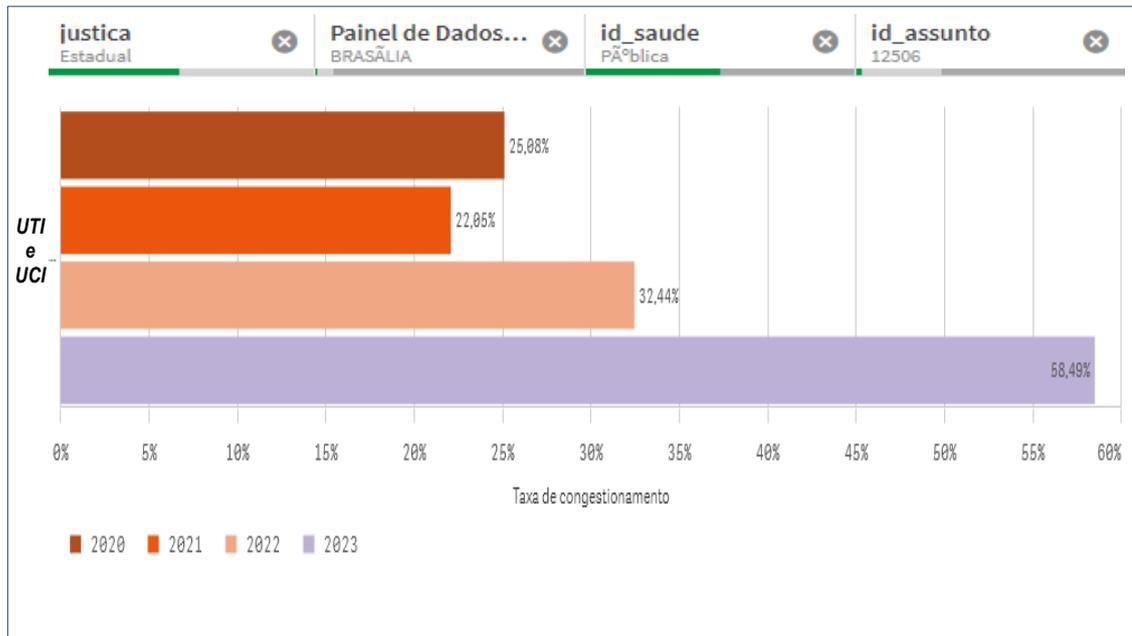
Figura 22: Índice de atendimento à demanda (UTI/UCI) – Justiça Estadual – Brasília.



Fonte: Estatísticas Processuais de Direito à Saúde (CNJ), disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu,currsel>.

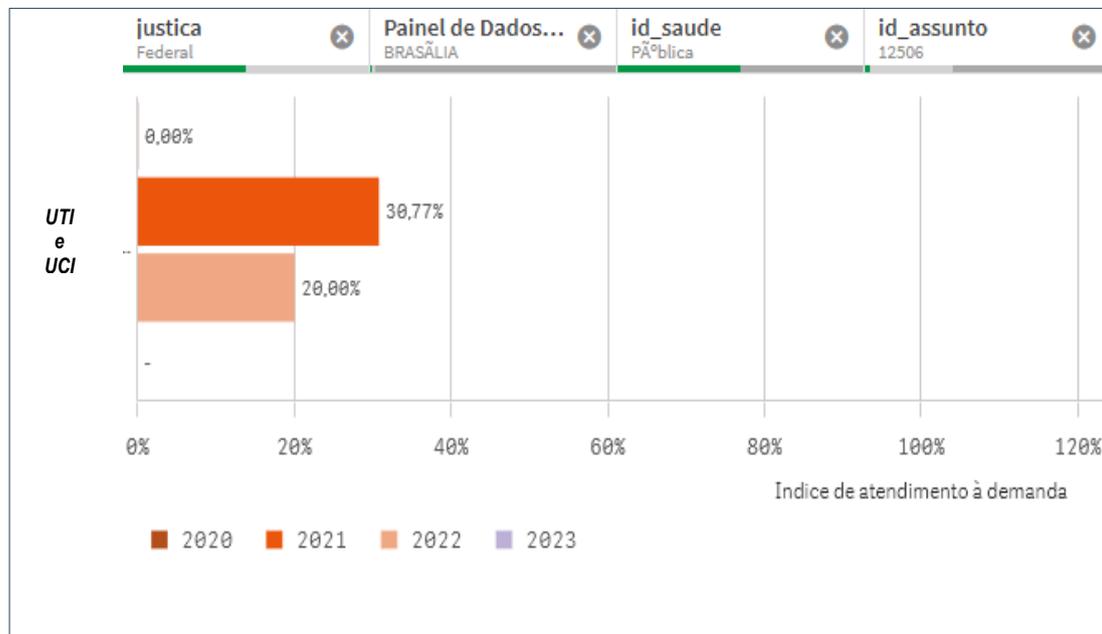
¹³² Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/dados-processuais-de-saude-podem-ser-monitorados-em-painel-do-cnj/>.

Figura 23: Taxa de Congestionamento (UTI/UCI) – Justiça Estadual – Brasília.



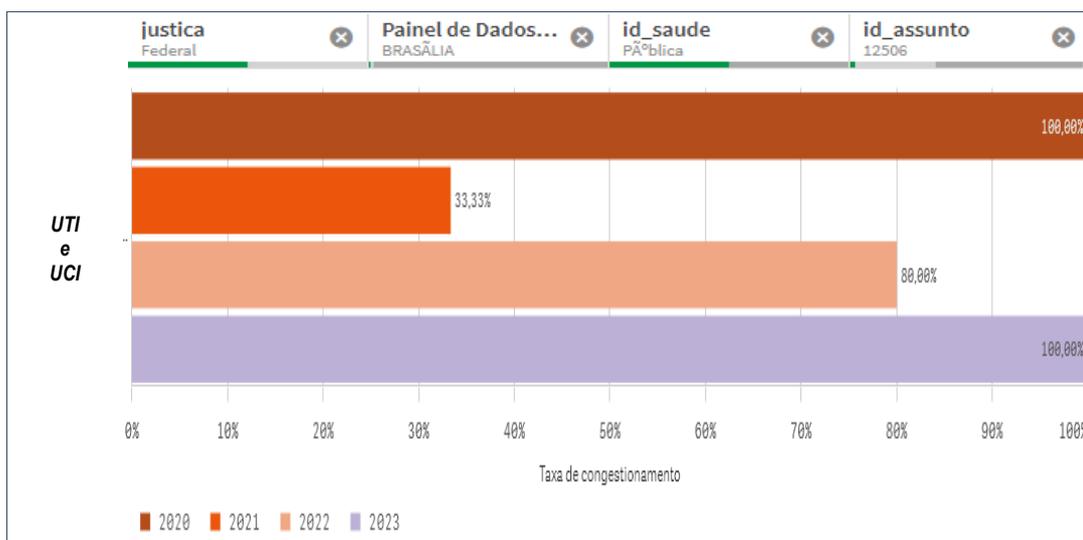
Fonte: Estatísticas Processuais de Direito à Saúde (CNJ), disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu,currsel>.

Figura 24: Índice de atendimento à demanda (UTI/UCI) – Justiça Federal – Brasília.



Fonte: Estatísticas Processuais de Direito à Saúde (CNJ), disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu,currsel>.

Figura 25: Taxa de Congestionamento (UTI/UCI) – Justiça Federal – Brasília.



Fonte: Estatísticas Processuais de Direito à Saúde (CNJ), disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu,cursel>.

Por ora, os dados obtidos indicam que a maior demanda de ações de UTI se concentra na justiça estadual, ainda que não se tenha a indicação do objeto ou do pedido no painel. Há indicativos da construção e aperfeiçoamento de ferramentas para o cadastramento mais detalhado de ações.

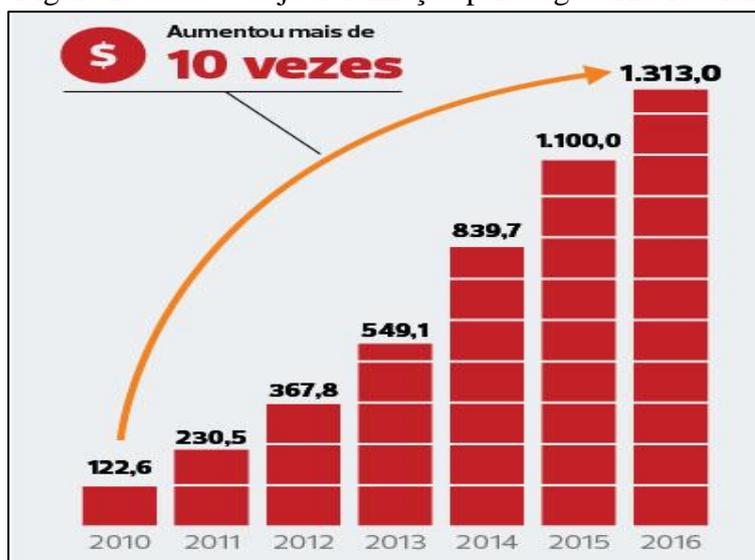
O CNJ tem papel fundamental para auxílio dos magistrados na solução de demandas de saúde e caminha para o aperfeiçoamento de mecanismos para a melhor aplicação do direito à saúde.

Atualmente, ainda, encontra-se em andamento o projeto judicialização e sociedade, através dos Comitês Executivos locais, com o levantamento de dados das unidades jurisdicionais e secretarias de saúde com foco sobre o acesso à Atenção Primária e Secundária, (mediante preenchimento de formulário padrão). Após coleta e tratamento dos dados, os Comitês Estaduais elaborarão suas propostas para solução dos conflitos mais recorrentes, o que contribuirá no aperfeiçoamento do acesso universal à saúde da população local.

O CNJ encontra-se na 5ª fase de desenvolvimento do projeto de ações para acesso à saúde de qualidade com a compilação de dados dos projetos dos Comitês Estaduais para subsidiar o Projeto Nacional da Judicialização da Saúde e Sociedade¹³³.

Por fim, persiste o desafio da busca pelos custos da judicialização (conforme indicado na figura abaixo):

Figura 26: Custo da judicialização para o governo federal.



Fonte: Ministério da Saúde. (INSPER, 2019).

Disponível em: <https://www.insper.edu.br/conhecimento/direito/judicializacao-da-saude-dispara-e-ja-custa-r-13-bi-a-uniao/>.

3.4 SOLUÇÕES DIALÓGICAS E INTEGRATIVAS – DA REGULAÇÃO À JUDICIALIZAÇÃO

A judicialização deve ser entendida de forma sistêmica, observados seus aspectos negativos e positivos.

Quando se fala em judicialização da saúde há uma distinção substancial entre os tipos de processos e o tratamento que irão receber, além da importante observação do perfil sociodemográfico e epidemiológico.

Na contextualização de leitos de UTI faz total diferença incluir um paciente numa fila de regulação de leitos, sem critérios, quando várias pessoas precisam de um leito ou, ainda,

¹³³ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/09/judicializacao-e-sociedade-projeto-nacional-slide-dr-gebran-docpdf-23-09.pdf>, slide nº 3.

determinar uma transferência de paciente entre unidades de saúde para internação ou desinternação.

O ápice da escassez e esgotamento de recursos ficou evidenciado na pandemia em que os profissionais da área médica suportaram as escolhas mais trágicas entre a vida e a morte e, na impossibilidade de fazê-las, atribuiu-se a tarefa ao Poder Judiciário.

Nas ações de saúde se destacam as escolhas alocativas que geram impactos administrativos e/ou financeiros que recaem sobre o Poder Executivo e sobre a organização administrativa. Não há dúvidas de que, a decisão judicial, não raro, no mínimo desorganiza o sistema.

Uma das críticas mais comuns à judicialização é quanto ao aspecto de atendimento de interesses individuais em saúde em detrimento do interesse coletivo ou se a lide se refere ao que já está previsto nas políticas públicas, ou fora delas.

O cenário atual é de austeridade fiscal. Como se não bastasse, a norma orçamentária não tem sido considerada nas decisões que envolvem prestações de saúde, embora a saúde e o orçamento convivam lado a lado, sendo o direito à saúde dependente, entre outras coisas, do orçamento para se efetivar.

Percebe-se, ainda, que não se considera o custo-efetividade, diante dos efeitos do custo social e de alocação orçamentária, que variam à medida que crescem as demandas e diminuem os recursos públicos disponíveis.

Mas, nas questões de saúde o agente regulador principal é o Ministério da Saúde, assumindo o Poder Judiciário a posição de regulador substituto, quando delibera, via jurisdicional, devendo manter em tese o mesmo equilíbrio relacional. Nesse aspecto, o bem-estar social dever ser considerado na modelagem utilizada ou no desenho institucional escolhido.

O que não se aceita mais é que a totalidade dos problemas de saúde fiquem somente nas mãos do Poder Judiciário. Precisa haver mais sinergia entre regulador e regulado.

O Poder Judiciário funciona como um regulador paralelo. O papel precisa ser encaixado dentro de uma modelagem regulatória mais eficiente, com uma mudança de cultura para fins de melhoria do sistema de saúde.

O CNJ adotou um papel de regulador parcial desde a adoção do Nat-jus até a elaboração dos enunciados/diretrizes e criação dos Comitês de Saúde, com a doção de diálogos institucionais.

Mas diante da disrupção que a judicialização provoca o Poder Judiciário precisa decidir de forma positiva, com proposições para o sistema de saúde, eis que a estrutura regulatória do complexo sistema de saúde não se modifica facilmente, eis que do tipo comando e controle.

O direcionamento dos arranjos adotados e dos mapeamentos das demandas de saúde requerem uma nova modelagem, que inclua soluções efetivas para o problema, com possibilidade de acompanhamento e, se for o caso, aplicação de sanções.

Os diálogos institucionais, quer sejam internos ou externos, podem ampliar e qualificar os serviços existentes e, assim, influenciar a judicialização que se ocorrer seja em menor número, de forma mais qualificada, com decisões mais voltadas à implementação de políticas públicas.

As decisões de leitos de UTI, *v.g.*, se repetem de forma incontável, terminal. A escassez já era presente antes da pandemia e se agravou posteriormente, sendo hoje uma epidemia.

O ambiente para um diálogo construtivo é essencial, que propicie ajustes entre os envolvidos para a escolha de uma melhor solução, sem prejuízo ou bloqueio do sistema regulatório do SUS.

O que se pode fazer é pensar em uma modelagem útil, avaliar soluções, encaminhar medidas que eventualmente possam liberar recursos, descrever os casos e, depois da implementação, dizer como está funcionando. Além disso, precisa haver espaço para que os atores conversem e façam com que os entendimentos aconteçam.

As medidas podem ser pensadas e implementadas para que o judiciário alcance a melhoria como um todo para a sociedade. A mudança de conduta é urgente, pois muitas elevadas, bloqueios de recursos e prisões não resolvem mais os problemas que se avolumam.

O regulador precisa entender quais as “demandas”, quais são os problemas, os impactos das medidas concessivas.

O Poder Judiciário e o Ministério da Saúde devem traçar caminhos dialógicos formais para o sistema de justiça nacional, com a integração da regulação e judicialização, com espaço de atuação para os atores envolvidos e equilíbrio de posição, evitando-se, assim, que tudo volte à estaca zero.

O Poder Judiciário, apesar de não utilizar ferramentas regulatórias, também faz parte do problema e qualquer estratégia decisória deve ser pensada a fim de evoluir de forma coordenada, cooperativa e colaborativa.

Nesse toar integrativo, ainda que não trate do tema UTI, na 17ª Conferência Nacional de Saúde “Garantir Direitos e defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia”¹³⁴, realizada em Brasília (julho de 2023) foi trazida a lume a ideia de diálogo interinstitucional:

CN-E4 - 000190 - Criar uma política de identificação e apoio financeiro às pessoas vulnerabilizadas que vivem com demência, reconhecer o cuidado não remunerado de familiar da pessoa com demência para fins de aposentadoria e articular estratégias de assistência jurídica especializada, incentivos fiscais e subsídios para pessoas com demência, familiares e cuidadores, em **articulação com Ministério Público, Defensoria Pública e Judiciário**. (grifo nosso) (BRASIL, CNS, Relatório Consolidado, 2023, p.169-170).

O modelo administrativo de ordenação, de salvador, de solução integral dos problemas está perdendo espaço.

Uma interação próxima com o regulador do sistema que está sendo assistido é essencial para a adoção de soluções eficazes *v.g.* ANATEL e ANEEL, se não conversassem sobre o uso de energia para a colocação de cabos de fibra ótica, é obvio que o consumidor, como usuário final, não sairia ganhando.

O incentivo precisa vir do Poder Judiciário em prol da eficiência, a fim de evitar maiores gastos e garantia das políticas públicas em saúde.

3.5 DESJUDICIALIZAÇÃO – CAMINHOS FUTUROS

As medidas de desjudicialização já começaram a ser implementadas no Brasil com a instalação formal de unidade do Poder Judiciário com a finalidade de atendimento ao público para uma solução consensual de conflitos e orientação nas matérias de cidadania, tendo sido criado o CEJUSC - Centro Judiciário de Resolução de Conflitos, conforme a Resolução nº 125/2010¹³⁵ do CNJ.

Nos tribunais estaduais os CEJUSC's de saúde têm tido uma boa adesão nas questões mais simples, que envolvem consultas, agendamentos, organização de demandas em geral.

Outras iniciativas contribuem para a desjudicialização, como a mediação, já implementada no Distrito Federal, pela CAMEDIS, instituída através da Portaria Conjunta nº

¹³⁴ Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/17cns>.

¹³⁵ Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/156>.

1, de 26 de fevereiro de 2013, que constitui uma Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde, prevê a conciliação e soluções em demandas de saúde em andamento, envolvendo a Defensoria Pública do DF, representantes da SES/DF e a Procuradoria do DF¹³⁶, com a recém possibilidade de inclusão de acordos em leitos de UTI, sobretudo na fase pré-processual.

Outra iniciativa de sucesso é a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS¹³⁷) PGE-RJ, criada em 2013, envolve as Procuradorias Gerais do Estado e do Município do RJ, bem como as secretarias estaduais e municipal de Saúde, as Defensorias Públicas Estadual e da União, e o TJRJ.

De forma integrada buscam soluções para marcação de cirurgias, recebimento de medicamentos ou para transferências entre unidades hospitalares.

Há que se mencionar também a possibilidade de soluções na via arbitral ou até com câmaras de conciliação arbitral.

O que se destaca é que os métodos de solução consensual de conflitos podem atenuar a judicialização, mas pode envolver o regulador, na melhoria do sistema.

3.6 DOS DADOS

Os dados referentes ao número de leitos de UTI no DF são escassos, imprecisos ou inexistentes.

A SES/DF não disponibiliza o número de leitos de UTI de forma transparente.

A matéria foi objeto de auditoria do TCDF, conforme relatório confeccionado em 2017¹³⁸, o qual reforça a dificuldade na verificação de suficiência dos leitos e/ou alocação de recursos, custos do leito/dia.

No período de pandemia o problema se tornou público, tendo havido a divulgação de dados em página denominada “sala de situação” a fim de dar satisfação à sociedade, após o ajuizamento de ação civil pública nº 0703196-13.2020.8.07.0018 9 - 1ª Vara da Fazenda Pública do DF) a qual foi julgada procedente tendo havido a condenação do Distrito Federal e do

¹³⁶ Acordo de Cooperação Técnica nº 1/2022 PGDF/SES/DPDF, disponível em: http://transparencia.defensoria.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Acordo_de_Cooperacao_Tecnica_n._N_1.2022_PGDF_SES_DPDF.pdf

¹³⁷ Disponível: <https://pge.rj.gov.br/mais-consenso/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls>.

¹³⁸ Relatório disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/unidades-de-tratamento-intensivo-da-rede-publica-de-saude-inspecao/>.

IGESDF em obrigação de fazer para que mantivessem atualizados, em seus respectivos sítios eletrônicos (www.coronavirus.df.gov.br, salasit.saude.df.gov.br e <https://igesdf.org.br/prestacao-contas-covid-19/>) ou outro meio oficial (como os Boletins Epidemiológicos do COE) até o final a pandemia.

Pelos dados agregados ao presente trabalho percebemos a necessidade de transparência de dados acerca do quantitativo de leitos e sua ocupação, sem os quais não há segurança para uma boa gestão ou judicialização positiva.

De certa forma, a imprecisão dos dados impacta a judicialização pois pode haver ajuizamento de uma ação com base em premissa não confirmável quanto à existência (ou não) de um leito, decisivo na vida ou na morte de um paciente e de outros.

No que tange aos sistemas de estatística processual também houve imprecisão de dados, pois os tribunais envolvidos na pesquisa (TJDF, SJDF e TRF1) não geram relatórios específicos de acordo com o objeto ou pedido de ações de saúde dificultando, assim, a obtenção de dados.

Os sistemas de busca e de pesquisa de dados numéricos do Poder Judiciário ainda não estão integrados e as ferramentas estão sendo aperfeiçoadas e desenvolvidas sob a orientação do CNJ.

Ainda na parte de ferramentas não se pode perder o foco da modernização a fim de viabilizar melhores ofertas de serviços.

No Ministério da Saúde não há sistema de parametrização de acompanhamento de estatística nacional, para contabilização do número de leitos de UTI e seus custos, estes últimos podem ser diretos ou indiretos.

Extrai-se diante disso que a informação correta sobre leitos de UTI pode ser a ponta do iceberg eis que envolve verbas orçamentárias, repasses e estrutura de divisão de receitas na saúde.

CONCLUSÃO

Ao longo do desenvolvimento do estudo descrevemos a estrutura regulatória do SUS que é extensa e minuciosa, com estrutura base nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, embora encontre outros diplomas normativos referentes ao assunto.

Os leitos de UTI são regulados com regras gerais do SUS e outras específicas, observada a dinâmica e sistematização do Complexo Regulador em Saúde do DF.

Além disso, foram extraídos alguns dados numéricos e estatísticos constantes em páginas oficiais do GDF (SES/DF) e do Ministério da Saúde (CONASS/CIEGES) sobre leitos de UTI.

A organização do conjunto jurídico-normativo ocorreu para fins de visualização da modelagem utilizada e reafirmação da sua complexidade.

Entendemos que apesar da estrutura complexa e detalhada não é sempre que há a entrega dos resultados esperados pelos usuários do sistema de saúde.

Diante da demanda e agravamento social, como a pandemia, o cenário piorou.

A judicialização vinha sendo a única saída em prestações de saúde. Mas o sistema colapsou, tendo havido o risco de esgotamento de recursos na sua totalidade.

A responsabilidade e carga alocativa foi repassada ao Poder Judiciário.

A Audiência Pública nº 4 do STF havia aberto caminhos, sendo fechados após mais de dez anos da mudança de paradigma em razão do congestionamento dos sistemas.

Os precedentes tomaram uma nova forma, com Temas de Repercussão Geral, envolvendo questões de medicamentos. A matéria foi reinterpretada e agora aguarda um novo posicionamento da Corte de Vértice, reabrindo novas discussões, numa estreita linha com a regulação.

O CNJ foi outro divisor de águas, pois trouxe novos parâmetros de qualificação para os magistrados observarem, incluindo a medicina baseada em evidências na base de suporte e apoio técnico ao julgador (Nat-Jus). Criaram o Fórum Nacional de Saúde e Enunciados, ainda não vinculantes, mas com significados avanços e entendimentos para a qualificação da judicialização. Apostamos na desjudicialização, mas, certamente, há outros caminhos.

Os sistemas de regulação e judicialização são independentes entre si, mas têm uma interface direta. Eis a essência da disrupção, que se evidencia ainda mais diante da separação

entre os sistemas pela natureza em si de cada um, mas com unidade dos efeitos de um sobre o outro.

O Poder Judiciário, como regulador substituto, também pode integrar a solução a fim de envolver e estimular o Ministério da Saúde para repensar as soluções, numa modelagem mais avançada, com soluções dialógicas e interinstitucionais, de forma eficiente. Os atores envolvidos precisam conversar num ambiente colaborativo, de cooperação, com planejamento e implementação de ações, a fim de evitar ciclos repetitivos e ineficazes.

Como reflexão, é percepção consistente que o SUS tem problemas de organização, extenso rol normativo e uma certa fragilidade regulatória. O Poder Judiciário, apesar dos avanços, concentra as soluções e não tem uniformidade de entendimento.

Para a solução global a sociedade precisa conhecer e se fazer ouvir, com uma nova agenda integrativa entre os atores envolvidos em modelagens regulatórias avançadas que permitam a integração de incentivos e soluções concertadas com medidas de controle tradicionais necessárias, mas insuficientes para a solução do tratamento da dispensação epidemiológica de UTIs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1ª JORNADA INTERNACIONAL DA GESTÃO PÚBLICA. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. **Regiões de Saúde e Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP)**. Brasília (DF), 2 mar. 2013. Disponível em: <https://slideplayer.com.br/slide/1233332/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

ALVES, Sandra Mara Campos *et al.* **As garantias constitucionais geram externalidades negativas para o sistema de saúde brasileiro**. Site do Portal Arca – Repositório Institucional da Fiocruz. Artigo, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40325>. Acesso em: 5 jul. 2023.

ARANHA, Marcio Iorio. **Manual de Direito Regulatório: Fundamentos de Direito Regulatório**, 6ª ed., Londres: Laccademia, 2021, 338 p.

ARAUJO, Cynthia Pereira de; LÓPEZ, Éder Maurício Pezzi; JUNQUEIRA, Silvana Regina Santos. **Judicialização da saúde: Saúde Pública e outras questões**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016. 364p.

AZEVEDO, Luciano César Pontes de; TANIGUCHI, Leandro Utino; LADEIRA, José Paulo. **Medicina Intensiva: abordagem prática**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2015.

BAHIA, L. “A saúde em banho-maria”. In: **Os anos Lula**. Contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond; 2010. p.351-368.

BAHIA, L., *et al.* Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto da crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. e00185616, 2016.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Rio de Janeiro: Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf> Acesso em: 16 mar. 2022. Acesso em: 16 jul. 2023.

BATISTA, S. R. *et al.* O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. In: SCIELO – Scientific Electronic Library Online. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>. Acesso em: 12 jul. 2023.

BOBBIO, Norberto. **Teoria Geral da Política: a filosofia política e as lições dos clássicos**. Rio de Janeiro. Campus, 2000.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Aspectos de teoria geral dos direitos fundamentais**. In: *Hermenêutica Constitucional e Direitos Fundamentais*. 2ª parte. Ed. Brasília Jurídica. Instituto Brasiliense de Direito Público. 1ª ed., 2ª tiragem. Brasília, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 165, de 14 de julho de 2017.** Altera a RDC nº 61, de 3 de fevereiro de 2016, que aprova e promulga o Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/rdc0165_14_07_2017.pdf. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 205, de 28 de dezembro de 2017.** Estabelece procedimento especial para anuência de ensaios clínicos, certificação de boas práticas de fabricação e registro de novos medicamentos para tratamento, diagnóstico ou prevenção de doenças raras. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/rdc0205_28_12_2017.pdf. Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1805, de 9 de novembro de 2006.** Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Brasília, 2006. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=544550&filename=LegislacaoCitada%20PL%203002/2008. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009.** Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 2009. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=110654>. Acesso em: 21 de junho de 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1973, de 14 de julho de 2011.** Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/2008, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=114356>. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1995, de 9 de agosto de 2012.** Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=244750>. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2156, de 28 de outubro de 2016.** Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=331807>. Acesso em: 21 de junho de 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2217, de 27 de setembro de 2018.** Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=368893>. Acesso em: 13 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Enunciados da I, II e III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Portaria nº 91, de 11 de maio de 2010.** Cria o Comitê Organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Brasília, 2010. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/portaria/portaria_91_11052010_18102012202412.pdf. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009.** Cria grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Brasília, 2009. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/portaria/portaria_650_20112009_18102012194714.pdf. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010.** Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Recomendação nº 66, de 13 de maio de 2020.** Recomenda aos Juízes com competência para o julgamento de recursos que versem sobre o direito à saúde a adoção de medidas para garantir os melhores resultados à sociedade durante o período excepcional da pandemia de Covid-19. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/05/Recomendacao66_2020-13052020-DJE137.pdf. Acesso em 4 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Recomendação nº 92, de 29 de março de 2021.** Recomenda aos magistrados que, à luz da independência funcional que lhes é assegurada, atuem na pandemia da Covid-19 de forma a fortalecer o sistema brasileiro de saúde e a preservar a vida com observância da isonomia e dos preceitos veiculados pela Lei de Introdução às Normas

do Direito Brasileiro. Brasília; 2021. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original170116202103306063595c4cb6b.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução do CNJ. Relatório Analítico Propositivo – Justiça Pesquisa.** Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010.** Institui o Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Brasília, 2010. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_107_06042010_11102012191858.pdf. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010.** Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/156>. Acesso em: 14 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016.** Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. Brasília, 2016. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_238_06092016_09092016173942.pdf. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Resolução nº 326, de 26 de junho de 2020.** Dispõe sobre alterações formais nos textos das Resoluções do Conselho Nacional de Justiça. Brasília, 2020. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original203228202006305efba15c2a6cd.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Resolução nº 331, de 20 de agosto de 2020.** Institui a Base Nacional de Dados do Poder Judiciário – DataJud como fonte primária de dados do Sistema de Estatística do Poder Judiciário – SIESPJ para os tribunais indicados nos incisos II a VII do art. 92 da Constituição Federal. Brasília, 2020. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original191747202008255f4563db846dc.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Suspensão de Liminar e de Sentença nº 2918 - MT (2021/0103682-9).** Cuida-se de suspensão de liminar e de sentença [...] que determinaram a internação em leito de UTI-COVID dos pacientes referendados pelos seguintes processos: [...]. Requerente: Município de Cuiabá. Relator: Min. Humberto Martins, 15 abr. 2021. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/SiteAssets/Paginas/Comunicacao/Noticias/16042021-Por-ser-de-competencia-do-municipio—STJ-suspende-liminares-em-Cuiaba-sobre-internacoes-de-pacientes-com-Covid/SLS%202918.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Termo de Cooperação Técnica nº 009, de 15 de março de 2013.** Termo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Conselho Nacional de Justiça e a Caixa Econômica Federal, para os fins que especifica (Processo Administrativo

CNJ nº 349.976). Brasília, 2013. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2013/04/TCOT_009_2013.pdf. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Relatório Consolidado** – Versão Preliminar. 17ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, jun. 2023, 189p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/17cns/Relatorio_Consolidado_da_17_CNSv2_1.pdf. Acesso em: 12 jul. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 591, de 06 julho de 1992**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília, DF: Presidência da República, 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 678, de 06 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Brasília, DF: Presidência da República, 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm. Acesso em: 19 jun. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 3.321, de 30 de dezembro de 1999**. Promulga o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais "Protocolo de São Salvador", concluído em 17 de novembro de 1988, em São Salvador, El Salvador. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3321.htm. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Decreto nº. 7.646, de 21 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. **Decreto-lei nº. 72, de 21 de novembro de 1966**. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Brasília, DF: Presidência da República, 1966. Disponível em: http://www.Planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Brasília, DF: Presidência da República, 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0378.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1.953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1953. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 1964. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1974. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6036.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Revogada pela Lei nº 8.080, de 19 set.1990. Brasília, DF: Presidência da República, 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www. Planalto. gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** 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: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm. Acesso em: 11 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.655, de 25 de abril de 2016.** Inclui no Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942 (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro), disposições sobre segurança jurídica e eficiência na criação e na aplicação do direito público. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113655.htm. Acesso em: 04 jul. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm. Acesso em: 17 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução GM/MS nº 41, de 31 de outubro de 2018.** Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). **Oxigenação Extracorpórea (ECMO) para suporte de pacientes com insuficiência respiratória grave e refratária.** Relatório para Sociedade. Brasília: nº 266, jun. 2011. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210629_resoc266_ecmo_sara_final.pdf. Acesso em: 04 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 07 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o

funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 21 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 21 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº 3.432, de 12 de agosto de 1998.** Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Brasília, 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020.** Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/portaria-188-20-ms.htm. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº199, de 30 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html. Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 499, de 19 de março de 2021.** Autoriza leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI, para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Brasília, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0499_19_03_2021.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 895, de 31 de março de 2017.** Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0895_26_04_2017.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022.** Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria-913-22-ms.htm. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015.** Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.** Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.500 de 28 de setembro de 2017.** Dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2500_03_10_2017.html. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 90p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISREG - Sistema Nacional de Regulação.** Portal de acesso ao SISREG disponível em: <https://sisregiii.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **EDcl no RECURSO ESPECIAL Nº 1.657.156/RJ. Tema 106.** Obrigatoriedade do Poder Público de fornecer medicamentos não incorporados em Atos Normativos do SUS. Art. 1.022 do CPC/2015. Ausência de Vícios. Necessidade de Esclarecimento. Vedação de fornecimento de medicamento para uso *Off Label*. Embargante: Estado do Rio de Janeiro. Relator: Min. Benedito Gonçalves. Brasília, 12 set. 2018. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=87894339&num_registro=201700256297&data=20180921&tipo=5&formato=PDF. Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Informativo nº 770, de 18 de abril de 2023**. Incidente de Assunção de competência (IAC 14/STJ). Conflitos de Competência nº 187.276/RS, 187.533/SC e 188.002/RS. Direito à saúde. Tema. Informativo de Jurisprudência. Relator: Ministro Gurgel de Faria, 12 abr. 2023. Disponível em: [https://processo.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisarumaedicao&livre=%270770%27.cod.#:~:text=Incidente%20de%20Assun%C3%A7%C3%A3o%20de%20compet%C3%Aancia%20\(IAC,passivo%20necess%C3%A1rio.%20Inexist%C3%Aancia.%20Justi%C3%A7a%20estadual.%20Compet%C3%Aancia](https://processo.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisarumaedicao&livre=%270770%27.cod.#:~:text=Incidente%20de%20Assun%C3%A7%C3%A3o%20de%20compet%C3%Aancia%20(IAC,passivo%20necess%C3%A1rio.%20Inexist%C3%Aancia.%20Justi%C3%A7a%20estadual.%20Compet%C3%Aancia.). Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Ação Cível Originária (ACO) 3478 Piauí, de 11 de novembro de 2021**. Pandemia do Novo Coronavírus. Controversia sobre o custeio de UTI nos estados-membros. Dever da união de prover os entes subnacionais na execução e formulação de Políticas sanitárias. Autor: Estado do Piauí. Relatora: Min. Rosa Weber. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15348975997&ext=.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. (1. Turma). **Ag. Reg. no Agravo de Instrumento nº 810.864/RS**. Agravo Regimental em Agravo de Instrumento. Direito À Saúde. Menor Portador de Doença Grave. Fornecimento pelo Poder Público de Fraldas Descartáveis. Agravante: Estado do Rio Grande do Sul. Relator: Min. Roberto Barroso. 18 nov. 2014. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=292966758&ext=.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. (1. Turma). **Ag. Reg. no Recurso Extraordinário 1.338.906/RS**. Agravo Interno. Recurso Extraordinário. Responsabilidade Solidária dos Entes Federados quanto ao dever de prestar assistência à saúde. Tema 793. Acórdão Recorrido em conformidade com a jurisprudência desta Suprema Corte. Agravante: Estado do Rio Grande do Sul. Relator: Min. Alexandre de Moraes, 19 out. 2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15349929972&ext=.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Ag. Reg. na Suspensão de Tutela Antecipada 175 Ceará**. Suspensão de Segurança. [...] Fármaco registrado na ANVISA. [...] Agravo regimental a que se nega provimento. Agravante: União. Relator: Min. Gilmar Mendes, 17 mar. 2010. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Decisão de Julgamento – Despacho de Tribunal Pleno em 22 de maio de 2019**. Julgado mérito de tema com repercussão geral, referente ao Recurso Extraordinário nº 657.718/MG, de 28 de setembro de 2011. Relator: Min. Marco Aurélio. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Despacho de Convocação de Audiência Pública**. Audiência Pública para ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em matéria de Sistema Único de Saúde. Relator: Min. Gilmar Mendes. 5 mar. 2009. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Despacho_Convocatorio.pdf. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Embargo de Declaração em Recurso Extraordinário 855.178/SE**. Constitucional e Administrativo. Embargos de Declaração em Recurso Extraordinário com Repercussão Geral Reconhecida. Ausência de Omissão, Contradição ou Obscuridade. Desenvolvimento do Procedente. Possibilidade. Responsabilidade de Solidária nas Demandas Prestacionais na Área da Saúde. Desprovimento dos Embargos de Declaração. Embargante: União. Relator: Min. Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15342892719&ext=.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). **Recurso Extraordinário 271.286/RS**. CF, ARTS. 5º, *CAPUT*, E 196. O direito à saúde representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. Agravante: Município de Porto Alegre. Relator: Min. Celso de Mello, 12 de setembro de 2000. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>. Acesso em: 19 jun. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). **Recurso Extraordinário 566.471/RN**. Pedidos Supervenientes: Atribuição do Ministro Sucessor. Processo incluído em Pauta de Julgamento. Ingresso na condição de *Amicus Curiae*: Inviabilidade. Precedentes. Não configuração de Circunstância Excepcional. Indeferimento. Recorrente: Estado do Rio grande do Norte. Relator: Min. André Mendonça, 15 maio 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15358013974&ext=.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 657.718/MG**. Direito Administrativo e Outras Matérias de Direito Público – Serviços – Saúde. Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos. Recorrido: Estado de Minas Gerais. Relator: Min. Marco Aurélio, 28 de setembro de 2011. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobje toincidente=4143144>. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Repercussão Geral no Recurso Extraordinário 684.612/RJ**. Administrativo e Constitucional. Implementação de Políticas Públicas especificamente quanto à Suficiência de Profissionais na Área de Saúde. Alegada Contrariedade aos Arts. 2º e 196 da Constituição da República. Recorrente: Município do Rio de Janeiro. Relatora: Min. Cármen Lúcia, 06 de fevereiro de 2014. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=230677751&ext=.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde**. *Leading Case*: RE 855.178, de 23 de maio de 2019. Relator: Min. Luis Fux. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia Repercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 1234 - Legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não padronizados no Sistema Único de Saúde – SUS**. *Leading Case*: RE 1366243. relator: Min. Gilmar Mendes, 18 abr. 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia>

Repercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234. Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF). **Inspeção nas Unidades de Tratamento Intensivo da Rede Pública de Saúde do DF**. Relatório de Inspeção. Brasília-DF, junho de 2017. Disponível em: https://www2.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Inspecao_UTI-Proc-31900_2013.pdf. Acesso em: 16 jul. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. 1ª Vara da Fazenda Pública do DF. **Ação Civil Pública Cível (65)**. Número do Processo 0703196-13.2020.8.07.0018. Autor: MP do DF e Territórios. Réu: DF e IGESDF. Brasília, Sentença assinada eletronicamente em 30 jul. 2020. Disponível em: <https://pje-consultapublica.tjdft.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/documentoSemLoginHTML.seam?ca=97c73e7d64c2afef9cfe7bc873fcabbc04f1c2198d8e32af33e40f15a4e2d88def21b763f9508247485be0c19dd6374ef19c6ac4e4007ccc>. Acesso em: 16 jul. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. 7ª Turma Cível. **Acórdão 1157087/00064410820128070001. Falta de vaga em UTI. Dever do Estado**. Obrigação do ente público de custear as despesas da internação em hospital particular. Apelante: Distrito Federal. SISTJWEB - Pesquisa Documentos Jurídicos. Relator: Desemb. Romeu Gonzaga Neiva, data de julgamento: 27 fev. 2019. Publicação no DJe: 15 mar. 2019. Disponível em: https://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaoId=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordao&controladorId=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.ControladorBuscaAcordao&visaoAnterior=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordao&nomeDaPagina=resultado&comando=abrirDadosDoAcordao&enderecoDoServlet=sistj&historicoDePaginas=buscaLivre&quantidadeDeRegistros=20&baseSelecionada=BASE_ACORDAOS&numeroDaUltimaPagina=1&buscaIndexada=1&mostrarPaginaSelecaoTipoResultado=false&totalHits=1&internet=1&numeroDoDocumento=1157087. Acesso em: 05 jul. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. 5ª Turma Cível. **Acórdão 1327047/00094546120128070018. Despesas hospitalares**. Distrito Federal. Tema 1033 da Repercussão Geral. Inexistência de decisão de suspensão da tramitação de processos. Preliminar. Julgamento *Ultra Petita*. Rejeição. Limitação à tabela do Sistema Único de Saúde – SUS. Impossibilidade. [...]. Apelante: Distrito Federal. Relator: Desemb. Angelo Passareli, data de julgamento: 24 mar. 2021, publicado no DJe: 30 mar. 2021. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/saude-e-justica/saude-publica/internacao-em-instituicao-particular-por-determinacao-judicial-2013-inexistencia-de-convenio-com-o-poder-publico-2013-custeio-das-despesas2013-valor-de-mercado>. Acesso em: 05 jul. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Internação em UTI – falta de vagas**. 4 maio 2022. Consultas – Jurisprudência em Temas. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/jurisprudencia-reiterada-1/direito-administrativo/internacao-em-uti-falta-de-vagas-nv>. Acesso em: 05 jul. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Portaria GPR 2536, de 04 de novembro de 2022**. Altera a composição do Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal, no âmbito do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/publicacoes-oficiais/portarias-gpr/2022/portaria-gpr-2536-de-04-11-2022>. Acesso em: 06 jul. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. 1º Juizado Especial da Fazenda Pública do DF. **Processo nº 0705312-89.2020.8.07.0018. Direito da Saúde (12480) - Pública (12481) - Internação/Transferência Hospitalar (12483) - Unidade de Terapia Intensiva (UTI)/Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (12506)**. Autor: José Otávio da Silva. Réu: Secretário de Saúde do DF. Brasília, 17 ago. 2020. Disponível em: <https://pje-consultapublica.tjdft.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/listView.seam?ca=9a33474245d63dbb2dfa9765abd0d4ad9aeb6fb9b7d2c61e>. Acesso em: 21 jul. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF-1). **Resolução PRESI 12, de 3 de maio de 2017**. Aprova a especialização de duas varas federais na Seção Judiciária do Distrito Federal em Saúde Pública. Brasília, 2017. Disponível em: https://portal.trf1.jus.br/dspace/bitstream/123/140277/5/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20Presi%2012_2017.pdf. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF-1). **Termo de Cooperação nº 0001, de 30 de maio de 2017**. Termo de Cooperação nº 0001/2017, que entre si celebram a União, por intermédio do Tribunal Regional Federal da 1ª Região/Seção Judiciária do Distrito Federal - SJDF e o Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/termo_de_cooperacao_001_2017_ses_df_e_trf1.pdf/5bf104ec-d8e3-380c-40f6-ba2532a616aa?t=1651513426523. Acesso em: 07 jul. 2023.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Agência Câmara de Notícias. **Saiba como foi a história de criação da CPMF**. 29 set. 2007. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/106622-saiba-como-foi-a-historia-de-criacao-da-cpmf/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

CANOTILHO, J. J. G. Um Olhar Jurídico-Constitucional sobre a Judicialização da Política. **Revista de Direito Administrativo**, [S. l.], v. 245, p. 87–95, 2007. DOI: 10.12660/rda.v245.2007.42122. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/42122>. Acesso em: 06 jul. 2023.

CARTÃO SUS. Site Cartaodosus.info. **Quais são os Princípios do SUS: doutrinários e organizativos!** Disponível em: <https://cartaodosus.info/principios-do-sus/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

CARVALHO, Guido Ivan de. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90)**. 3. ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito Constitucional**. 14 ed., ver. atual e ampl. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A questão democrática na área da saúde. **Saúde em Debate**, n. 9, p. 11-13, 1980.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização e Sociedade: Ações para acesso à saúde pública de qualidade**. Fórum da Saúde. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/09/judicializacao-e-sociedade-projeto-nacional-slide-dr-gebran-docpdf-23-09.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade**. Conselho Nacional de Justiça. Brasília, 2021. (978-65-5972-013-2).

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Portal Cnj.jus. **VI Jornada da Saúde aprova 14 novos enunciados sobre judicialização da saúde**. 16 jun. 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/vi-jornada-da-saude-aprova-14-novos-enunciados-sobre-judicializacao-da-saude/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Portal Estatísticas Processuais de Direito à Saúde**. Disponível em: https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a&opt=ctxmenu,cu_rrsel. Acesso em: 06 jul. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Portal Gov.br. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. 22 maio 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 18 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Portal Gov.br. **9ª Conferência Nacional de Saúde (1992)**. 11 fev. 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2350-9-conferencia-nacional-de-saude-1992>. Acesso em: 18 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Portal Gov.br. **17ª Conferência Nacional de Saúde (1992)**. 03 jun. 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/17cns>. Acesso em: 18 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. **Nota Técnica – Indicador: leitos Hospitalares**. Disponível em: https://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT2-Leitos-Hospitalares.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Site do Centro de Inteligência Estratégica para Gestão Estadual do SUS (CIEGES). **Painéis**. Disponível em: <https://cieges.conass.org.br/paineis/listagem>. Acesso em: 19 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Site do Centro de Inteligência Estratégica para Gestão Estadual do SUS (CIEGES). **Painéis – Leitos Complementares por 100 mil habitantes para o Distrito Federal**. Abr. 2023. Disponível em:

<https://cieges.conass.org.br/paineis/listagem/estrutura-e-producao-de-servicos/indicadores-de-leitos>. Acesso em: 22 abr. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Site do Centro de Inteligência Estratégica para Gestão Estadual do SUS (CIEGES). **Painéis – Total de Leitos SUS e Não SUS para o Distrito Federal**. Abr. 2023. Disponível em: <https://cieges.conass.org.br/paineis/listagem/estrutura-e-producao-de-servicos/indicadores-de-leitos>. Acesso em: 22 abr. 2023.

CROLEY, Steven P. *Regulation and Public Interests*. Princeton: Princeton University Press, 2008, 379 p.

DELDUQUE, Maria Célia; ARANHA, Marcio Iorio; LIMA, João Alberto. **A consolidação do arcabouço infralegal do SUS: o enfrentamento necessário**. Portal Conass.org. Opinião. Consensus, 4º trimestre de 2017. Disponível em: https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_25.pdf. Acesso em: 19 jul. 2023.

DINIZ, Debora *et al.* **A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil**. Portal Scielo. Ciência & Saúde Coletiva. Artigo, Fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PTXJ9db6bfHCrntkz4cfvsH>. Acesso em: 07 jul. 2023.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Limites da Função Reguladora das Agências diante do Princípio da Legalidade**. Direito Regulatório: temas polêmicos. 2. ed. ver. ampl. 1. reimpressão. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 38.488, de 13 de setembro de 2017**. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara Legislativa do Distrito Federal, 2017. Disponível em: <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-489536!buscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action>. Acesso em: 17 jun. 2023.

DISTRITO FEDERAL. **Lei Orgânica do Distrito Federal**. Brasília, DF: Câmara Legislativa do Distrito Federal, 1993. Disponível em: <https://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaNormaJuridicaNJURParaTextoLei-215!buscarNormaJuridicaNJURParaTextoLei.action>. Acesso em: 17 jun. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **Nota Técnica n.º 5/2020 – SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI, de 16 de abril de 2020**. Revisão dos Critérios de Admissão para Internação de Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e em Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) na Rede de Saúde SES-DF. Brasília, 2020. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64164/Revis%C3%A3o+dos+Crit%C3%A9rios+de+admiss%C3%A3o+para+Interna%C3%A7%C3%A3o+de+Pacientes+em+Unidades+de+Terapia+Intensiva+\(UTI\)+e+em+Unidades+de+Cuidados+Intermedi%C3%A1rios+\(UCI\)+na+Rede+de+Sa%C3%Bade+SES-DF.pdf](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64164/Revis%C3%A3o+dos+Crit%C3%A9rios+de+admiss%C3%A3o+para+Interna%C3%A7%C3%A3o+de+Pacientes+em+Unidades+de+Terapia+Intensiva+(UTI)+e+em+Unidades+de+Cuidados+Intermedi%C3%A1rios+(UCI)+na+Rede+de+Sa%C3%Bade+SES-DF.pdf). Acesso em: 21 jun. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **Portaria nº 41, de 30 de agosto de 2006**. Cria, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito

Federal, a Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF - CRIH, a qual será responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos assistenciais de saúde do DF, vinculados ao SUS, sejam próprios, conveniados ou contratados. Brasília, 2006. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/53496/Portaria_41_30_08_2006.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e Defensor Geral do Distrito Federal (DGDF) **Portaria Conjunta nº 01, de 26 de fevereiro de 2013**. Institui a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (CAMEDIS). Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal – SINJ-DF. Brasília, 2013. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/74163/Portaria_Conjunta_1_26_02_2013.html. Acesso em: 14 jul. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **Portaria nº 200, de 7 de agosto de 2015**. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal – SINJ-DF. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/334302f0b00946e097bea38bce4e3aa0/Portaria_200_07_08_2015.html. Acesso em: 21 jun. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **Portaria nº 713, de 21 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o fluxo de pacientes egressos de UTI e dá outras providências. Brasília, 2017. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/740c41cbceef45c8ad37f6c1924c225d/Portaria_713_21_12_2017.html. Acesso em: 18 jun. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) - 3º Quadrimestre de 2022** / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, mar. 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/3%C2%BA+RDQA+2022.pdf/70ae38b1-6d40-d55b-98c9-1c1627cb9bbb?t=1681208408968>. Acesso em: 16 jul. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **SISLEITOS - Sistema de Gerenciamento de Leitos – SES-DF**. Portal de acesso ao SISLEITOS disponível em: <http://sisleitos.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **TRAKCARE – Sistema de Informação de Saúde**. Portal de acesso ao TRAKCARE disponível em: <http://portaldeexames.saude.df.gov.br/trakcare/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

DISTRITO FEDERAL. Procuradoria-Geral do Distrito Federal. **Acordo de Cooperação Técnica nº 1/2022 – PGDF/SES/DPDF**. Celebrado pelo Distrito Federal, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, da Procuradoria-Geral do Distrito Federal e da Defensoria Pública do Distrito Federal, visando a reestruturação e a operacionalização da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde do Distrito Federal – CAMEDIS. Brasília, 2022. Disponível em: http://transparencia.defensoria.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Acordo_de_Cooperacao_Tecnica_n._N_1.2022_PGDF_SES_DPDF.pdf. Acesso em: 22 jul. 2023.

DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades; VIDAL, Víctor Luna. **Direito à Saúde: judicialização e pandemia do novo coronavírus**. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**, 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil**. Site do Portal epsjv.fiocruz.br. São Paulo, março de 2020. Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/dados_uti_amib\(1\).pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/dados_uti_amib(1).pdf). Acesso em: 04 jul. 2023.

FALK, J.A. **Gestão de custos para hospitais**. São Paulo: Atlas, 2001.

FELICIELLO, D.; VILALBA, J. P. **Regulação em saúde no SUS**. Campinas, SP/ Unicamp/NEPP/AGEMCAP, 2016.

FERREIRA, Ana S. **Do que falamos quando falamos de regulação em saúde?** *Análise Social*, n. 39, v. 171, p. 313-337, 2004.

FIGUEIREDO, Marcelo. **As agências reguladoras: o Estado Democrático de Direito no Brasil e sua atividade normativa**. São Paulo: Malheiros, 2005, p. 205-305.

FIOCRUZ. Site do Portal Fiocruz – Comunicação e informação – Notícias. **Observatório Covid 19 aponta maior colapso sanitário e hospitalar da história do Brasil**. 17 mar. 21. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-aponta-maior-colapso-sanitario-e-hospitalar-da-historia-do-brasil>. Acesso em: 18 jun. 2023.

FIOCRUZ. Site do Portal Arca – Repositório Institucional da Fiocruz. **Pulmão de Aço: preservação de um patrimônio científico da área da saúde**. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30933>. Acesso em: 19 jun. 2023.

FOGAÇA, Anderson Ricardo. **Análise econômica do direito e judicialização da saúde: mínimo existencial versus reserva do possível**. Curitiba: Juruá, 2021.

FONSECA, Reynaldo Soares da; COSTA, Daniel Castro Gomes da. **Direito Regulatório: desafios e perspectivas para a Administração Pública**. Belo Horizonte: Fórum, 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Agência Estadual de Notícias. Portal – Notícia. **Projeto inédito garante dinamismo entre União e Estado para compra de medicamentos caros**. 4 maio 2023. Disponível em: <https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Projeto-inedito-garante-dinamismo-entre-Uniao-e-Estado-para-compra-de-medicamentos-caros>. Acesso em: 04 jul. 2023.

GROTTI, D. A. M.; MOCCIA, M. H. P. P. e S. **O significado jurídico de “saúde como direito de todos e dever do Estado”**. *Revista do Advogado*, São Paulo, ano 40, v. 146, abr./2020.

HOLMES, Stephen; SUSTEIN, Cass. *The cost of rights: why liberty depends on taxes*. New York: W. W. Norton & Co., 1999

INFOSAÚDE-DF. Site do Portal da Transparência da Saúde do DF. **Leitos Públicos de UTI – GERAIS**. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/leitospublicosutigeraissalasi/>. Acesso em: 14 jun. 2023.

INFOSAÚDE-DF. Site do Portal da Transparência da Saúde do DF. **Lista de Espera por Leitos de UTI**. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/leitospublicoslistadeespera leitoutilasalisi/>. Acesso em: 14 jun. 2023.

INFOSAÚDE-DF. Site do Portal da Transparência da Saúde do DF. **Organograma - Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF)**. Disponível em: https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/Organograma_SESDF_2022_CRDF.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

INFOSAÚDE-DF. Site do Portal da Transparência da Saúde do DF. **Organogramas – SES – DF**. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/organogramas/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

INFOSAÚDE-DF. Site do Portal da Transparência da Saúde do DF. **Painel Custos – Leito Internação UTI – Rede Contratada**. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/custos leitoutilredecontratadasalasi/>. Acesso em: 24 maio 2023.

INFOSAÚDE-DF. Site do Portal da Transparência da Saúde do DF. **Painel Custos – Leito Internação UTI – Rede SES**. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/custosleitoutilasalisi/>. Acesso em: 24 maio 23.

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA (INSPER). **Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução**. Relatório Final de Pesquisa. Versão revisada em maio de 2019. São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2020/07/Relatorio_CNJ-FINAL-.pdf. Acesso em: 06 jul. 2023.

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA (INSPER). **Judicialização da saúde dispara e já custa R\$ 1,3 bi à União**: tema envolve demanda legítima de direitos e disputa pela alocação de recursos na sociedade. Portal Insper.edu.br. Conhecimento – Direito, 24 maio 2019. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/conhecimento/direito/judicializacao-da-saude-dispara-e-ja-custa-r-13-bi-a-uniao/>. Acesso em: 06 jul. 2023.

KRETZER, Lara *et al.* Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. **Portal ABRAMEDE**. Publicado em 01 de maio de 2020. Disponível em: http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo_AMIB_de_alocac__a__o_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID.pdf. Acesso em: 16 jul. 2023.

LEMOS, Amanda Nunes Lopes Espiñeira; LIMA, João Alberto de Oliveira; ARANHA, Marcio Iorio. **Processo de Consolidação SUSLegis**: Discussões do Desenho Metodológico. Site do Portal Arca – Repositório Institucional da Fiocruz. Artigo, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42127/ve_Amanda_Lemos_etal.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 19 jul. 2023.

LOPES, Othon de Azevedo. **Fundamentos da Regulação**. Rio de Janeiro: Processo, 2018, 345 p.

MARTINS, Thiago Penido; MAGALHÃES, Rodrigo Almeida; JÚNIOR, Rodolpho Barreiro Sampaio. **Judicialização da vida privada**: a tutela da autonomia e dos direitos da personalidade. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015, 194 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2023.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. Site do Portal GOV.BR. Notícias – 2023. **Dívida Pública Federal alcança R\$ 5,86 trilhões no mês de fevereiro de 2023**. 29 mar. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/fazenda/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/divida-publica-federal-alcanca-r-5-86-trilhoes-no-mes-de-fevereiro-de-2023#:~:text=A%20D%C3%Advida%20P%C3%Bablica%20Mobili%C3%A1ria%20Federal,%24%2045%2C92%20bilh%C3%B5es>). Acesso em: 19 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Site do Portal GOV.BR. Acesso à Informação – Institucional – Quem Somos. **Agência Nacional de Saúde Suplementar. Histórico**. 23 jun. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico>. Acesso em: 19 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Site do Portal GOV.BR. Assuntos. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT**. 08 jan. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>. Acesso em: 04 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Site do Portal GOV.BR. Notícias – 2021. **Ministério da Saúde amplia número de leitos de UTI em todo o Brasil**. 31 dez. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/ministerio-da-saude-amplia-numero-de-leitos-de-uti-em-todo-o-brasil>. Acesso em: 16 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Site do Portal GOV.BR. Notícias – 2021. **Saúde autoriza mais de 2,4 mil leitos de UTI para 23 estados e DF**. 29 mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/marco/saude-autoriza-mais-de-2-4-mil-leitos-de-uti-para-23-estados-e-df>. Acesso em: 19 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Site do Portal GOV.BR. Saúde da A a Z – S - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). 2022. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. 8 fev. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-1>. Acesso em: 19 jun. 2023.

NARVAI, Paulo Carpel. **SUS: uma reforma revolucionária**. Para defender a vida. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

NOVAIS, Jorge Reis. **Direitos Sociais**: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direito fundamentais. Coimbra: Coimbra, 2010, passim.

OLIVEIRA, Beatriz Nascimento Lins de; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. **Acesso a medicamentos e cooperação Sul-Sul: um estudo de caso de negociação conjunta de preços na América do Sul**. FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Portal Cadernos de Saúde Pública - Artigo. Rio de Janeiro, nº 10, out. 2021. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1542/acesso-a-medicamentos-e-cooperacao-sul-sul-um-estudo-de-caso-de-negociacao-conjunta-de-precos-na-america-do-sul>. Acesso em: 30 jun. 2023.

ONU. Site das Nações Unidas em Português – Centro de Imprensa – Notícias. **Chefe da Organização Mundial da Saúde declara o fim da COVID-19 como uma emergência de saúde global**. 5 de maio de 2023. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/230307-chefe-da-organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-sa%C3%Bade-declara-o-fim-da-covid-19-como-uma-emerg%C3%Aancia-de-sa%C3%Bade>. Acesso em: 18 jun. 2023.

ONU. Site das Nações Unidas em Português. Publicações. **A Carta das Nações Unidas**. 16 set. 2007. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91220-carta-das-na%C3%A7%C3%B5es-unidas>. Acesso em: 17 jul. 2023.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**: e-book interativo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>. Acesso em: 19 maio 23.

_____. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: eppur si muove. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1952-1953, 2013b.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: Edufba/Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S., *et al.* *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. **The Lancet**, v. 377, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, J. S. **SUS – Sistema Único de Saúde**: tudo o que você precisa saber. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2019. 484p.

PEREIRA, Ana Lúcia Pretto. **Reserva do Possível: Judicialização de políticas públicas e jurisdição constitucional.** Curitiba: Juruá, 2014.

PERLINGEIRO, Ricardo. **Desjudicializando as políticas de saúde?** Revista Acadêmica (Faculdade de Direito do Recife – UFPE), v. 86, n. 2, p. 3-11, jul./dez. 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/12036817/Desjudicializando_as_pol%C3%Adticas_de_sa%C3%Bade_Reducing_judicial_review_of_health_care_policies_. Acesso em: 12 jul. 2023.

PINTO, Élidea Graziane. **Financiamento dos Direitos à Saúde e à Educação: Uma perspectiva Constitucional.** Belo Horizonte: Fórum, 2017.

PORTAL EDUCAÇÃO. Site do Portal Educação – Conhecimentos Gerais. **Reforma sanitária brasileira: entenda sobre o assunto.** Disponível em: <https://blog.portaleducacao.com.br/reforma-sanitaria-brasileira-entenda-sobre-o-assunto#:~:text=O%20Movimento%20da%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria%20no%20Brasil%20ocorreu%20no%20final,bens%20e%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%Bade>. Acesso em: 18 jun. 2023.

PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS).** Portal PGE RJ – Consenso. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/mais-consenso/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls>. Acesso em: 14 jul. 2023.

REVISTA DESAFIOS DO DESENVOLVIMENTO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. *Online* 2016. **A maior e mais ousada iniciativa do nacional-desenvolvimentismo.** Ano 13, ed. 88, de 23 de novembro de 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=3297&catid=2#:~:text=motores%20do%20crescimento.,O%20II%20PND%20priorizava%20o%20aumento%20da%20capacidade%20energ%C3%A9tica%20e,plano%20econ%C3%B4mico%20do%20ciclo%20desenvolvimentista. Acesso em: 18 jun. 2023.

SANTANA, Fabio Paulo Reis de; PSANQUEVICH, Paulo Kron; BRUZZESE, Camila Perissini. **O SUS e a Judicialização da Saúde: dos procedimentos clínicos à estrutura jurídica. Tomo 1: Sob a perspectiva da Saúde.** Rio de Janeiro: CEEJ, 2022.

SANTANA, Fabio Paulo Reis de; PSANQUEVICH, Paulo Kron; BRUZZESE, Camila Perissini. **O SUS e a Judicialização da Saúde: dos procedimentos clínicos à estrutura jurídica. Tomo 2: Sob a perspectiva Jurídica.** Rio de Janeiro: CEEJ, 2022.

SANTOS, Fausto P.; MERHY, Emerson E. **A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão.** *Interface* (Botucatu), n. 10, v. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, Juliana Marim dos. A Mistanásia no Brasil frente a pandemia da Covid-19. **Portal Conteúdo Jurídico.** 15 out. 2021. Consultas Jurídicas. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/57281/a-mistansia-no-brasil-frente-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 30 jun. 2023.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde.** Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – Antonio Ivo de Carvalho. Portal Fiocruz –

artigo, 24 jan. 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso em: 16 jul. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 10. Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010. passim

SCAFF, Fernando Facury; ROMBOLI, Roberto; REVENGA, Miguel. **A Eficácia dos Direitos Sociais**. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

SCHULZE, Clenio Jair; NETO, João Pedro Gebran. **Direito à Saúde**. 2. ed. revista e ampliada. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. 336p.

SCHULZE, Clenio Jair. **Prescrição médica não é título executivo extrajudicial**. Site do Portal Empório do Direito. Artigo: 6 nov. 2018. Disponível em: <https://emporiiodireito.com.br/leitura/prescricao-medica-nao-e-titulo-executivo-extrajudicial>. Acesso em: 04jul.2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF). **Processo Regulatório de Acesso à Assistência** (Consultas, Exames, Procedimentos Cirúrgicos e Leitos). Brasília, 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual.Processo.GER_.GIR_05.10.2021+27-01-2023.pdf/b1962822-8284-849e-e350-d38db5b7773a?t=1674817783440. Acesso em: 19 jun. 2023.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). **Manual de Regulação de Leitos - Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal**. Brasília: Governo do Distrito Federal, jun. 2021.

SIMÕES, Marcela; LESSA, Fernanda; FAGUNDES, Maria José Delgado. **Política nacional para pessoas com doenças raras**: desafios de implementação e incorporação de tecnologias no SUS – Sistema Único de Saúde. *In*: Jornal Brasileiro de Economia e Saúde: Edição especial, doenças raras. São Paulo, dezembro 2014, p.41 – 55.

SOARES, Hector Cury. **Direito à Saúde e Orçamento Público**. Limites à justiciabilidade. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021, p.111-188.

SOUZA, Edirlene Ana de. **O fenômeno da judicialização da saúde em Brasília, DF, entre 2012 e 2015**. UniCEUB. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES - Curso de Enfermagem. Artigo científico. Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11753/1/21483432.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2023.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Site do Portal do stj.jus.br. Comunicação - Notícias. Recurso repetitivo. **Primeira Seção define requisitos para fornecimento de remédios fora da lista do SUS**. 24 abr. 2018. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-04-25_12-20_Primeira-Secao-define-requisitos-para-fornecimento-de-remedios-fora-da-lista-do-SUS.aspx. Acesso em: 02 jul. 2023.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Site do portal.stf.jus.br. Andamentos – despacho “Conclusos ao Relator” em 14 set. 2022. **Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 5658**. Distrito Federal. Relator: Min. Luiz Fux. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5132872>. Acesso em: 21 jun. 2023.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Site do portal.stf.jus.br. Notícias. **Ministra determina restabelecimento de leitos de UTI custeados pela União no Piauí**. 4 mar. 2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=461670&ori=1>. Acesso em: 04 jul. 2023.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Site do portal.stf.jus.br. Notícias. **Plenário confirma parâmetros para julgamento de ações sobre fornecimento de medicamentos pelo SUS**. 19 abr. 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=505930&ori=1>. Acesso em: 04 jul. 2023.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto. **História da Saúde no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2018. 485p.

TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL (TCDF). **Acesso da População às Unidades de Tratamento Intensivo da Rede Pública de Saúde do DF**. Relatório de Auditoria, 2014. Distrito Federal. Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/dispsaude-1.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2023.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO (TRF2). Site do Portal TRF2 – Comitê de Saúde do CNJ-RJ. 18 mar. 2019. **CNJ: Demandas judiciais relativas à saúde crescem 130% em dez anos**. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/cnj-demandas-judiciais-relativas-saude-crescem-130-em-dez-anos/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO (TRF2). Site do Portal TRF2 – Comitê de Saúde do CNJ-RJ. 27 ago. 2021. **CNJ: Judicialização da saúde: pesquisa aponta demandas mais recorrentes**. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/cnj-judicializacao-da-saude-pesquisa-aponta-demandas-mais-recorrentes/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO (TRF4). Site do Portal Unificado da Justiça Federal da 4ª Região. **Justiça Federal do Paraná fecha mais de 9 milhões de reais em acordos na área de saúde**. Portal de Notícias 4R, 1º dez. 2022. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=noticia_visualizar&id_noticia=26528. Acesso em: 03 jul. 2023.

UNITED NATIONS. *Office of the High Commissioner Human Rights. (OHCHR). Universal Declaration of Human Rights*. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese>. Acesso em: 21 jun. 2023.

VALLE, Vanice Regina Lírio do; SILVA, Cecília de Almeida. Abertura dialógica no controle abstrato de constitucionalidade: um olhar ainda preceitual. **A&C - Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, ano 10, n.42, out./dez. 2010.

WANG, Daniel Wei Liang. *Courts as healthcare policy-makers: the problem, the responses to the problem and problems in the responses*. Portal Biblioteca Digital, FGV. São Paulo, SP: Fundação Getúlio Vargas, FGV, ago. 2013. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11198/RPS_75_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 jun. 2023.

WANG, Daniel Wei Liang. **Direito e políticas de saúde: reflexões para o debate público**. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Portal da Organização Mundial da Saúde em português. Redação. **Sobre a OMS**. Disponível em: <https://www.who.int/pt/about>. Acesso em: 17 jul. 2023.