

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SIMONE LUZIA FIDÉLIS DE OLIVEIRA**

**TEMPO DE ESPERA PARA INTERNAÇÃO ASSOCIADO À MORTALIDADE  
EM PESSOAS QUE SOLICITAM INTERNAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA POR VIA JUDICIAL**

**BRASÍLIA, DF**

**2022**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SIMONE LUZIA FIDÉLIS DE OLIVEIRA**

**TEMPO DE ESPERA PARA INTERNAÇÃO ASSOCIADO À MORTALIDADE  
EM PESSOAS QUE SOLICITAM INTERNAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA POR VIA JUDICIAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dirce Bellezi Guilhem

BRASÍLIA, DF

2022

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

f , Simone Luzia  
Fidelis de Oliveira / Simone Luzia ; orientador Dirce  
Bellezi Guilhem. -- Brasília, 2022.  
82 p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Universidade de  
Brasília, 2022.

1. Judicialização da Saúde. 2. Regulação em Saúde. 3.  
Unidade de Terapia Intensiva. 4. Mortalidade Hospitalar. 5.  
Decisões Judiciais. I. Guilhem, Dirce Bellezi, orient. II.  
Título.

**SIMONE LUZIA FIDÉLIS DE OLIVEIRA**

**TEMPO DE ESPERA PARA INTERNAÇÃO ASSOCIADO À MORTALIDADE  
EM PESSOAS QUE SOLICITAM INTERNAÇÃO EM UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA POR VIA JUDICIAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 16 de novembro de 2022

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Dirce Bellezi Guilhem – (Presidente)  
Universidade de Brasília

---

Profª Drª Graziani Izidoro Ferreira – (Membro Efetivo)  
Centro Universitário Unieuro

---

Prof. Dr. Bruno do Valle Pinheiro – (Membro Efetivo)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro – (Membro Suplente)  
Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho aos servidores dos sistemas de saúde e do Judiciário para que possa ser usado como base para a melhor tomada de decisão, sempre em prol do atendimento às demandas dos usuários do SUS, principalmente em seu momento de maior vulnerabilidade.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força, pela constante presença na minha vida e por permitir autoconhecimento e grande aprendizado nesta jornada. Por me ajudar a superar os desafios, a controlar a ansiedade nos diversos momentos de adversidades ocorridos neste caminhar e, principalmente, nos choros solitários. Que a fé na força divina possa sempre estar presente no meu cotidiano, nos novos desafios, tornando maior a minha vida.

Ao meu esposo, Jérôme Moal, pela parceria e por me apoiar nos momentos de ausência e ansiedade. Gratidão pelo incentivo diário e pelo respeito às minhas limitações, sempre me mostrando o que há de melhor em mim.

Aos meus pais, que sempre foram meu alicerce e meu exemplo e que, mesmo com todas as dificuldades, são o meu primeiro exemplo de pessoas vitoriosas, cada um em seus desafios. Muito orgulho de ser filha desses vencedores e sei que tenho ainda muito o que aprender com eles, e que a nossa construção de conhecimento conjunta possa continuar sendo com muito amor e respeito pelas diferenças de opiniões. E a Manu, que sempre esteve presente na vida, me ajudando na minha base e no equilíbrio da nossa família. Aos três, o meu muito obrigada!

Às minhas irmãs, Tania Fidélis e Rose Fidélis, que, mesmo distantes, sempre estão presentes na minha vida e que me presentearam com meus cunhados, Mac Rocha e Lorenzo Fidelis, e meus sobrinhos, Eduardo Rocha, Bianca Rocha e Caetano Fidelis (Zequinha).

À minha orientadora, Dr<sup>a</sup> Dirce Guilhem, que desde a graduação é fonte de inspiração e sucesso profissional. Que me acolheu e me acompanhou durante todos os momentos desta caminhada, sendo compreensiva, quando necessário, e sempre primando pela excelência no aprender. Obrigada por acreditar em mim e me apoiar! À Mestre Sandra Montenegro, pelo incentivo constante e pelo despertar das buscas de soluções extrajudiciais para a saúde.

Aos Doutores Ana Cristina dos Santos e Fábio Amorim, pela parceria e grande aprendizado nesta trajetória e, principalmente, pelo incentivo de aprimoramento constante. Ao grupo de pesquisa JUDESCS pelo crescimento conjunto e pela parceria na coleta de dados. Em especial, a Virgílio Macedo e Richard Alves, por sempre estarem presentes nos momentos de aflição.

Às minhas amigas, enfermeiras, Domitília Bonfim, Lucia Fonseca, Marcela Vilarim e Simone Sousa, pelo incentivo, parceria e suporte nos diversos momentos desta caminhada.

E a todos que, indiretamente, contribuíram para a construção deste sonho!

*“Descubra quem é você, e seja essa pessoa. A sua alma foi colocada nesse mundo para ser isso, então viva essa verdade e todo resto virá.”*

*(Ellen Degeneres)*

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a associação entre o tempo de espera para admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e mortalidade hospitalar e o tempo de cumprimento de liminar para pessoas que solicitaram internação naquela unidade, por via judicial, em serviços de saúde do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. **Material e métodos:** Estudo de coorte retrospectivo que incluiu pacientes adultos do sistema público de saúde do Distrito Federal, Brasil, que reivindicaram a internação na UTI em juízo de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. **Resultados:** A fração de sobreviventes dos 1.750 pacientes não admitidos em UTI no primeiro dia foi de 92,1%, no entanto, ao final de 14 dias, a taxa de sobrevivência reduziu para 21,6%, considerando a amostra total do estudo. Nesse sentido, dos pacientes admitidos em UTI, 5,5% não sobrevivem no primeiro dia em comparação com 58,9% ao final do décimo quarto dia de espera, tendo o total de 1.031 pacientes admitidos em leito de UTI. Quando se avalia a relação de tempo de espera por leito de UTI com a prioridade e a taxa de mortalidade, observa-se que os de prioridade I tem 2,3 vezes mais chance de óbito no segundo dia (OR, 2.304; 95% CI, 1.552-3.418;  $p < 0,001$ ) e 32 vezes mais chance de óbito no décimo quarto dia (OR, 32.192; 95% CI, 13.921-74.443;  $p < 0,001$ ) à medida que espera por leito de UTI. Cada dia de atraso para a internação na UTI foi associado a uma redução média na sobrevivência de 5,4% (IC 95%: 3,4–6,0%,  $p < 0,001$ ). Em contrapartida, os pacientes de prioridade IV não apresentam variações significativas mostrando que, no terceiro dia (OR, 1.000; 95% CI, 0.034-29.807;  $p < 0,001$ ) e no décimo quarto dia (OR, 0.793; 95% CI, 0.310-2.442;  $p < 0,001$ ) de espera por leito de UTI, as taxas de mortalidade são aproximadamente as mesmas. **Conclusão:** Entende-se que um grande número de pacientes com prioridade I, que são enquadrados na legislação e nos diversos protocolos clínicos como pacientes que realmente necessitam de imediato cuidados em terapia intensiva, evoluem a óbito à medida que passam os dias de espera por leito de UTI, enquanto o paciente de prioridade IV, recomendado pela legislação que seja retirado da lista por não ter benefício ou ter apresentado melhora clínica, tem a mesma chance de óbito nos primeiros dias ou ao final do período de 14 dias de espera, no entanto, a sua judicialização prejudica o atendimento ao paciente de prioridade I.

**Palavras-chave:** Judicialização da Saúde; Tempo de Espera; Regulação em Saúde; Unidade de Terapia Intensiva; Mortalidade Hospitalar; Decisões Judiciais.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the association between the waiting time for admission to the ICU and hospital mortality and the time to comply with an injunction in people who requested hospitalization in an intensive care unit by judicial means in health services of the Unified Health System of the Federal District. **Material and methods:** Retrospective cohort study that included adult patients from the public health system of Distrito Federal, Brazil, who claimed ICU admission in court from January 2017 to December 2018. **Results:** The fraction of survivors of the 1,750 patients not admitted to the ICU on the first day was 92.1%, however at the end of 14 days the survival rate reduces to 21.6%, considering the total study sample. In this sense, of the patients admitted to the ICU, 5.5% did not survive the first day compared to 58.9% at the end of the fourteenth day of waiting, with a total of 1031 patients admitted to the ICU bed. When the relationship between the waiting time for an ICU bed and the priority and the mortality rate is evaluated, it is observed that priority I patients are 2.3 times more likely to die on the second day (OR, 2,304; 95% CI, 1,552- 3,418;  $p < 0.001$ ) and 32 times more likely to die on the fourteenth day (OR, 32,192; 95% CI, 13,921-74,443;  $p < 0.001$ ) as the patient waits for an ICU bed. Each day of delay to ICU admission was associated with a mean reduction in survival of 5.4% (95% CI: 3.4–6.0%,  $p < 0.001$ ). In contrast, priority IV patients do not show significant variations, showing that on the third day (OR, 1,000; 95% CI, 0.034-29,807;  $p < 0.001$ ) and on the fourteenth day (OR, 0.793; 95% CI, 0.310- 2,442;  $p < 0,001$ ) of waiting for an ICU bed, the mortality rates are approximately the same. **Conclusion:** It is understood that a large number of Priority I patients, who are framed in the legislation and in the various clinical protocols as patients who really need immediate care in intensive care, evolve to death as the days of waiting for a bed pass. of ICU, while the Priority IV patient, recommended by the legislation to be removed from the list for not having benefit or having presented clinical improvement, has the same chance of death in the first days or at the end of the 14-day waiting period, however its judicialization impairs priority I patient care.

**Keywords:** Health Judicialization; Waiting list; Health Regulation; Intensive care unit; Hospital Mortality; Judicial Decisions.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre el tiempo de espera de ingreso a UCI y la mortalidad hospitalaria y el tiempo de cumplimiento de una medida cautelar para personas que solicitaron hospitalización en unidad de cuidados intensivos por la vía judicial en servicios de salud del Sistema Único de Salud de la Federación Distrito.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes adultos del sistema público de salud del Distrito Federal, Brasil, que reclamaron ingreso en UTI en juicio de enero de 2017 a diciembre de 2018. **Resultados:** La fracción de sobrevivientes de los 1.750 pacientes que no ingresaron a la UTI en el primer día fue de 92,1%, sin embargo, al final de 14 días, la tasa de supervivencia se reduce a 21,6%, considerando la muestra total del estudio. En este sentido, de los pacientes ingresados en UCI, el 5,5% no sobrevivió al primer día, frente al 58,9% al final del decimocuarto día de espera, con un total de 1.031 pacientes ingresados en cama de UCI. Cuando se evalúa la relación entre el tiempo de espera de una cama de UCI y la prioridad y la tasa de mortalidad, se observa que los pacientes de prioridad I tienen 2,3 veces más probabilidades de morir al segundo día (OR, 2.304; IC 95%, 1.552-3.418;  $p < 0,001$ ) y 32 veces más probabilidades de morir al decimocuarto día (OR, 32.192; IC 95%, 13.921-74.443;  $p < 0,001$ ) mientras el paciente espera una cama en la UCI. Cada día de retraso en el ingreso a la UCI se asoció con una reducción media de la supervivencia del 5,4 % (IC del 95 %: 3,4–6,0 %,  $p < 0,001$ ). Por el contrario, los pacientes de prioridad IV no presentan variaciones significativas, mostrando que al tercer día (OR, 1.000; IC 95%, 0,034-29.807;  $p < 0,001$ ) y al decimocuarto día (OR, 0,793; IC 95%, 0,310 -2.442;  $p < 0,001$ ) de esperar una cama de UCI, las tasas de mortalidad son aproximadamente las mismas. **Conclusión:** Se entiende que un gran número de pacientes con prioridad I, que se enmarcan en la legislación y en los distintos protocolos clínicos como pacientes que realmente necesitan cuidados inmediatos en cuidados intensivos, evolucionan a la muerte a medida que pasan los días de espera de una cama. de UCI, mientras que el paciente de prioridad IV, recomendado por la legislación para ser retirado de la lista por no tener beneficio o haber presentado mejoría clínica, tiene la misma probabilidad de muerte en los primeros días o al final de los 14 días período de espera, sin embargo, su judicialización perjudica la atención prioritaria del paciente.

**Palavras claves:** Judicialización de la Salud; Tiempo de espera; Reglamento Sanitario; Unidad de terapia intensiva; Mortalidad Hospitalaria; Decisiones judiciales.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma do processo de seleção dos pacientes do estudo.....	26
<b>Figura 2</b> - Fração de sobrevida de pacientes não admitidos na UTI em relação a todos os sobreviventes e admissão cumulativa na UTI para todos os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial (n = 1.750).....	33
<b>Figura 3</b> - <i>Odds ratio</i> para mortalidade dos pacientes não admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI .....	34
<b>Figura 4</b> - Fração de sobrevida de pacientes não admitidos na UTI em relação aos sobreviventes e admissão cumulativa na UTI para os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial nos pacientes classificados como prioridade I (a), prioridade II (b), prioridade III (c) e prioridade IV (d) (n = 1750).....	37
<b>Figura 5</b> - <i>Odds ratio</i> para mortalidade dos pacientes não admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI e grau de prioridade .....	38
<b>Figura 6</b> - Análise por score de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de unidade de terapia intensiva (UTI) ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade nos pacientes classificados como prioridade I (a), prioridade II (b), prioridade III (c) e prioridade IV (d) .....	43

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Características basais, admissão em leito de UTI e mortalidades entre pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial (n = 1.750)..... 31
- Tabela 2** - Análise univariada comparando os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial admitidos e não admitidos na UTI (n = 1.750) ..... 31
- Tabela 3** - Fração de sobrevivida de pacientes não admitidos na UTI em relação a todos os sobreviventes e admissão cumulativa na UTI para todos os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial (n = 1.750)..... 33
- Tabela 4** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 1.750) ..... 35
- Tabela 5** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes classificados como prioridade I não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 567)..... 39
- Tabela 6** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes classificados como prioridade II não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 415)..... 40
- Tabela 7** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes classificados como prioridade III não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 646)..... 41
- Tabela 8** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes classificados como prioridade IV não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 122)..... 41
- Tabela 9** - Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade dos pacientes classificados como prioridade I ..... 44
- Tabela 10.** Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade dos pacientes classificados como prioridade II ..... 44

**Tabela 11** - Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade dos pacientes classificados como prioridade III.....45

**Tabela 12** - Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade dos pacientes classificados como prioridade IV ....46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APACHE	<i>Acute Physiological and Chronic Health Evaluation</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CERIH	Central de Regulação de Internação Hospitalar
CR	Complexo Regulador
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DP	Desvio-Padrão
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
IC	Intervalo de Confiança
IQ	Intervalo Interquartil
MODS	<i>Multiple Organ Dysfunction Score</i>
MPM	<i>Mortality Prediction Model</i>
NAS	<i>Nursing Activity Score</i>
NHS	<i>National Health System</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
p	p valor
PNR	Política Nacional de Regulação
PNRS	Política Nacional de Regulação em Saúde
PPI	Programa de Pactuação Integrada
RS	Regulação em Saúde
SAPS	<i>Simplified Acute Physiology Score</i>
SOFA	<i>Sepsis-related Organ Failure Assessment</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences 20.0 for Mac</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TISS	<i>Therapeutic Intervention Scoring System</i>
TrackCare	Prontuário Eletrônico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO .....	23
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	23
<b>3 MÉTODOS</b> .....	<b>24</b>
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	24
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	24
3.3 POPULAÇÃO .....	25
3.4. COLETA DOS DADOS.....	26
3.5. DESFECHOS.....	27
3.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	27
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	29
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>30</b>
4.1 ANÁLISE POR ESCORE DE PROPENSÃO PARA AVALIAR O EFEITO DA NÃO ADMISSÃO APÓS CADA DIA DE PERMANÊNCIA NA LISTA DE ESPERA POR LEITO DE UTI AJUSTADO PARA IDADE, NÍVEL DE PRIORIDADE E TRAUMA COMO MOTIVO PRIMÁRIO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	42
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>57</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	<b>63</b>
<b>ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília</b> .....	<b>61</b>
<b>ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde</b> .....	<b>70</b>
<b>ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal</b> .....	<b>74</b>
<b>ANEXO D – Portaria nº 199, de 06 de agosto de 2015</b> .....	<b>79</b>
<b>ANEXO E – Portaria nº 200, de 06 de agosto de 2015</b> .....	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A legislação brasileira traz, em sua Constituição Federal de 1988, a gratuidade do acesso universal à saúde como direito fundamental a seus cidadãos. Visando melhorar sua regulamentação, foram instituídas as Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, sendo que a primeira cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, apontando a organização e o funcionamento dos serviços pautados nos princípios doutrinários e organizativos; a segunda complementa a abordagem sobre o financiamento de toda a estrutura, incluindo, na ideia de orçamento tripartite (União, estados e municípios), a contribuição dos diversos fundos legitimados (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b; CASTRO *et al.*, 2019; PAIM *et al.*, 2011).

Descrevendo os princípios doutrinários do SUS, podem-se citar: universalidade (garantia de acesso a todos, independentemente de qualquer fator discriminatório); equidade (igualdade de condições para o acesso em conformidade com as suas necessidades); e integralidade (o usuário deve ser assistido conforme seu grau de necessidade e avaliado em sua totalidade). No que tange aos princípios organizativos, estes compreendem: regionalização (delimitação de área geográfica e definição da população que receberá atendimento de forma organizada), hierarquização (os serviços de saúde devem ser organizados considerando os níveis crescentes de complexidade tecnológica), descentralização (redistribuição de responsabilidades e poder das ações e serviços de saúde com os diversos entes federativos, visando a uma melhor tomada de decisão clínica e/ou financeira) e a participação dos cidadãos, decorrente da democracia que viabiliza a participação popular nas tomadas de decisões (CASTRO *et al.*, 2019; PAIM *et al.*, 2011; PAIM; SILVA, 2010;).

Neste sentido, o paciente teria acesso desde a atenção primária até a atenção terciária, ou seja, o acesso a ações preventivas com tecnologia leve até o acesso à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e sua complexidade de tecnologias duras. Segundo o art. 1º da Resolução nº 71/1995, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), a UTI é definida como área dentro do hospital destinada à “vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis”. Cabe ressaltar que o paciente grave, considerado seu usuário um paciente crítico, é aquele que “apresenta instabilidade de algum de seus sistemas orgânicos, devido a alterações agudas ou agudizadas” ou um paciente de risco cuja

condição de saúde o leva a ter algum potencial de instabilidade (CREMESP, 1995, art. 2º).

A definição supramencionada é suportada pela legislação nacional por meio da Portaria nº 2.338, de 03/10/2011, que considera o paciente criticamente enfermo o que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema (BRASIL, 2011). Também é compatível com o conceito das instituições internacionais, como o *National Health System* (NHS, 2022) que afirma que o paciente crítico requer níveis maiores de observações e intervenções, não apenas para a melhoria da condição de saúde como para evitar/minimizar a deterioração do organismo.

Estudos demonstram que o paciente crítico deve ser classificado levando em consideração vários critérios que incluem o seu quadro clínico, o prognóstico e o benefício em leito de UTI. Existe uma variedade de índices, como *Acute Physiological and Chronic Health Evaluation* (APACHE), *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS) e *Mortality Prediction Model* (MPM); de avaliação de disfunção orgânica, como *Sepsis-related Organ Failure Assessment* (SOFA) e *Multiple Organ Dysfunction Score* (MODS); ou de procedimento, como *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) e *Nursing Activity Score* (NAS) (ALETREBY *et al.*, 2021; MURAKAMI; SANTOS, 2017).

O modelo e cálculo APACHE II é o mais difundido no Brasil, sendo aceito pelo Ministério da Saúde e por instituições de terapia intensiva. Utiliza valores de 12 variáveis fisiológicas, além de idade e estado de saúde anterior, juntamente com a avaliação da saúde crônica do paciente, sendo as doenças que levaram à internação em terapia intensiva e o diagnóstico de admissão (ARGYRIOU *et al.*, 2015).

A avaliação sequencial de insuficiência orgânica é composta por pontuações de seis sistemas de órgãos (respiratório, cardiovascular, hepático, coagulação, renal e neurológica) graduada de 0 – normal – a 4 – mais anormal ou disfuncional – de acordo com o grau de disfunção (VINCENT *et al.*, 1996). O estado de saúde antes da admissão é determinado por respostas aos critérios objetivos para detectar as disfunções preexistentes dos sistemas de órgãos avaliados pelo SOFA, ou seja, as pontuações (KNAUS *et al.*, 1985a). A pontuação está relacionada ao estado vital, sendo que pontuações gerais até 9 pontos possuem menor taxa de mortalidade (33%), e superiores a 11, mortalidade de 95% (FERREIRA *et al.*, 2001). “Mais anormal” é a definição do valor fisiológico mais afastado do padrão de normalidade, menor pressão arterial e Ph para paciente em choque, maior valor de creatinina para

paciente com insuficiência renal aguda ou a menor contagem de plaquetas para paciente com trombocitopenia (KNAUS *et al.*, 1985b).

A pontuação SOFA foi inicialmente criada como uma ferramenta para descrever objetiva e quantitativamente o quadro dos indivíduos e a falência de órgãos associada a pacientes críticos na admissão na UTI, mas também tem sido usada como um sistema de pontuação preditiva em relação ao tempo, com finalidade de prever grau e progressão das disfunções dos órgãos dos mesmos pacientes, tendo correlação direta da mortalidade com maiores pontuações em SOFA para cada órgão, logo, a morbidade (HUANG *et al.*, 2012; MURAKAMI; SANTOS, 2017; VINCENT *et al.*, 1996). Esses instrumentos auxiliam na classificação da prioridade do paciente para admissão em UTI.

No que tange ao conceito e classificação de terapia intensiva, a Portaria Ministerial nº 3.432/1998 considera a UTI geograficamente inserida em um serviço hospitalar que contém incorporação tecnológica avançada, recursos humanos especializados e aporte de especialistas e serviços para o atendimento de pacientes críticos. As denominadas de “adulto” atendem a pacientes maiores de 14 ou 18 anos, de acordo com as rotinas hospitalares internas, e podem ser divididas em tipo I, II e III, e aumentam suas especificidades conforme o aporte tecnológico, suporte assistencial e de diagnóstico e especialização da sua equipe. As denominadas especialistas estão voltadas à clientela mais específica pertencente ao grupo de determinadas patologias (BRASIL, 1998).

No que tange à estrutura física e organizacional, o Ministério da Saúde, por meio da Resolução nº 7/2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, aponta os requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs, trazendo a sua complexidade de atendimento, a necessidade de infraestrutura e equipamentos adequados e de tecnologia dura, além de ressaltar a necessidade de profissionais especializados e em número adequado para atendimento ao paciente crítico (BRASIL, 2010)

No entanto, desde os primórdios do SUS, há um excesso de demanda, uma escassez de recursos, um subfinanciamento do sistema e uma má gestão dos recursos existentes que acarretam a inviabilidade do cumprimento do direito fundamental à saúde, inclusive em terapia intensiva (D'ESPÍNDULA, 2013; NOGUEIRA; CARVALHO; DADALTO, 2017).

Cabe ressaltar que, visando diminuir a lacuna entre demanda e acesso a serviços de saúde, instituiu-se a Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS, por

meio da Portaria nº 1.559/2008, em três dimensões: 1- Regulação sobre os Sistemas de Saúde, segundo sua atuação nos sistemas de saúde; 2- Regulação da Atenção, sobre a produção direta das ações e serviços de saúde; e 3- Regulação do Acesso, sobre o acesso do usuário no sistema (BRASIL, 2008).

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

O Complexo Regulador (CR) foi inicialmente criado em resposta à Política Nacional de Regulação em Saúde (PNRS) e à demanda social por assistência à saúde. No Distrito Federal, em especial, surgiu devido à necessidade de cumprimento do acesso de pacientes críticos à terapia intensiva, trazendo em seu escopo os fluxos operacionais relacionados ao funcionamento da Central e as competências de seus servidores (BATISTA *et al.*, 2019; DISTRITO FEDERAL, 2008, 2016).

O CR tem como objetivo principal o controle, a monitorização e a avaliação da prestação de serviços de internação hospitalar. Os serviços devem ser pautados no

perfil de cada paciente segundo as suas necessidades de saúde comprometidas, visando à busca do acesso de forma igualitária e respeitando os princípios do SUS (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2017; VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Estudos brasileiros demonstram que a implementação dos serviços de regulação é primordial como ferramenta de gestão para o acesso aos serviços de saúde e conexão da rede de saúde, além do controle e avaliação desses serviços (BATISTA *et al.*, 2019; SOUSA *et al.*, 2021).

A Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH) é a parte operacional do CR no DF que tem ciência oficialmente de que um paciente tem necessidade de leito de UTI quando ele é inserido pela equipe assistencial em uma fila única que aparece no serviço informacional local. Em seguida, o médico regulador avalia por turno todos os pacientes, traçando uma prioridade conforme os protocolos previamente estabelecidos entre os gestores e as unidades assistenciais. Após traçar o perfil de necessidade do paciente e sua priorização, o médico regulador avalia o perfil de vaga necessária e, estando esta disponível, direciona esse paciente para admissão naquele referido leito, passando-se a fase de transferência e ocupação do leito (DISTRITO FEDERAL, 2015a).

No que tange à priorização (classificação de risco) do usuário, esta se embasa em legislações locais, cujos dois critérios máximos se destacam: o quadro clínico do paciente e o seu benefício com a assistência em terapia intensiva. Paralelamente à avaliação do médico regulador para priorização, a enfermeira controladora faz a busca de leitos disponíveis nos serviços sob regulação (DISTRITO FEDERAL, 2015b).

Cabe lembrar que o CR não cria vaga em leito de UTI, simplesmente realiza a gestão de leitos previamente disponibilizados para a regulação. Essa gestão constitui no mapeamento do leito disponível, confirmação do cumprimento de um dos papéis da regulação quando da admissão do paciente, do monitoramento da alta e da identificação de leitos indisponíveis, conhecido como bloqueados em virtude de problemas pontuais ou mais complexos, tais como manutenção, falta de recursos materiais (equipamentos e insumos) ou indisponibilidade de recursos humanos (déficit temporário ou permanente de servidores (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Neste contexto dicotômico, surge o fenômeno da judicialização da saúde, que consiste em acionar o Poder Judiciário para interferir no Poder Executivo, visando garantir o direito ao acesso aos serviços de saúde respaldados na Constituição Federal. Neste sentido, muitos indivíduos recorrem ao terceiro Poder para ter

resolutividade de direitos assegurados e garantindo, assim, uma decisão jurídica individual capaz de garantir o seu direito, muitas vezes parecendo ser uma decisão mais política do que essencialmente jurídica, contrapondo o direito individual sobre o direito coletivo (D'ESPÍNDULA, 2013; NOGUEIRA; CARVALHO; DADALTO, 2017).

Cabe ressaltar que, no que tange à decisão por leito de terapia intensiva, tendo em vista o caráter urgente da demanda e o risco iminente de óbito, é necessária a emissão de uma liminar com antecipação de tutela, ou seja, o juiz precisa decidir imediatamente com base na função da tutela provisória antecipada, visando à satisfação ou pretensão do direito do autor, devido à fundamentação no perigo de dano – *periculum in mora* – e na probabilidade do direito requerido – *fumus boni iuris*. Entende-se que o direito do demandante é legítimo e o seu não atendimento pode trazer prejuízo, por isto, a decisão provisória e antecipada a seu favor (NEVES, 2022).

Conceitualmente, a tutela provisória antecipada deve ser cumprida em, no máximo, 30 dias após a decisão (NEVES, 2022). No entanto, no cenário de direito e judicialização em saúde, o direito de todos os requerentes é urgente, por característica inerente à saúde e à vida, impondo ao julgador que estipule os prazos de cumprimento dessas tutelas em prazos curtos, não ultrapassando 72 horas. A fixação do prazo é imprópria, em sua maioria, 24 horas para o cumprimento, resultado da análise no Rio de Janeiro, mas que se repete nos demais estados (CHAGAS; VILARDO; NORONHA, 2019). De outro lado, a larga utilização e deferimento dos pedidos acarretam na suspensão imediata da morosidade do processo, na imaginação do requerente o seu problema será enfrentado e satisfeito rapidamente (MENDES; BRANCO; COELHO, 2018).

Barroso (2012) aponta historicamente que o início da judicialização na saúde estaria relacionada à redemocratização do Brasil a partir da Constituição Federal. Esta constitucionalização abrangente inseriu, na Carta Magna, vários direitos antes vistos em outras esferas e o controle de constitucionalidade que permite o exercício do questionamento ao Judiciário, inclusive de entidades, além da possibilidade de o Judiciário determinar a validade ou não de um dispositivo legal.

Na prática da saúde, a judicialização tem seu início quando o paciente não tem assegurado um direito que é estabelecido pela Constituição e operacionalizado por políticas públicas estatais e municipais. Os estudos sobre a temática realizam uma crítica no que tange à sobreposição do direito individual sobre o direito coletivo e ao apontar que a análise jurídica, apenas centrada no manejo dos dispositivos legais,

com suporte técnico centrado no relatório ou prescrição médica sem considerar uma avaliação orçamentária. O esgotamento das possibilidades existentes no SUS parece não mais prover o acesso aos direitos perquiridos em seara judicial (NOGUEIRA; CARVALHO; DADALTO, 2017).

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

É notória que a judicialização apresenta uma vertente positiva ao identificar problemas em políticas públicas e exercícios do direito à saúde, no entanto, conforme apontam Costa, Silva e Ogata (2020), a judicialização traz algumas consequências injustas, tais como, o direito individual em detrimento do coletivo, altos custos dos cumprimentos das ordens judiciais, redução de recursos financeiros para investimentos em áreas realmente relevantes e a interferência na gestão do SUS e desrespeito a seus princípios.

Na tentativa de diminuir a judicialização, algumas estratégias já foram implementadas, dentre elas: apoio técnico ao Judiciário; comitês estaduais de saúde; organização da assistência; sistemas informatizados compartilhados; processo administrativo diferenciado; e resolução alternativa de controvérsias. No entanto, o uso dessas estratégias ainda se encontram restritas e pouco efetivas (YAMAUTI *et al.*, 2020).

Cabe ressaltar que, mesmo com a existência da Política de Regulação, esta não foi amplamente implementada, bem como não foi suficiente para minimizar a judicialização. Dentre os desafios dessa plena implementação, está a necessidade de políticas de regulação dos sistemas secundário e terciário, que possam abranger consultas, procedimentos, exames, cirurgias, leitos especiais e gerais. Não se pode perder de vista que o paciente em leito de UTI necessita de procedimentos, avaliação de especialistas e realização de exames que, quando não possíveis pela emergência, devem ser regulados com prioridade para diagnóstico precoce de complicações e

diminuição do tempo de permanência de internação, dando oportunidade a outros pacientes que necessitam de terapia intensiva.

Reforçando tal compreensão, estudos identificam as dificuldades encontradas pela regulação (BASTOS *et al.*, 2020). Cavalcanti *et al.* (2018) identificaram sete desafios enfrentados pela política de regulação, a saber: 1. a limitada oferta de consultas e exames na rede assistencial relacionada a decisões predominantemente de nível político; 2. a precariedade da referência e contrarreferência entre os serviços; 3. as dificuldades da gestão do serviço com inclusão de monitoramento, controle, avaliação, recursos financeiros, estruturas gerais e normalização sólida; 4. a baixa utilização ou inexistência de protocolos clínicos efetivos e devidamente pactuados com a gestão; 5. as barreiras de comunicação importantes, inclusive com o sistema informacional de prontuário eletrônico; 6. a significativa influência política na gestão das unidades de saúde; e 7. a desorganização das redes de serviços de saúde.

Frente ao exposto, este trabalho fundamenta-se na busca de identificar se há prejuízo significativo para pacientes que necessitam de leitos de UTI e já se encontram na lista de espera da CERIH devidamente com prioridade. Infelizmente, esses pacientes não tiveram sua demanda atendida de forma administrativa e buscam a judicialização, tendo em posse sua liminar favorável. No entanto, mesmo assim, muitos não têm a sua demanda atendida em tempo hábil para evitar o seu maior prejuízo: o óbito.

Sendo assim, alguns questionamentos surgiram: Há alguma relação com a mortalidade e a judicialização? A priorização está sendo assertiva quando há judicialização? As ordens judiciais estão sendo devidamente cumpridas?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar a associação entre o tempo de espera para admissão em UTI e mortalidade hospitalar e identificar o tempo de cumprimento de liminar para pessoas que solicitaram internação em UTI por via judicial em serviços de saúde do SUS do Distrito Federal nos anos de 2017 e 2018.

### 2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Avaliar características demográficas e clínicas das pessoas que solicitaram internação em UTI por via judicial.
- Identificar o tempo médio na fila de espera por leito em unidade de terapia das pessoas que solicitaram internação em UTI por via judicial.
- Avaliar a associação entre o tempo de espera para admissão em UTI e mortalidade hospitalar em pessoas que solicitaram internação em UTIs por via judicial, de acordo com a classificação de prioridade para essa internação definida pela CR do Distrito Federal.
- Identificar o tempo médio na fila de espera por leito em pessoas que solicitaram internação em UTIs por via judicial, de acordo com a classificação de prioridade para essa internação definida pela CR do Distrito Federal.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo consiste em uma coorte retrospectiva que incluiu, consecutivamente, todas as pessoas maiores de 18 anos atendidas em hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, e que necessitaram de internação na UTI por meio de ação judicial no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

Este tipo de trabalho pressupõe que sejam realizadas as aferições em, no mínimo, dois momentos diferentes e que ocorrem ao longo de um período de tempo na amostra determinada desde o início, por isto, é também nomeado de longitudinal (HULLEY, 2015). No caso em concreto, foram associados os tempos de recebimento da ordem judicial com os tempos de desfecho (admissão em UTI ou não admissão) e seus respectivos resultados (sobreviventes e não sobreviventes); no entanto, os dados foram avaliados após a sua ocorrência, sendo, por isto, denominado o caráter de delineamento retrospectivo (FLETCHER, 2021).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O Distrito Federal compreende a cidade de Brasília, capital do Brasil, uma região metropolitana com aproximadamente 2,5 milhões de habitantes. O sistema público de saúde distrital contava com 15 hospitais para atendimento de pacientes adultos (Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Regional da Asa Norte, Hospital Materno-Infantil de Brasília, Hospital Regional de Taguatinga, Hospital Regional do Gama, Hospital Regional Leste, Hospital Regional de Sobradinho, Hospital Regional de Planaltina, Hospital Regional de Brazlândia, Hospital Regional de Samambaia, Hospital Regional do Gama, Hospital de Apoio de Brasília, Hospital Regional do Guará, Hospital Regional de Santa Maria e Hospital São Vicente de Paulo). Destes, 13 com leitos de UTIs alocados em 15 unidades diferentes (13 UTIs gerais, 1 UTI de trauma e 1 UTI coronária). Essas UTIs possuem 100% dos leitos destinados aos usuários do SUS.

A alocação de leitos de UTI em qualquer ambiente do sistema público de saúde do Distrito Federal é coordenada pela Central de Regulação do Distrito Federal (CERIH-DF), criada para gerenciar o acesso a esse recurso de saúde de forma mais

imparcial e equânime, de acordo com a política nacional. A base de dados deste estudo são os pacientes inseridos no CR do Distrito Federal nos anos de 2017 e 2018.

No entanto, como a demanda por leitos de UTI é superior ao número de leitos disponíveis, os pacientes são colocados em lista de espera pela CERIH-DF de acordo com o nível de prioridade e o horário em que o leito de UTI foi solicitado. Cabe ressaltar que a CERIH-DF não cria leitos, apenas gerencia os leitos cedidos e acordados com as unidades assistenciais.

Nesse processo, o médico avalia e define o nível de prioridade para cada paciente com base na gravidade da doença e no possível benefício do paciente com a internação na UTI, enquanto os enfermeiros mapeiam os leitos disponíveis nas diferentes instituições geridas pelo CR. Como a demanda por leitos de UTI é maior do que o número de leitos disponíveis no sistema público de saúde, os pacientes são colocados em uma lista única de espera de acordo com seu nível de prioridade. É importante ressaltar que o encaminhamento de um paciente para um leito de UTI depende do perfil das necessidades do paciente e do perfil do suporte assistencial do hospital que possui leito disponível (DISTRITO FEDERAL, 2021).

### 3.3 POPULAÇÃO

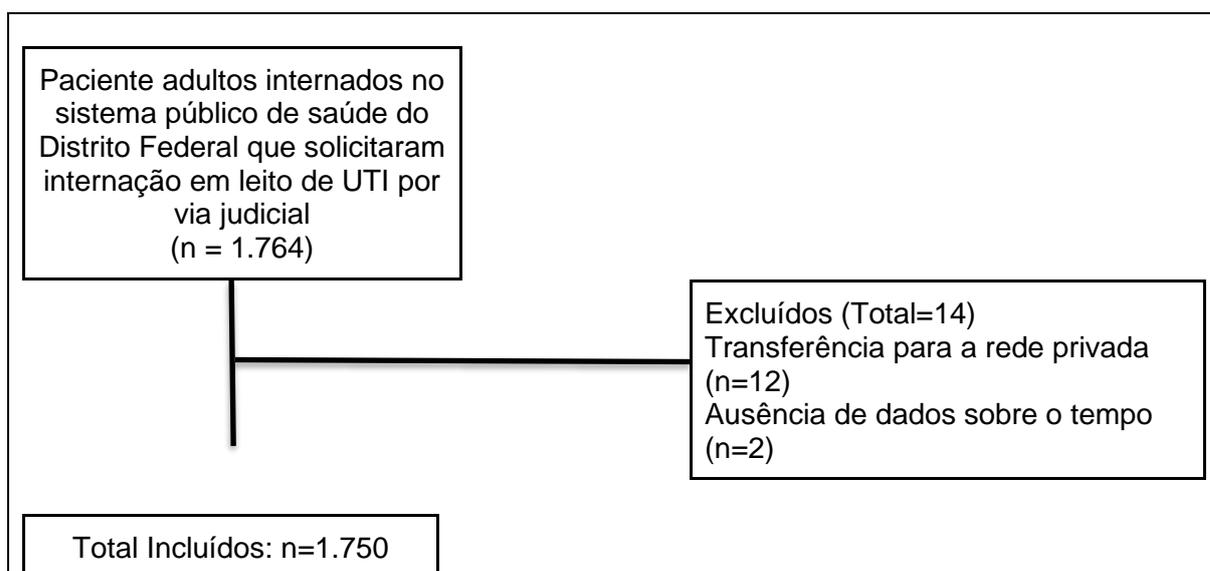
Devido à demora na lista de espera para a admissão em UTI, alguns pacientes demandam judicialmente, independentemente de sua posição na lista de espera, o que pode levar à admissão em desrespeito às prioridades definidas pela CERIH-DF, sendo essas pessoas que demandaram internação em UTI por via judicial a população do estudo.

Um aspecto que deve ser observado é que a decisão desses tribunais é quase em sua totalidade a favor do demandante e, em geral, deve ser cumprida de imediato (no máximo, em até 24 horas), por se tratar de liminar na qual há prova inequívoca da verossimilhança do direito e situação fática de risco a que ocorra um dano irreparável ou de difícil reparação (CHAGAS; VILARDO; NORONHA, 2019; MOTA, 2017).

Dessa forma, os critérios de inclusão foram ter solicitado a internação na UTI por via judicial, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, possuir mais de 18 anos de idade e ter sido atendido em um dos hospitais públicos do SUS no Distrito Federal.

Os critérios de exclusão foram transferência para UTI de hospital do sistema de saúde suplementar, isto é, hospitais privados, e ausência de dados quanto ao tempo de espera que impossibilitam a análise dessa variável.

Dessa forma, dos 1.764 pacientes que solicitaram internação na UTI por via judicial, 12 pacientes foram excluídos por terem sido transferidos para UTI da rede privada e 2 por ausência de dados referentes aos tempos de espera, impossibilitando a análise dessa variável, restando 1.750 pacientes incluídos no estudo.



**Figura 1** - Fluxograma do processo de seleção dos pacientes do estudo

Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.4. COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi iniciada a partir da lista de pacientes que solicitaram internação em UTI, por via judicial, e fornecida pela CERIH-DF, que é a unidade do SUS no Distrito Federal imediatamente notificada pelo Sistema Judiciário quando há deferimento de ações que demandam a internação imediata em UTIs, sendo que essa lista foi validada por consulta no sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo Secretaria de Saúde do Distrito Federal (*Trackcare*), no qual também foram coletados os dados de forma retrospectiva por meio de um instrumento. As variáveis coletadas foram idade, sexo, motivo principal de internação, nível de prioridade para internação na UTI definido pela CERIH-DF, internação em UTI (sim ou não), tempo de espera em

dias por admissão em leito de UTI e evolução até a alta hospitalar (sobrevivente *versus* não sobrevivente).

A classificação de nível de prioridade foi inicialmente regulamentada pela Portaria nº 200/2015, que apontava: a. Nível de prioridade I – pacientes graves que necessitam de cuidados intensivos devem se beneficiar de intervenções imediatas de cuidados intensivos/suporte de vida e não têm limitações de cuidados; b. Nível de prioridade II – pacientes graves que necessitam de cuidados intensivos podem potencialmente necessitar de intervenção imediata e não apresentam limitações de cuidados; c. Nível de prioridade III – pacientes criticamente doentes que podem necessitar de cuidados intensivos, mas têm uma chance reduzida de sobrevivência da doença subjacente ou da natureza de sua doença aguda. O tratamento intensivo pode aliviar uma condição crítica, entretanto, pode haver limites aos esforços terapêuticos, como intubação ou ressuscitação cardiopulmonar; d. Prioridade IVa – pacientes que estão em boas condições para se beneficiarem da admissão na UTI e apresentam baixo risco de necessitar de uma intervenção que deve ser realizada em ambiente de UTI, e Prioridade IVb – pacientes com doenças terminais ou que devem se beneficiar de cuidados paliativos em vez de intervenções inadequadamente agressivas ou heroicas (DISTRITO FEDERAL, 2015b).

### 3.5. DESFECHOS

O desfecho primário avaliado foi a mortalidade hospitalar. Os desfechos secundários avaliados incluíram tempo de espera para admissão e efetiva admissão na UTI.

### 3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Para as variáveis quantitativas, o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados. Variáveis quantitativas com distribuição normal foram expressas como média  $\pm$  desvio-padrão (DP) e variáveis quantitativas com distribuição não paramétrica foram expressas como mediana e intervalo interquartil (IQ 25–75%). Variáveis categóricas foram expressas como frequência e distribuição de proporções (%).

Conforme o desfecho a ser analisado, os pacientes foram agrupados de acordo com a variável independente estudada. Teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney foram usados para comparar as variáveis quantitativas, conforme apropriado, e tabelas de contingência e o teste qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) ou o teste exato de Fisher utilizados para comparar as variáveis categóricas, quando apropriado.

Foram ainda avaliadas a admissão cumulativa na UTI ao longo do período de acompanhamento diariamente até o décimo quarto dia e agrupado após o décimo quarto dia, assim como a fração dos pacientes que sobreviveram até a alta hospitalar para a admissão na UTI efetivada dentro de cada intervalo de tempo de acompanhamento determinado (diariamente até o décimo quarto dia) e agrupado após o décimo quarto dia de acompanhamento, sendo o comportamento da fração de sobrevida ao longo dos dias avaliado por regressão linear simples (KUMAR *et al.*, 2006).

Para avaliar o efeito da admissão na UTI sobre a mortalidade hospitalar a cada dia de permanência na lista de espera, foi realizado escore de propensão para admissão na UTI estratificado para cada dia de acompanhamento até o décimo quarto dia e agrupado após o décimo quarto dia de acompanhamento. Para isso, foi aplicado um modelo de logística linear binária ajustado para fatores independentemente associados a ter internado em UTI ou mortalidade hospitalar em todos os pacientes (idade, classificação de nível de prioridade e trauma como principal motivo de internação devido ao impacto na amostra), conforme estudo prévio de Santos *et al.* (2021), que incluiu variáveis não colineares associadas ao desfecho com valor de  $p \leq 0,05$  na análise univariada e os fatores de confusão de acordo com conhecimento prévio com valor de  $p \leq 0,20$  na análise univariada. A não colinearidade foi aceita quando a tolerância foi maior que 0,10 e o fator de inflação da variância (VIF) foi menor que 10,0. Para o escore de propensão, foi empregado o *software* EZR versão 1.54 (Saitama Medical Center, Jichi Medical University, Japão) com razão de pareamento de 1:1 sem reposição e um paquímetro de 0,2 de largura. Os resultados foram expressos por *Odds ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC 95%).

As análises estatísticas foram realizadas usando IBM *Statistical Package for Social Sciences* 20.0 for Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, EUA), *software* estatístico R versão 4.0.5 (*R Foundation for Statistical Computing*) e *software* EZR

versão 1.54 (*Saitama Medical Center, Jichi Medical University*, Japão). O nível de significância estatística foi definido como um valor de  $p$  bilateral  $\leq 0,05$ .

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasil, sob o número - CAAE: 15588119.7.0000.5553 - Parecer Consubstanciado nº 3.905.441, FEPECS - Parecer Consubstanciado nº 3.575.349, e Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal (IGESDF) - Parecer Consubstanciado nº 3.629.253. Houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devido ao caráter retrospectivo e observacional da pesquisa, sem intervenções ou interferência com os cuidados já prestados de modo rotineiro aos pacientes críticos ou profissionais de saúde dos hospitais avaliados.

## 4 RESULTADOS

A Tabela 1 descreve as características basais, admissão na UTI após a ordem judicial e mortalidades entre os 1.750 pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial incluídos no estudo. A idade média foi de 63,1 ± 17,1 anos, sendo 45,9% (n = 803) do sexo feminino. Os principais motivos para internação foram causas cardiovasculares, com 40,8% (n = 714), seguidas das respiratórias, com 23,7% (n = 415), e neurológicas, com 13,5% (n = 237). Quanto ao critério de prioridade para internação na UTI, 32,4% dos pacientes foram classificados como prioridade I (n = 567), 23,7% como prioridade II (n = 415), 36,9% como prioridade III (n = 646) e 7,0% como prioridade IV (n = 122).

Dos 1.750 pacientes incluídos no estudo, 58,9% conseguiram admissão na UTI (n = 1.031/1750), sendo 70,4% dos classificados como prioridade I (n = 399/567), 67,7% dos classificados como prioridade II (n = 281/415), 49,5% dos classificados como prioridade III (n = 320/646) e 25,4% dos classificados como prioridade IV (n = 31/122). Sendo assim, 41,1% dos pacientes não conseguiram admissão em UTI mesmo após a ordem judicial (n = 719/1.750). A mortalidade hospitalar foi 61,1% (n = 1.070/1.750), sendo 60,7% na prioridade I (n = 344/567), 46,3% na prioridade II (n = 192/415), 74,3% na prioridade III (n = 480/646) e 44,3% na prioridade IV (n = 54/122).

**Tabela 1** - Características basais, admissão em leito de UTI e mortalidades entre pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial (n = 1.750)

(continua)

Idade, anos	
média (DP)	63,1 (17,1)
mediana (IQ 25-75%)	66,0 (54,0-76,0)
Sexo feminino, n (%)	803 (45,9)
Prioridade, n (%)	
Prioridade I	567 (32,4)
Prioridade II	415 (23,7)
Prioridade III	646 (36,9)
Prioridade IV	122 (7,0)
Motivo para internação, n (%)	
Cardiovascular	714 (40,8)
Respiratório	415 (23,7)
Neurológico	237 (13,5)
Trauma	137 (7,8)
Renal	111 (6,3)
Digestivo	106 (6,1)
Outros	30 (1,7)

**Tabela 1** - Características basais, admissão em leito de UTI e mortalidades entre pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial (n = 1.750)

	(conclusão)
Admissão na UTI, n (%)	1.031 (58,9)
Prioridade I	399 (70,4)
Prioridade II	281 (67,7)
Prioridade III	320 (49,5)
Prioridade IV	31 (25,4)
Mortalidade hospitalar, n (%)	1070 (61,1)
Prioridade I	344 (60,7)
Prioridade II	192 (46,3)
Prioridade III	480 (74,3)
Prioridade IV	54 (44,3)

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: DP: desvio-padrão, IQ 25-75%: intervalo interquartil 25-75%; UTI: unidade de terapia intensiva.

A Tabela 2 mostra a análise univariada comparando os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial admitidos e não admitidos na UTI. A idade dos pacientes que conseguiram admissão em UTI foi menor ( $p < 0,001$ ). Entre os 1.031 pacientes que conseguiram leito de UTI, o tempo médio para a admissão foi de  $5,6 \pm 5,3$  dias com mediana de 3,9 (IQ 25%–75%:1,7-7,1) dias. A mortalidade hospitalar foi significativamente menor nos pacientes que conseguiram admissão em UTI (48,3% *versus* 79,6%,  $p < 0,001$ ). Ao comparar a mortalidade hospitalar entre os pacientes admitidos e não admitidos na UTI de acordo com classificação de prioridade para admissão na UTI, houve uma maior mortalidade nos pacientes não admitidos nas prioridades I (45,6% *versus* 96,4%,  $p < 0,001$ ), II (35,9% *versus* 67,9%,  $p < 0,001$ ) e III (63,4% *versus* 85,0%,  $p < 0,001$ ), porém não foi observada diferença significativa na prioridade IV (38,7% *versus* 46,2%,  $p = 0,471$ ).

**Tabela 2** - Análise univariada comparando os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial admitidos e não admitidos na UTI (n = 1.750)

	(continua)		
Variável	Pacientes com admissão na UTI (n = 1.031)	Pacientes sem admissão na UTI (n = 719)	Valor de p
Idade, anos, mediana (IQ 25-75%)	63,0 (50,0-74,0)	68,0 (57,0-78,0)	< 0,001
Sexo feminino, n (%)	351 (48,8)	452 (43,8)	0,040
Motivo para internação, n (%)			< 0,001
Cardiovascular	419 (40,6)	295 (41,0)	
Respiratório	258 (25,0)	157 (21,8)	
Neurológico	127 (12,3)	110 (15,3)	
Trauma	102 (9,9)	35 (4,9)	
Renal	60 (5,8)	51 (7,1)	
Digestivo	51 (4,9)	55 (7,6)	
Outros	14 (1,4)	14 (1,4)	

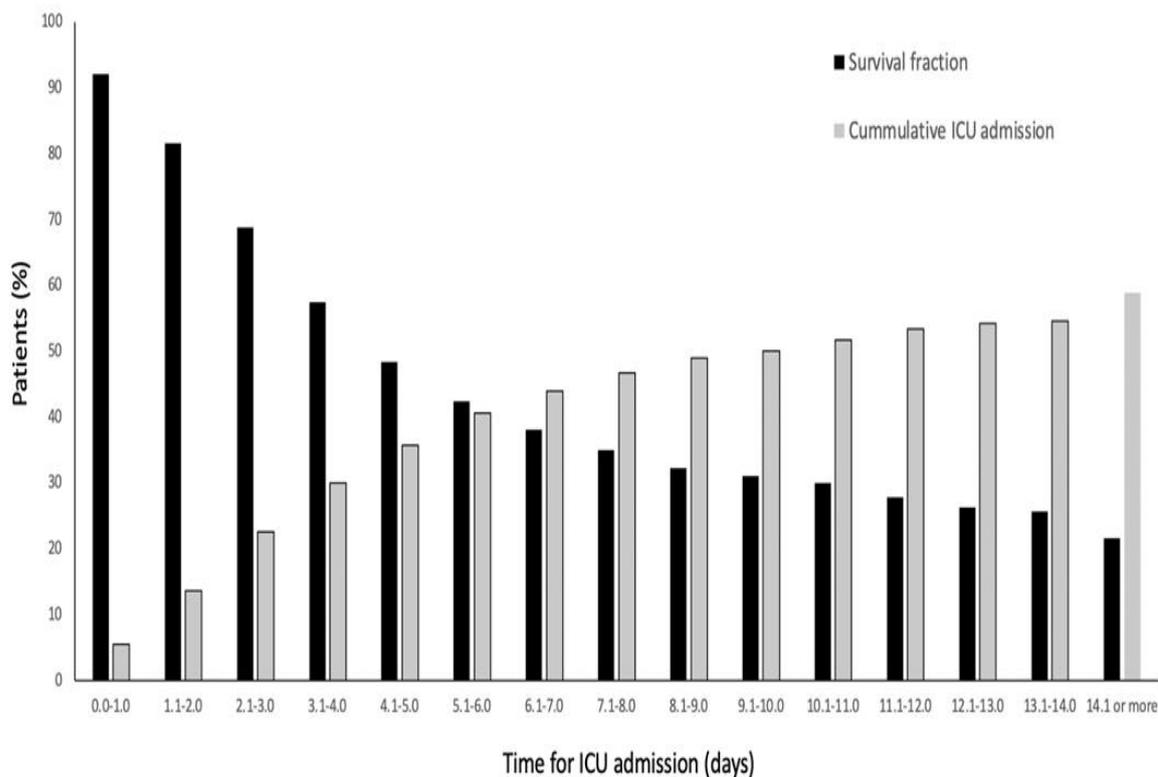
**Tabela 2** - Análise univariada comparando os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial admitidos e não admitidos na UTI (n = 1.750)

			(conclusão)
Prioridade, n (%)			< 0,001
Prioridade I	399 (38,7)	168 (23,4)	
Prioridade II	281 (27,3)	134 (18,6)	
Prioridade III	320 (31,0)	326 (45,3)	
Prioridade IV	31 (3,0)	91 (12,7)	
Tempo para admissão na UTI, mediana (IQ 25-75%)	3,9 (1,7-7,1)	-	-
Mortalidade hospitalar, n (%)	498 (48,3)	572 (79,6)	< 0,001
Prioridade I	182 (45,6)	162 (96,4)	< 0,001
Prioridade II	101 (35,9)	91 (67,9)	< 0,001
Prioridade III	203 (63,4)	277 (85,0)	< 0,001
Prioridade IV	12 (38,7)	42 (46,2)	0,471

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: DP: desvio-padrão, IQ 25-75%: intervalo interquartil 25-75%; UTI: unidade de terapia intensiva.

A Figura 2 e a Tabela 3 mostram a fração de sobrevivida de pacientes não admitidos na UTI em relação a todos os sobreviventes e a admissão cumulativa na UTI para todos os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial. Nos primeiros 14 dias após a solicitação de UTI, cada dia de atraso para a internação na UTI foi associado a uma redução média na sobrevivida de 5,4% (IC 95%: 3,4%–6,0%,  $p < 0,001$ ) (Figura 1). Nesse sentido, observa-se que a fração de sobrevivência dos não admitidos em relação a todos os sobreviventes no primeiro dia foi de 92,1% e, após mais de 14 dias de espera, foi de 21,6%, sugerindo de forma geral que o tempo de permanência na fila influencia negativamente na sobrevivência, isto é, quanto mais dias sem a intervenção, ou seja, sem admissão em leito de UTI, maior a mortalidade hospitalar. Sendo assim, a rapidez na instituição da intervenção em UTI se demonstrou relevante. Vale ainda observar que, do total de 1.031 pacientes que conseguiram admissão em UTI (58,9%), somente 5,5% haviam conseguido a admissão no primeiro dia ( $n = 97$ ), 13,6% no segundo dia ( $n = 238$ ) e 22,5% no terceiro dia ( $n = 393$ ).



**Figura 2** - Fração de sobrevivência de pacientes não admitidos na UTI em relação a todos os sobreviventes e admissão cumulativa na UTI para todos os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial (n = 1.750)

Fonte: Elaborado pela autora.

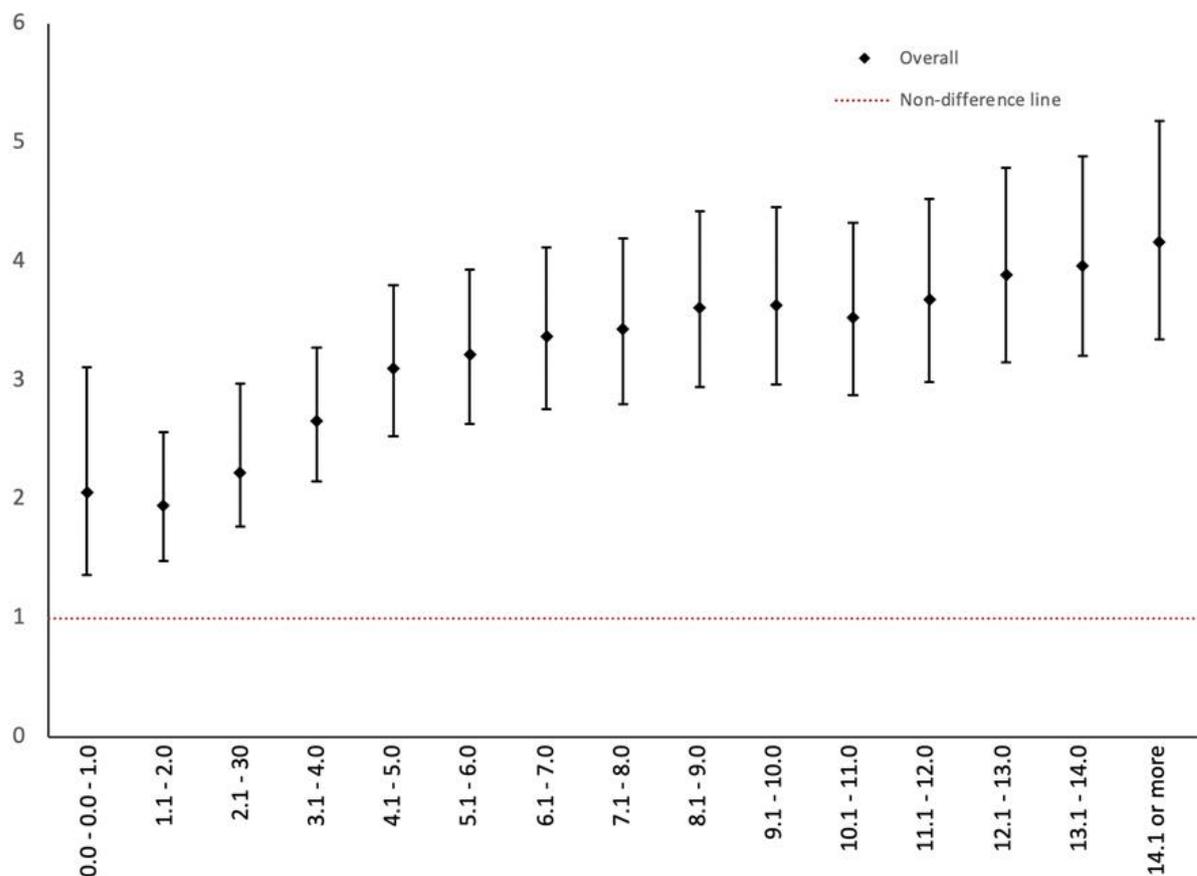
**Tabela 3** - Fração de sobrevivência de pacientes não admitidos na UTI em relação a todos os sobreviventes e admissão cumulativa na UTI para todos os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial (n = 1.750)

Dias	Fração de sobrevivência de pacientes não admitidos na Admissão cumulativa na		UTI	
	UTI em relação a todos os sobreviventes		UTI	
	n	%	n	%
0,0-1,0	626	92,1	97	5,5
1,1-2,0	554	81,5	238	13,6
2,1-3,0	468	68,8	393	22,5
3,1-4,0	390	57,4	524	29,9
4,1-5,0	329	48,4	625	35,7
5,1-6,0	288	42,4	710	40,6
6,1-7,0	259	38,1	769	43,9
7,1-8,0	238	35,0	818	46,7
8,1-9,0	219	32,2	855	48,9
9,1-10,0	211	31,0	875	50,0
10,1-11,0	203	29,9	905	51,7
11,1-12,0	189	27,8	934	53,4
12,1-13,0	179	26,3	949	54,2
13,1-14,0	175	25,7	956	54,6
14,1 ou mais	147	21,6	1031	58,9

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva.

A Figura 3 e a Tabela 4 mostram a análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera. Pode ser observado que, nas primeiras 24 horas, o OR para mortalidade hospitalar nos pacientes que não haviam sido admitidos na UTI em comparação aos admitidos na UTI correspondia a 2,060 (IC 95%; CI: 1,364-3,113;  $p < 0,001$ ), tendo um aumento gradual após 72h representando um OR equivalente a 2,657 (IC 95%; CI: 2,153-3,277;  $p < 0,001$ ). No entanto, transcorridos mais de 14 dias de espera de leito de UTI, o OR para mortalidade hospitalar nos pacientes que não haviam sido admitidos na UTI atinge o correspondente a 4,165 (IC 95%; CI: 3,347-5,182;  $p < 0,001$ ). Observa-se que, desde o primeiro dia de espera, o OR do desfecho mortalidade na lista de espera é duas vezes maior, todavia, ocorre um aumento em dobro (quatro vezes maior) do OR para mortalidade nos pacientes que não haviam sido admitidos após transcorridos mais de 14 dias de espera.



**Figura 3** - Odds ratio para mortalidade dos pacientes não admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI

Fonte: Elaborado pela autora.

**Tabela 4** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 1.750)

Dias	Não sobreviventes (n = 1.070)		Sobreviventes (n = 680)		Valor de p	OR (IC 95%)
	Não admitidos	Admitidos	Não admitidos	Admitidos		
0,0-1,0	1027 (96,0)	43 (4,0)	626 (92,1)	54 (7,9)	< 0,001	2,060 (1,364-3,113)
1,1-2,0	958 (89,5)	112 (10,5)	554 (81,5)	126 (18,5)	< 0,001	1,945 (1,477-2,562)
2,1-3,0	889 (83,1)	181 (16,9)	468 (68,8)	212 (31,2)	< 0,001	2,225 (1,772-2,974)
3,1-4,0	836 (78,1)	234 (21,9)	390 (57,4)	290 (42,6)	< 0,001	2,657 (2,153-3,277)
4,1-5,0	796 (74,4)	274 (25,6)	329 (48,4)	351 (51,6)	< 0,001	3,099(2,528-3,799)
5,1-6,0	752 (70,3)	318 (29,7)	288 (42,8)	392 (57,6)	< 0,001	3,219 (2,633-3,935)
6,1-7,0	722 (67,5)	348 (32,5)	259 (38,1)	421 (61,9)	< 0,001	3,372 (2,759-4,122)
7,1-8,0	694 (64,9)	376 (35,1)	238 (35,0)	442 (65,0)	< 0,001	3,428 (2,802-4,193)
8,1-9,0	676 (63,2)	394 (36,8)	219 (32,2)	461 (67,8)	< 0,001	3,612 (2,947-4,426)
9,1-10,0	664 (62,1)	406 (37,9)	211 (31,0)	469 (69,0)	< 0,001	3,635 (2,964-4,458)
10,1-11,0	642 (60,0)	428 (40,0)	203 (29,9)	477 (70,1)	< 0,001	3,525 (2,872-4,326)
11,1-12,0	627 (58,6)	443 (41,4)	189 (27,8)	491 (72,2)	< 0,001	3,677 (2,989-4,524)
12,1-13,0	622 (58,1)	448 (41,3)	179 (26,3)	501 (73,7)	< 0,001	3,886 (3,152-4,791)
13,1-14,0	619(57,9)	451 (42,1)	175 (25,7)	505 (74,3)	< 0,001	3,961 (3,209-4,888)
14,1 ou mais	572 (53,5)	498 (46,5)	147 (21,6)	533 (78,4)	< 0,001	4,165 (3,347-5,182)

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva; OR: razão de *Odds ratio*; IC 95%: intervalo de confiança 95%.

A Figura 4 mostra a fração de sobrevida de pacientes não admitidos na UTI em relação aos sobreviventes e a admissão cumulativa na UTI para os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial de acordo com a classificação de prioridade para admissão. Nos primeiros 14 dias após a solicitação de UTI, cada dia de atraso para a internação na UTI foi associado a uma redução média na sobrevida de 5,4% (IC 95%: 3,4%–7,3%,  $p < 0,001$ ) na prioridade I, 4,8% (IC 95%: 3,3%–6,3%,  $p < 0,001$ ) na prioridade II, 4,7% (IC 95%: 4,0%–5,4%,  $p < 0,001$ ) na prioridade III e 2,3% (IC 95%: 2,0%–2,5%,  $p < 0,001$ ) na prioridade IV.

Nesse aspecto, observa-se que a fração de sobrevivência dos não admitidos em relação a todos os sobreviventes do respectivo subgrupo nas primeiras 24h é de, respectivamente: 84,8% prioridade I (n=189), 93,3% prioridade II (n=208), 97,0% prioridade III (n=161) e 100% prioridade IV (n=68) (Figura 4).

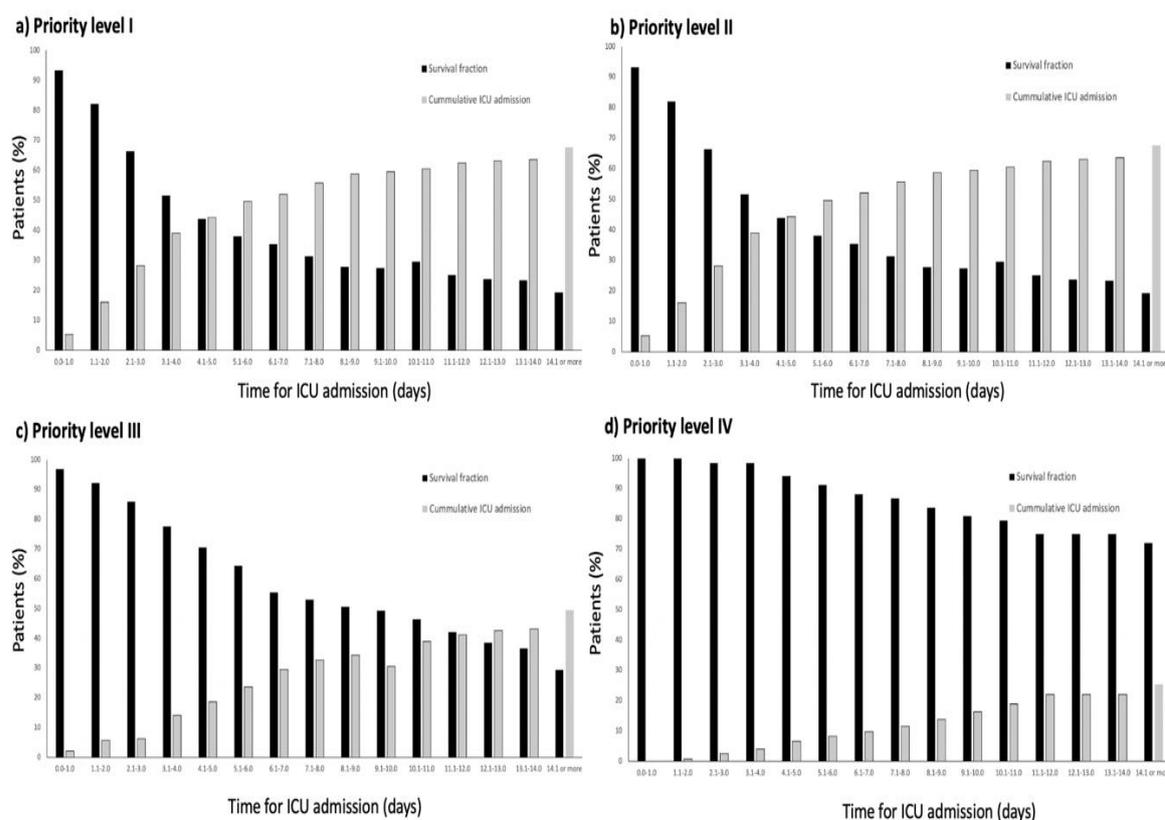
No que tange ao acumulativo de admissões correspondente ao primeiro dia, os resultados apresentaram os seguintes dados: 10,8% prioridade I (n=61), 5,3% prioridade II (n=22), 2,2% prioridade III (n=14) e 0% prioridade IV (n=0). Observa-se

que, nas primeiras 24 horas, há uma maior sobrevivência dos pacientes de prioridade IV não admitidos e uma menor sobrevivência de pacientes de prioridade I na mesma situação, que tem indicação indubitável de necessidade de leito de UTI. Identifica-se, também, que houve a admissão de 97 pacientes no primeiro dia, ressaltando que nenhum se enquadrava na prioridade IV. No transcurso dos dias de espera dos pacientes judicializados para leito de UTI, observam-se algumas diferenças conforme a prioridade (Figura 4).

Na prioridade I, pode-se observar que a fração de sobrevivência dos pacientes não admitidos decresce gradualmente no transcurso temporal, mais acentuadamente nos quatro primeiros dias de espera por leito de UTI correspondendo a: D1: 84,8%; D2: 67,3%; D3: 49,3% e D4: 35,4%. Tais dados inferem que a intervenção em UTI é de extrema relevância. Na prioridade II, essa mesma fração sofre a mesma diminuição gradual, atingindo o mais próximo a 50% no quarto dia com, respectivamente, D1: 93,3%; D2: 82,1%; D3: 66,4%; D4: 51,6% e D5: 43,9%. Na prioridade III, embora a fração de sobrevivência tenha decréscimo gradual para atingir a taxa próxima a 50%, faz-se necessário o transcurso de nove dias, tendo a seguinte sequência: D1: 97%; D2: 92,2%; D3: 86,1%; D4: 77,7%; D5: 70,5%; D6: 64,5%; D7: 55,4%; D8: 53,0%; D9: 50,6% e D10: 49,4%. No que tange a prioridade IV, os dados demonstram que, no transcurso de mais de 14 dias, enquanto a prioridade I apresenta uma fração de sobrevivência dos não admitidos em relação a todos os sobreviventes da referida prioridade de 2,7%, a prioridade II de 19,3% e a prioridade III de 29,5%, a prioridade IV apresenta 72,1%. O que se pode aferir que a não admissão do paciente de prioridade I tem mais efeito negativo na mortalidade do que o paciente de prioridade IV que, teoricamente, poderia esperar mais tempo por uma internação em leito de UTI (Figura 4).

Ao avaliar os dados do acumulativo de pacientes judicializados admitidos em leito de terapia intensiva por prioridade, os dados destacam que há uma crescente gradual nos números de admissões no transcurso temporal. Na prioridade I, nas primeiras 24 horas, 10,8% (n=61) dos pacientes tiveram sucesso na demanda judicial, mantendo-se essa progressão mais acentuada nos primeiros cinco dias - D1: 10,8% (n=61); D2: 23,5% (n=133); D3: 37,2% (n=211); D4: 26,9 (n=266); D5: 55% (n=312). Ao final dos 14 dias ou mais de espera, nota-se um total de 70,4% (n=399) de pacientes prioridade I judicializados e com a sua demanda atendida. Ao analisar a prioridade II e III, tem-se um aumento gradual do número de admitidos, porém, mais

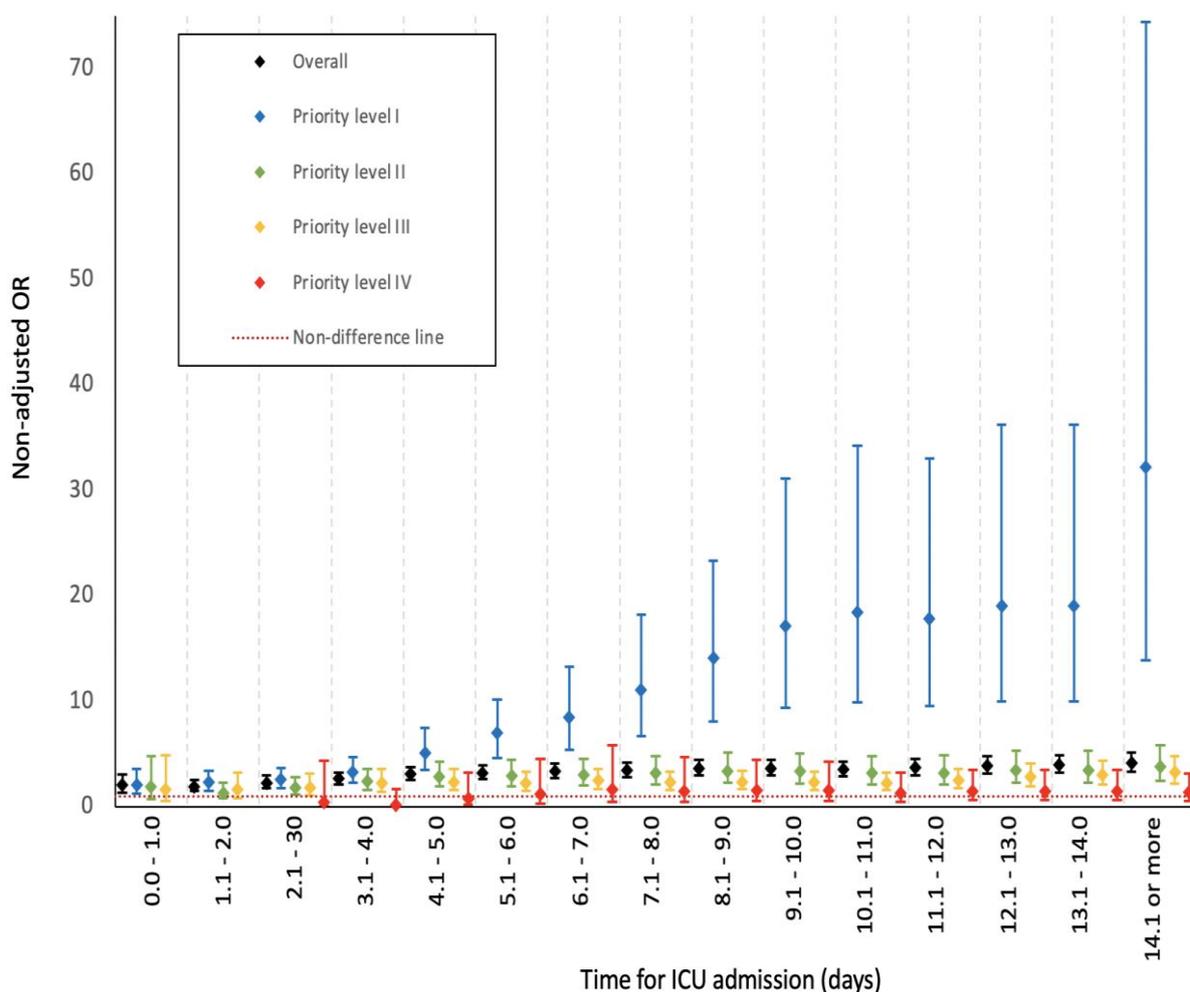
acentuados nos quatro primeiros dias, conforme descrição: a) Prioridade II: D1: 5,3% (n=22) ; D2: 16,1% (n=67); D3: 28,2% (n=117); D4: 39,0% (n=162); b) Prioridade III: 2,2% (n=14) ; D2: 5,7% (n=37); D3: 6,2% (n=62); D4: 14,1% (n=91). Ao final do transcurso dos mais de 14 dias, observa-se o cumprimento de 67,7% (n=281) da prioridade II e de 49,5% (n=320) da prioridade III. Destaca-se, na análise do mesmo tópico na prioridade IV, que o acumulativo de admissões, embora gradual, é extremamente lento, tendo nos quatro primeiros dias os seguintes dados: D1: 0% (n=0); D2: 0,8% (n=1); D3: 2,5% (n=3); D4: 4,1% (n=5). Ao final do transcurso de 14 dias ou mais, o resultado é de 25,4% (n=31). Frente ao exposto, observa-se que, embora haja uma taxa de mortalidade elevada, há um número crescente significativo de admissões (n total = 1.031), tendo uma maior preocupação na admissão de pacientes de prioridade I e II, que ocorre de forma mais acentuada na prioridade I, deduzindo-se que, independente da demanda judicial, os pacientes considerados criticamente enfermos e que teriam maior benefício com a internação imediata em cuidados intensivos tem privilégio no encaminhamento à UTI (Figura 4).



**Figura 4** - Fração de sobrevivência de pacientes não admitidos na UTI em relação aos sobreviventes e admissão cumulativa na UTI para os pacientes que solicitaram internação em UTI por via judicial nos pacientes classificados como prioridade I (a), prioridade II (b), prioridade III (c) e prioridade IV (d) (n = 1.750)

Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 5 e as Tabelas de 5 a 8 mostram a análise univariada comparando a mortalidade de acordo com a classificação de prioridade dos pacientes não admitidos na UTI e o tempo que permaneciam na lista de espera. Ao observar o OR para mortalidade hospitalar dos pacientes não internados em UTI de acordo com o tempo de permanência na lista de espera em cada prioridade, têm-se os dados seguintes na prioridade I: nas primeiras 24 horas, há um OR para mortalidade hospitalar correspondente a 2,112 (IC 95%: 1,235-3,611;  $p=0,071$ ), o que sugere que, mesmo com a emissão da ordem judicial, os demandantes de leito de UTI, já no primeiro dia, possuem aproximadamente duas vezes mais chances de ir a óbito quando não admitidos em comparação aos admitidos.



**Figure 5** - *Odds ratio* para mortalidade dos pacientes não admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI e grau de prioridade

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Observa-se uma estabilidade desses dados nos primeiros três dias e o início de um aumento acentuado a partir do quarto dia, tendo os seguintes resultados: D3: 2,579 (IC 95%: 1,814-3,666;  $p = 0,001$ ) e D4: 3,317 (IC 95%: 2,332-4,718,  $p < 0,001$ ). Ao final de 14 ou mais dias, tem-se OR: 32,192 (IC 95%: 13,921-74,443,  $p < 0,001$ ), ou seja, os pacientes judicializados de prioridade I tem aproximadamente 32 vezes mais razão de chance de ir a óbito quando não admitidos se comparados aos admitidos com 14 dias ou mais de espera (Figura 5 e Tabela 5).

**Tabela 5** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes classificados como prioridade I não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 567)

Dias	Não sobreviventes (n = 344)		Sobreviventes (n = 223)		Valor de p	OR (IC 95%)
	Não admitidos	Admitidos	Não admitidos	Admitidos		
0,0-1,0	317 (92,2)	27 (7,8)	189 (84,8)	34 (15,2)	0,005	2,112 (1,235-3,611)
1,1-2,0	284 (82,6)	60 (17,4)	150 (67,3)	73 (32,7)	< 0,001	2,304 (1,552-3,418)
2,1-3,0	246 (71,5)	98 (25,5)	110 (49,3)	113 (50,7)	< 0,001	2,579 (1,814-3,666)
3,1-4,0	246 (71,5)	122 (35,5)	79 (35,4)	144 (64,6)	< 0,001	3,317 (2,332-4,718)
4,1-5,0	222 (64,5)	139 (40,4)	50 (22,4)	173 (77,6)	< 0,001	5,103 (3,485-7,472)
5,1-6,0	192 (55,8)	152 (44,2)	34 (15,2)	189 (84,8)	< 0,001	7,022 (4,602-10,175)
6,1-7,0	189 (54,9)	155 (45,1)	28 (12,6)	195 (87,4)	< 0,001	8,492 (5,418-13,311)
7,1-8,0	184 (53,5)	160 (46,5)	21 (9,4)	202 (90,6)	< 0,001	11,062 (6,731-18,180)
8,1-9,0	179 (52,0)	165 (48,0)	16 (7,2)	207 (92,8)	< 0,001	14,091 (8,091-23,346)
9,1-10,0	177 (51,5)	167 (48,5)	13 (5,8)	210 (94,2)	< 0,001	17,121 (9,408-31,158)
10,1-11,0	176 (51,2)	168 (48,8)	12 (5,4)	211 (94,6)	< 0,001	18,421 (9,920-34,205)
11,1-12,0	173 (50,3)	171 (49,7)	12 (5,4)	211 (94,6)	< 0,001	17,789 (9,580-33,031)
12,1-13,0	171 (49,7)	173 (50,3)	11 (4,9)	212 (95,1)	< 0,001	19,050 (10,026-36,196)
13,1-14,0	171 (49,7)	173 (50,3)	11 (4,9)	212 (95,1)	< 0,001	19,050 (10,026-36,196)
14,1 ou mais	162 (47,1)	182 (52,9)	6 (2,7)	217 (97,3)	< 0,001	32,192 (13,921-74,443)

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva, OR: razão de *Odds ratio*, IC 95%: intervalo de confiança 95%.

No que tange à prioridade II nas primeiras 24 horas, tem-se um OR: 1,906 (IC 95%: 0,760-4,777,  $p = 0,163$ ), o que sugere uma razão de chance de aproximadamente 1,9 vez de mortalidade hospitalar entre os pacientes judicializados de prioridade II não admitidos em leito de UTI em comparação aos pacientes admitidos. O seu primeiro aumento expressivo ocorre no quarto dia, com OR: 2,400 (IC 95%: 1,593-3,616,  $p < 0,001$ ), tendo aumento gradual, mas não tão significativo,

chegando ao final de 14 dias ou mais com OR: 3,772 (IC 95%: 2,436-5,838,  $p < 0,001$ ). O paciente de prioridade II tem aproximadamente 3,7 vezes mais razão de chance de mortalidade hospitalar quando não admitido em leito de UTI (Figura 5 e Tabela 6).

**Tabela 6** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes classificados como prioridade II não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 415)

Dias	Não sobreviventes (n = 192)		Sobreviventes (n = 223)		Valor de p	OR (IC 95%)
	Não admitidos	Admitidos	Não admitidos	Admitidos		
0,0-1,0	185 (96,4)	7 (3,6)	208 (93,3)	15 (6,7)	0,163	1,906 (0,760-4,777)
1,1-2,0	165 (85,9)	27 (14,1)	183 (82,1)	40 (17,9)	0,285	1,336 (0,785-2,273)
2,1-3,0	150 (78,1)	42 (21,9)	148 (66,4)	75 (33,6)	0,008	1,810 (1,165-2,812)
3,1-4,0	138 (71,9)	54 (28,1)	115 (51,6)	108 (48,4)	< 0,001	2,400 (1,593-3,616)
4,1-5,0	133 (69,3)	59 (30,7)	98 (43,9)	125 (56,1)	< 0,001	2,875 (1,918-4,310)
5,1-6,0	124 (64,6)	68 (35,4)	85 (38,1)	138 (61,9)	< 0,001	2,961 (1,983-4,419)
6,1-7,0	120 (62,5)	72 (37,5)	79 (35,4)	144 (64,6)	< 0,001	3,038 (2,035-4,536)
7,1-8,0	114 (59,4)	78 (40,6)	70 (31,4)	153 (68,6)	< 0,001	3,195 (2,134-4,783)
8,1-9,0	109 (56,8)	83 (43,2)	62 (27,8)	161 (72,2)	< 0,001	3,410 (2,265-5,134)
9,1-10,0	107 (55,7)	85 (44,3)	61 (27,4)	162 (72,6)	< 0,001	3,343 (2,220-5,035)
10,1-11,0	104 (54,2)	88 (45,8)	60 (26,9)	163 (73,1)	< 0,001	3,211 (2,131-4,838)
11,1-12,0	100 (52,1)	92 (47,9)	56 (25,1)	167 (74,9)	< 0,001	3,241 (2,142-4,906)
12,1-13,0	100 (52,1)	92 (47,9)	53 (23,8)	170 (76,2)	< 0,001	3,486 (2,294-5,299)
13,1-14,0	93 (51,6)	93 (48,4)	52 (23,3)	171 (76,7)	< 0,001	3,501 (2,300-5,328)
14,1 ou mais	91 (47,4)	101 (52,6)	43 (19,3)	180 (80,7)	< 0,001	3,772 (2,436-5,838)

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva, OR: razão de Odds ratio, IC 95%: intervalo de confiança 95%.

Ao avaliar a prioridade III nas primeiras 24 horas, observa-se uma OR: 1.625 (IC 95%: 0,537-4,921,  $p = 0,386$ ) correspondendo a uma razão de chance de aproximadamente 1,6 vez maior dos pacientes judicializados de prioridade III não admitidos em leito de UTI irem a óbito em comparação aos admitidos em UTI. O seu primeiro aumento expressivo ocorre no quarto dia, com OR: 2,263 (IC 95%: 1,425-3,593,  $p < 0,001$ ), tendo aumento gradual pouco expressivo atingindo, ao final de 14 dias ou mais, um OR: 3,258 (IC 95%: 2,229-4,762,  $p < 0,001$ ). O paciente de prioridade III tem aproximadamente 3,2 vezes mais razão de chance de mortalidade hospitalar quando não admitido em leito de UTI (Figura 5 e Tabela 7).

**Tabela 7** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes classificados como prioridade III não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 646)

Dias	Não sobreviventes (n = 480)		Sobreviventes (n = 166)		Valor de p	OR (IC 95%)
	Não admitidos	Admitidos	Não admitidos	Admitidos		
0,0-1,0	471 (98,1)	9 (1,9)	161 (97,0)	5 (3,0)	0,386	1,625 (0,537-4,921)
1,1-2,0	456 (95,0)	24 (5,0)	153 (92,2)	13 (7,8)	0,176	1,614 (0,802-3,249)
2,1-3,0	441 (91,9)	39 (8,1)	143 (86,1)	23 (13,9)	0,031	1,819 (1,051-3,148)
3,1-4,0	426 (88,8)	54 (11,2)	129 (77,7)	37 (22,3)	< 0,001	2,263 (1,425-3,593)
4,1-5,0	408 (85,0)	72 (15,0)	117 (70,5)	49 (29,5)	< 0,001	2,373 (1,564-3,602)
5,1-6,0	386 (80,4)	94 (19,6)	107 (64,5)	59 (35,5)	< 0,001	2,264 (1,534-3,343)
6,1-7,0	363 (75,6)	117 (24,4)	92 (55,4)	74 (44,6)	< 0,001	2,496 (1,723-3,614)
7,1-8,0	347 (72,3)	133 (27,7)	88 (53,0)	78 (47,0)	< 0,001	2,313 (1,606-3,330)
8,1-9,0	340 (70,8)	140 (29,2)	84 (50,6)	82 (49,4)	< 0,001	2,371 (1,650-3,406)
9,1-10,0	333 (69,4)	147 (30,6)	82 (49,4)	84 (50,6)	< 0,001	2,321 (1,618-3,329)
10,1-11,0	317 (66,0)	163 (34,0)	77 (46,4)	89 (53,6)	< 0,001	2,248 (1,570-3,218)
11,1-12,0	310 (64,6)	170 (35,4)	70 (42,2)	96 (57,8)	< 0,001	2,501 (1,744-3,586)
12,1-13,0	307 (64,0)	173 (36,0)	64 (38,6)	102 (61,4)	< 0,001	2,828 (1,966-4,069)
13,1-14,0	305 (63,5)	175 (36,5)	61 (36,7)	105 (63,3)	< 0,001	3,000 (2,080-4,327)
14,1 ou mais	277 (57,7)	203 (42,3)	49 (29,5)	117 (70,5)	< 0,001	3,258 (2,229-4,762)

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva, OR: razão de *Odds ratio*, IC 95%: intervalo de confiança 95%.

No que tange à prioridade IV, observa-se que não há diferença significativa na razão de chance para mortalidade hospitalar entre os pacientes admitidos e não admitidos na UTI ao longo do tempo na lista de espera, conforme demonstra o OR=0,781 (IC 95%: 0,186-3,279; p=0,735) no quinto dia e um OR=1,357 (IC 95%: 0,591-3,118; p=0,471) ao final de 14 dias ou mais na lista de espera (Figura 5 e Tabela 8).

**Tabela 8** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes classificados como prioridade IV não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 122)

(continua)

Dias	Não sobreviventes (n = 54)		Sobreviventes (n = 68)		Valor de p	OR (IC 95%)
	Não admitidos	Admitidos	Não admitidos	Admitidos		
0,0-1,0	54 (100,0)	0 (0,0)	68 (100,0)	0 (0,0)	-	-
1,1-2,0	53 (98,1)	1 (1,9)	68 (100,0)	0 (0,0)	0,443	-
2,1-3,0	52 (96,3)	2 (3,7)	67 (98,5)	1 (1,5)	0,414	0,388 (0,034-4,397)

**Tabela 8** - Análise univariada comparando a mortalidade dos pacientes classificados como prioridade IV não admitidos e admitidos na UTI de acordo com o tempo que permaneciam na lista de espera para a internação na UTI (n = 122)

(conclusão)

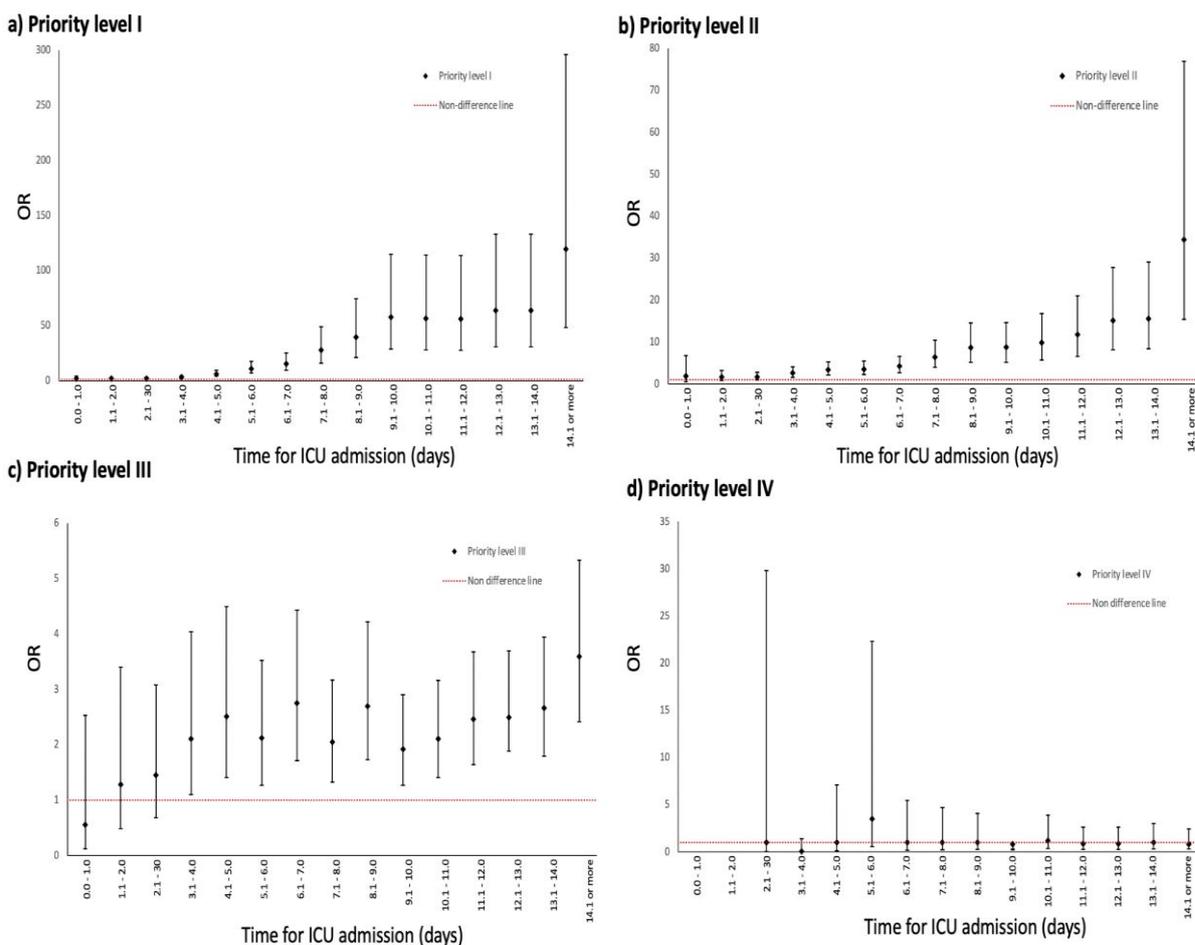
Dias	Não sobreviventes (n = 54)		Sobreviventes (n = 68)		Valor de p	OR (IC 95%)
	Não admitidos	Admitidos	Não admitidos	Admitidos		
3,1-4,0	50 (92,6)	4 (7,4)	67 (98,5)	1 (1,5)	0,100	0,187 (0,020-1,721)
4,1-5,0	50 (92,6)	4 (7,4)	64 (94,1)	4 (5,9)	0,735	0,781 (0,186-3,279)
5,1-6,0	50 (92,6)	4 (7,4)	62 (91,2)	6 (8,8)	0,777	1,210 (0,324-4,532)
6,1-7,0	50 (92,6)	4 (7,4)	60 (88,2)	8 (11,8)	0,422	1,667 (0,474-5,861)
7,1-8,0	49 (90,7)	5 (9,3)	59 (86,8)	9 (13,2)	0,494	1,495 (0,470-4,754)
8,1-9,0	48 (88,9)	6 (11,1)	57 (83,8)	11 (16,2)	0,422	1,544 (0,532-4,484)
9,1-10,0	47 (87,0)	7 (13,0)	55 (80,9)	13 (19,1)	0,362	1,587 (0,585-4,305)
10,1-11,0	45 (83,3)	9 (16,7)	54 (79,4)	14 (20,6)	0,582	1,296 (0,513-3,273)
11,1-12,0	44 (81,5)	10 (18,5)	51 (75,0)	17 (25,0)	0,392	1,467 (0,609-3,533)
12,1-13,0	44 (81,5)	10 (18,5)	51 (75,0)	17 (25,0)	0,392	1,467 (0,609-3,533)
13,1-14,0	44 (81,5)	10 (18,5)	51 (75,0)	17 (25,0)	0,392	1,467 (0,609-3,533)
14,1 ou mais	42 (77,8)	12 (22,2)	49 (72,1)	19 (27,9)	0,471	1,357 (0,591-3,118)

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva, OR: razão de *Odds ratio*, IC 95%: intervalo de confiança 95%.

A Figura 6 e as Tabelas de 9 a 12 mostram a análise por escore de propensão ajustada para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridades em cada dia que o paciente permanece na fila de espera por leito de UTI, conforme a prioridade e o tempo de espera. Em análise do escore de propensão em relação ao tempo na lista de espera para admissão, faz diferença no quinto dia para a prioridade I, enquanto a prioridade II também segue o ritmo da prioridade anterior; já na prioridade II, ocorre que o tempo de espera não é significativo, a partir do quarto dia há distanciamento da linha de nulidade, e para o paciente de prioridade IV, não é determinado pela influência da lista de espera de leito de UTI.

#### 4.1 ANÁLISE POR ESCORE DE PROPENSÃO PARA AVALIAR O EFEITO DA NÃO ADMISSÃO APÓS CADA DIA DE PERMANÊNCIA NA LISTA DE ESPERA POR LEITO DE UTI AJUSTADO PARA IDADE, NÍVEL DE PRIORIDADE E TRAUMA COMO MOTIVO PRIMÁRIO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR



**Figura 6** - Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade nos pacientes classificados como prioridade I (a), prioridade II (b), prioridade III (c) e prioridade IV (d)

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao analisar os pacientes classificados como prioridade I, nota-se que o OR ajustado tem significância estatística; já quando os pacientes não eram admitidos no primeiro dia após a solicitação de leito de UTI, observa-se uma razão de chance maior para mortalidade hospitalar dos pacientes não admitidos em relação aos admitidos no segundo dia após a solicitação de UTI (OR ajustado: 1,810; IC 95%; 1,112-2,947,  $p = 0,017$ ). Ocorre ainda um aumento progressivo do OR ajustado ao longo do tempo de permanência na lista de espera, atingido uma razão de chance aproximadamente 114 vezes maior para mortalidade hospitalar dos pacientes não admitidos em relação aos admitidos após 14 dias ou mais de permanência na lista de espera por leito de UTI (OR ajustado: 119,241; IC 95%: 48,047-295,927;  $p < 0,001$ ) (Figura 6 e Tabela 9).

**Tabela 9** - Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade dos pacientes classificados como prioridade I

Dias	OR	IC 95%	Valor de p
0,0-1,0	1,941	0,944-3,990	0,071
1,1-2,0	1,810	1,112-2,947	0,017
2,1-3,0	1,960	1,314-2,923	0,001
3,1-4,0	2,979	2,022-4,387	< 0,001
4,1-5,0	6,067	3,992-9,219	< 0,001
5,1-6,0	10,909	6,856-17,359	< 0,001
6,1-7,0	15,272	9,264-25,177	< 0,001
7,1-8,0	27,812	15,807-48,938	< 0,001
8,1-9,0	39,587	21,092-74,299	< 0,001
9,1-10,0	57,454	28,825-114,516	< 0,001
10,1-11,0	56,270	27,797-113,911	< 0,001
11,1-12,0	55,933	27,564-113,499	< 0,001
12,1-13,0	63,708	30,516-133,002	< 0,001
13,1-14,0	63,708	30,516-133,002	< 0,001
14,1 ou mais	119,241	48,047-295,927	< 0,001

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva, OR: razão de *Odds ratio*, IC 95%: intervalo de confiança 95%.

No que tange à prioridade II, observa-se um aumento significativo do OR ajustado para mortalidade hospitalar comparando os pacientes admitidos e não admitidos em UTI somente quando o paciente permanecia na lista de espera após o terceiro dia da solicitação de UTI (OR ajustado: 2,592; IC 95%: 1,637-4,106;  $p < 0,001$ ), chegando a um OR ajustado de 34,402 (IC 95%: 15,390-76,902,  $p < 0,001$ ) quando permaneciam 14 dias ou mais sem conseguir internação em UTI (Figura 6 e Tabela 10).

**Tabela 10** - Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade dos pacientes classificados como prioridade II

(continua)

Dias	OR	IC 95%	Valor de p
0,0-1,0	1,875	0,520-6,757	0,336
1,1-2,0	1,635	0,819-3,261	0,163
2,1-3,0	1,649	0,974-2,794	0,063
3,1-4,0	2,592	1,637-4,106	< 0,001
4,1-5,0	3,384	2,174-5,267	< 0,001
5,1-6,0	3,519	2,281-5,429	< 0,001
6,1-7,0	4,224	2,716-6,570	< 0,001

**Tabela 10** - Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade dos pacientes classificados como prioridade II  
(conclusão)

Dias	OR	IC 95%	Valor de p
7,1-8,0	6,429	3,972-10,403	< 0,001
8,1-9,0	8,644	5,155-14,494	< 0,001
9,1-10,0	8,728	5,199-14,654	< 0,001
10,1-11,0	9,795	5,702-16,827	< 0,001
11,1-12,0	11,766	6,612-20,937	< 0,001
12,1-13,0	15,104	8,212-27,779	< 0,001
13,1-14,0	15,600	8,378-29,048	< 0,001
14,1 ou mais	34,402	15,390-76,902	< 0,001

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva, OR: razão de *Odds ratio*, IC 95%: intervalo de confiança 95%.

Ao avaliar a prioridade III, assim como observado na prioridade II, nota-se um aumento significativo do OR ajustado para mortalidade hospitalar comparando os pacientes admitidos e não admitidos em UTI somente quando o paciente permanecia na lista de espera após o terceiro dia da solicitação de UTI (OR ajustado: 2,107; IC 95%: 1,100-4,036;  $p = 0,025$ ). Porém, sempre apresentando valores inferiores aos observados nos pacientes classificados como prioridade I ou II, chegando a um OR ajustado de 3,587 (IC 95%: 2,413-5,334,  $p < 0,001$ ) quando permaneciam 14 dias ou mais sem conseguir internação em UTI (Figura 6 e Tabela 11).

**Tabela 11** - Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade dos pacientes classificados como prioridade III  
(continua)

Dias	OR	IC 95%	Valor de p
0,0-1,0	0,556	0,122-2,525	0,447
1,1-2,0	1,280	0,482-3,398	0,620
2,1-3,0	1,446	0,679-3,078	0,339
3,1-4,0	2,107	1,100-4,036	0,025
4,1-5,0	2,511	1,403-4,494	0,002
5,1-6,0	2,117	1,272-3,523	0,004
6,1-7,0	2,754	1,713-4,428	< 0,001
7,1-8,0	2,048	1,325-3,167	0,001
8,1-9,0	2,697	1,726-4,213	< 0,001
9,1-10,0	1,917	1,267-2,899	0,002

**Tabela 11** - Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade dos pacientes classificados como prioridade III  
(conclusão)

Dias	OR	IC 95%	Valor de p
10,1-11,0	2,106	1,402-3,159	< 0,001
11,1-12,0	2,456	1,642-3,675	< 0,001
12,1-13,0	2,493	1,882-3,693	< 0,001
13,1-14,0	2,660	1,796-3,940	< 0,001
14,1 ou mais	3,587	2,413-5,334	< 0,001

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva, OR: razão de *Odds ratio*, IC 95%: intervalo de confiança 95%.

No que tange à prioridade IV, observa-se que não há diferença significativa no OR ajustado ao longo dos dias em que os pacientes permaneciam sem internação em UTI, mesmo quando decorridos 14 dias ou mais de permanência na lista de espera (OR ajustado: 0,793; IC 95%: 3,10-2,442;  $p = 0,793$ ) (Figura 6 e Tabela 12).

**Tabela 12** - Análise por escore de propensão em cada dia que permanecia na fila de espera por leito de UTI ajustado para idade, trauma como causa primária da admissão hospitalar e níveis de prioridade dos pacientes classificados como prioridade IV

Dias	OR	IC 95%	Valor de p
0,0-1,0	-	-	-
1,1-2,0	-	-	-
2,1-3,0	1,000	0,034-29,807	1,000
3,1-4,0	0,063	0,003-1,386	0,080
4,1-5,0	1,000	0,141-7,099	1,000
5,1-6,0	3,500	0,549-22,304	0,185
6,1-7,0	1,000	0,183-5,460	1,000
7,1-8,0	1,000	0,213-4,693	1,000
8,1-9,0	1,000	0,245-4,083	1,000
9,1-10,0	0,796	0,211-0,2998	0,736
10,1-11,0	1,197	0,369-3,875	0,765
11,1-12,0	0,850	0,278-2,600	0,776
12,1-13,0	0,850	0,278-2,600	0,776
13,1-14,0	1,000	0,331-3,018	1,000
14,1 ou mais	0,793	0,310-2,442	0,793

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Legenda: UTI: unidade de terapia intensiva, OR: razão de *Odds ratio*, IC 95%: intervalo de confiança 95%.

## 5 DISCUSSÃO

Ao traçar o perfil epidemiológico dos pacientes solicitantes de leito de terapia intensiva por via judicial, o estudo demonstrou, na sua maioria, que se perfaz por 947 homens (54,1%), com mediana de idade de 66 anos (IQ 25%–75%: 54,0-76,0) e cujo motivo da internação era proveniente de causas cardiológicas em 714 casos (40,8%), seguidas de causas respiratórias em 415 (23,7%) e causas neurológicas em 237 (13,5%). Tais dados são semelhantes à coorte retrospectiva que visava verificar o impacto da transferência tardia do pronto-socorro para a UTI no tempo de permanência na unidade e na ocorrência de óbitos de um hospital acadêmico terciário, revelando que a idade mediana dos pacientes com necessidade de leito na UTI foi de 63 anos, sendo 60% deles do sexo masculino (SANTOS; MACHADO; LOBO, 2020). No que tange à causa de internação, uma revisão sistemática com 27 artigos apresentou, em 67% deles, que a maior causa era cardiológica, seguida de causas respiratórias, neurológicas e infecciosas (AGUIAR *et al.*, 2022).

Com relação ao tempo de espera de judicializados por leito de terapia intensiva, observa-se que o estudo mostrou uma mediana de 3,9 dias, sendo aproximada ao estudo realizado por Mota (2017), entre 2010 e 2015, com pacientes no Distrito Federal onde o tempo médio de espera entre a solicitação, por via judicial, e efetiva admissão em leito de UTI foi de 5,75 dias (138 horas). Outro estudo em um único hospital do Distrito Federal identificou que, após a intubação orotraqueal no serviço de emergência, a espera por leito de UTI era de 3,5 dias (VIANA *et al.*, 2021).

Internacionalmente, os atrasos para admissão em leito de UTI são contabilizados em horas, entre intervalos de 6 a 12 horas, podendo chegar a 24 horas. No entanto, coorte prospectiva realizada nos Estados Unidos, visando avaliar a associação entre atraso na internação de UTI e resposta de acolhimento em pacientes com pneumonia adquirida pela comunidade, mostrou que 15,4% dos pacientes da amostra foram excluídos por terem admissão em UTI após 3 dias (72 horas) da solicitação de UTI (PEREVERZEVA, 2021).

Este número de 3,9 dias de espera também é relevante no âmbito judicial, pois, embora seja discricionária a decisão de arbitrar sobre o prazo para cumprimento da liminar, geralmente sendo de 24 horas, em algumas outras tutelas em saúde se preconizam até 72h. Observa-se que, neste trabalho, somente 5,5% tiveram o cumprimento da decisão liminar no primeiro dia (n = 97), 13,6% no segundo dia (n =

238) e perfazendo, ao final das 72 horas, um total de 22,5% (n = 393) dos pacientes que tiveram a sua demanda judicial plenamente contemplada. Apesar de não localizado estudo comparativo relacionado a leitos de UTI, em pesquisa quanti-qualitativa realizada pela Defensoria Pública da União em Caruaru, analisaram-se dez ações judiciais ajuizadas entre os anos de 2018 e 2020, que tiveram a tutela de urgência antecipada deferida para aquisição de medicamentos e a média do tempo de espera para o cumprimento da liminar foi de 94 dias (pouco mais de três meses) (MELO, 2021). Sendo assim, infere-se que a espera por cumprimento de liminar em saúde é maior do que o determinado em juízo ou os 30 dias preconizados na literatura jurídica.

O descumprimento de liminar para o Judiciário pode acarretar no estabelecimento de prazos menores para o cumprimento da demanda por meio de bloqueio de contas bancárias e/ou ajuizamento de ações de descumprimento com taxação de multa (MELO, 2021). No entanto, o objetivo de demanda não é atingido, às vezes, por não ser cumprida, como é o caso deste estudo, onde 41,1% (n = 719) não foram admitidos. Em estudo realizado por Mota (2017), 31,14% das ordens judiciais não foram efetivadas com a admissão na UTI. Cabe salientar que, neste estudo, ao final de 14 ou mais dias, 58,9% dos pacientes (n = 1031) tiveram a sua demanda de internação em UTI.

Quanto à priorização e à admissão, os dados demonstram que, da maioria dos pacientes judicializados, 32,4% necessitam de leito de UTI e são classificados pela regulação como prioridade I e que a eles é dada preferência na intervenção para admissão de leitos de UTI (70,4%). Observa-se que essa predileção ocorre desde o primeiro dia, quando 5,5% dos pacientes são admitidos, e vai tendo uma progressão ascendente até finalizar o tempo do estudo com o maior número de admissão desta prioridade.

Corroborando com tal afirmação, estudo observacional retrospectivo realizado na Arábia Saudita demonstra que 57,9% dos pacientes admitidos em UTI tinha maiores escores de gravidade segundo Apache IV e SOFA e 42% tiveram internação tardia (ALETREBY *et al.*, 2021).

No que tange às prioridades II e III, há uma admissão gradual no transcurso do intervalo temporal do estudo, no entanto, menos expressiva em relação à prioridade I, chegando ao total de admissão em torno de 67,7% e 49,5%, respectivamente.

Um maior destaque está nos pacientes de prioridade IV, que constituem a menor porcentagem de pacientes judicializados (7%) e o menor número de pacientes admitidos ao final do transcurso temporal, tendo 25,4% dos pacientes desta prioridade admitidos, sendo que, no primeiro dia, não ocorreu nenhuma admissão.

Em relação ao paciente classificado como prioridade I, é inegável a necessidade de internação em leito de UTI o mais breve possível, tendo em vista que a mortalidade hospitalar entre os pacientes admitidos e não admitidos foi maior naqueles não admitidos classificados nessa prioridade (45,60% *versus* 96,40%,  $p < 0,001$ ), além de que a fração de sobrevivência dos pacientes não admitidos decresce, gradativamente, chegando a menos de 50% em seu D3 (49,30%).

Já em relação à prioridade II, entende-se que é necessária a intervenção em tempo já que estes demonstram proximidade dos resultados comparados aos classificados como prioridade I, no qual, em seu D4 de espera por leito de UTI, a fração de sobrevivência já está perto de 50% (51,60%), apresentando apenas um dia de diferença para aqueles classificados como prioridade I, podendo, assim, ser um paciente com potencial de agravo.

Acerca da prioridade III, apesar de neste estudo a mortalidade daqueles não admitidos ser a maior em comparação às outras prioridades, com 480 óbitos (74,30%), foram necessários nove dias para que a fração de sobrevivência chegasse próxima dos 50%.

Essa priorização clínica decorre do fato de o paciente de prioridade I ser realmente elegível tanto clínica como legalmente para ocupar leito de UTI devido à instabilidade e ao benefício de recuperação com a intervenção dos cuidados intensivos, em detrimento do paciente de prioridade IV, visto que a própria legislação preconiza a sua retirada da lista de espera por melhora clínica ou por não benefício de cuidados intensivos decorrentes da própria condição patológica (DISTRITO FEDERAL, 2015b, 2021).

Deste modo, considerando as prioridades I, II e III, faz-se necessário o uso de instrumentos que os médicos assistentes possam utilizar para facilitar a classificação para a lista de espera de UTI pela CERIH, como o APACHE II, por este já ser aceito pelo Ministério da Saúde, ou o SOFA, por terem características fundamentais na avaliação clínica, trazendo maior equidade à classificação (ARGYRIOU *et al.*, 2015; KARAMI NIAZ *et al.*, 2022; VINCENT *et al.*, 1996). Diante disso, a ausência de

avaliação concreta das pontuações de APACHE II e SOFA pode prejudicar a melhor classificação do paciente por parte do CR (ALETREBY *et al.*, 2021).

No que se refere à prioridade IV, de acordo com a Portaria nº 200/2015 (DISTRITO FEDERAL, 2015b) e o Manual da CERIH (2021), o tratamento intensivo não é recomendado e, por esse motivo, os pacientes devem ser retirados da lista de espera pelo leito de UTI. Corroborando com o descrito pela Portaria supracitada, conforme observado neste estudo, não se notou diferença significativa ao comparar a mortalidade hospitalar entre os pacientes admitidos e não admitidos na UTI quando classificados com a prioridade IV (38,90% *versus* 46,20%,  $p = 0,471$ ). Além disso, este estudo constatou que, mesmo após 14 dias de espera, a fração de sobrevida da prioridade IV ainda apresenta 72,10%, cerca de 26,7 vezes maior que a prioridade I (2,70%).

Cabe ressaltar que o paciente IV se divide pela legislação em duas categorias distintas: o IVa, que consiste no paciente cuja instabilidade não justifica a solicitação de UTI imediata, mas se não corrigida pode vir a se tornar paciente III ou sua condição clínica se direciona a melhora, necessitando de algum procedimento para a concretude da melhoria; e o paciente IVb, que consiste em pacientes que mais se enquadram em pacientes de cuidados paliativos que evoluirão a óbito independente de qualquer intervenção terapêutica de cura. Infelizmente, uma das limitações para melhor trabalhar o paciente IV foi a questão do número.

Não se pode deixar de mencionar que o paciente de prioridade IV deve ser assistido pelo sistema de saúde, no entanto, os resultados mostram que não há um benefício com a intervenção de cuidados intensivos, mas cuidados semi-intensivos, cuidados paliativos ou procedimentos devem ser colocados à disposição desse paciente de acordo com as suas necessidades.

Pode-se inferir, também, que há maior incidência de estudos que inferem que o tempo de permanência do paciente judicializado na fila de espera influencia negativamente na sua sobrevivência. Como apresentado neste estudo, cada dia de atraso para a internação na UTI foi associado a uma redução média na sobrevida de 5,4%. Esse prejuízo foi significativamente importante na prioridade I, cujo número de óbitos é mais acentuado nos primeiros dias, demonstrando que a intervenção de admissão em leito de UTI se faz imediata. No entanto, a admissão em leito de UTI de paciente prioridade IV parece não ser tão relevante para a taxa de mortalidade deste grupo, sugerindo que a legislação foi assertiva ao solicitar a retirada deste paciente

da lista tendo em vista que ele já tem a sua mortalidade aumentada devido ao próprio desenvolvimento patológico.

Estudo observacional retrospectivo realizado em Santa Catarina, em 2019, demonstrou que 81,1% das admissões em UTI eram tardias (tempo mediano de 17 horas e intervalo entre 9 e 33 horas) e que estavam relacionadas à mortalidade (TESSARI *et al.*, 2021). Pode-se inferir que as internações em terapia intensiva no Brasil não correspondem ao estimado internacionalmente.

Vários estudos corroboram com a afirmação de que o atraso na admissão em leito de UTI apresenta, dentre outros riscos, o de mortalidade e este com aumento significativo (AL-QAHTANI *et al.*, 2017; ALETREBY *et al.*, 2021; CARDOSO *et al.*, 2011; KIEKKAS *et al.*, 2022; ZHANG *et al.*, 2019). Sendo o período considerado ideal de internação entre  $\leq 1$  hora e  $< 24$  horas, no entanto não há uma definição padrão do que seja internação tardia em UTI (KIEKKAS *et al.*, 2022). Em estudo retrospectivo realizado na China com 1.997 pacientes diagnosticados com sepse e que necessitam de UTI, a taxa de mortalidade para pacientes admitidos em menos de 6 horas foi de 21.4%, seguido de 31.9% para os admitidos no intervalo de 12h a 24h, e de 31,8% para admitidos após 24h de espera, estes últimos apresentaram número significativo de risco de óbito (ZHANG *et al.*, 2019). Em estudo retrospectivo observacional realizado com cerca de 1.887 pacientes adultos na Arábia Saudita, visando estudar o impacto do atraso de 4 horas na admissão em leito de terapia intensiva, Aletreby *et al.* (2021) apontam que o atraso desse lapso temporal na admissão é considerado um fator de risco para a mortalidade.

Contrário a tal entendimento, estudo de coorte prospectivo realizado com 1.913 pacientes inseridos na Central de Regulação de São José do Rio Preto, em São Paulo, revelou que o tempo na lista de espera parece influenciar no tempo maior de permanência hospitalar e não no período de internação ou na mortalidade na unidade (SANTOS; MACHADO; LOBO, 2020). Revisão sistemática coloca em pauta que o suporte pré internação em UTI poderia influenciar na questão do atraso na internação em UTI e não justificar uma correlação direta entre atraso e mortalidade por atraso. O início do manejo terapêutico deve se dar independentemente do local onde o paciente se encontre (KIEKKAS *et al.*, 2022).

Estudo de coorte retrospectiva realizado na África do Sul com limitação de recursos evidenciou que o tempo de espera de UTI tem mediana de um dia podendo

chegar até dois dias de espera, mas não se encontrou uma associação direta com a mortalidade (KHAN *et al.*, 2021).

Estudo de coorte evidenciou que pacientes com maior tempo de espera por leito de UTI tem maior atraso no início do tratamento terapêutico, acarretando maior risco de mortalidade (GARCÍA-GIGORRO *et al.*, 2016). Coorte realizada no Reino Unido com 1.609 pacientes cirúrgicos evidenciou que 9,3% dos pacientes do estudo tiveram internação em UTI atrasada e que o tempo de permanência na UTI foi de 5,1 dias para os que esperavam por UTI e de 4,5 dias para os admitidos dentro do intervalo de 6h. A taxa de mortalidade não teve uma diferença significativa, ficando em 26,8% e 24,2% respectivamente. Neste sentido, pode-se inferir que o tratamento iniciado antes da admissão na UTI ou um acompanhamento mais próximo da sala de recuperação pode reduzir a mortalidade mesmo com atraso nos cuidados intensivos (O'CALLAGHAN *et al.*, 2012).

É evidente que o diagnóstico precoce e mais adequado da patologia com a intervenção terapêutica adequada deve ser iniciada ao paciente gravemente enfermo independentemente do local onde ele se encontra, visando evitar a deterioração de sistemas e órgão e possibilitando um menor prognóstico e diminuição do risco de óbito (O'CALLAGHAN *et al.*, 2012).

Um outro ponto que merece destaque consiste no perfil da UTI. No momento da edição da normatização, no que tange à classificação de UTI, o Ministério da Saúde considerou todas as UTIs existentes como tipo I e apontou critérios mínimos para os tipos II e III, apontando a equipe básica, o suporte mínimo assistencial, exames relevantes para acesso e materiais e equipamentos mínimos necessários, além de enfatizar a questão da humanização (BRASIL, 1988).

Dentre a descrição mínima, é exigida a terapia renal substitutiva que influencia diretamente no direcionamento precoce do paciente, visando a uma admissão mais rápida e efetiva. Estudo de coorte retrospectivo aponta que 40,9% dos pacientes que solicitaram admissão em leito de UTI com suporte de terapia renal substitutiva não tiveram a demanda atendida, o que acarretou 82,2%, sendo 98% de óbitos em pacientes com prioridade I (SANTOS *et al.*, 2022). Sendo assim, o perfil de uma UTI mais completa possibilita a disponibilidade de uma vaga efetiva com cuidados intensivos.

Na tentativa da busca por leitos de UTI e com maior suporte, muitas vezes se faz a parceria público privada ou, até mesmo, uma convocação de leitos privados

como com os que foram acionados durante a pandemia da Covid-19. No Distrito Federal, a proporção de leitos regulados disponíveis aumentou gradualmente, passando de 329 leitos em 2019, para 349 em 2020, e 588 em 2021; sendo 17,63% de leitos privados no primeiro ano, 52,15% no segundo ano e 69,22% em 2021 após normatização (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Sendo o Brasil um país com características continentais, há diferenciações na aplicabilidade dos recursos do SUS no que tange à organização dos serviços de saúde, caracterizando, assim, aparentemente, melhor organização e instituições para alocar os pacientes críticos bem como desenvolver o CR. Neste sentido, uma das limitações deste trabalho foi o acesso a todos não judicializados para comparação, tendo em vista o tipo de estudo coorte com dados de fonte secundária.

É notório que a solução da minimização da judicialização em saúde perpassa pelo diálogo harmonioso, constante e necessário, entre a justiça e a saúde, visando à construção de decisões mais efetivas. Ademais, a capacitação dos operadores do direito, bem como dos profissionais de saúde, é fundamental para uma maior padronização das decisões (BARBOSA *et al.*, 2017).

Outro ponto importante consiste na introdução de mecanismos extrajudiciais de mediação de conflitos, visando evitar o início das ações judiciais. Evidencia-se o surgimento da conciliação, arbitragem e mediação iniciada no Código de Processo Civil (2015) e pela Lei nº 13.140/2015, com técnicas de autocomposição das partes conflitantes e com atuação de um terceiro imparcial, o qual visa promover um canal de comunicação entre as partes, almejando o encontro de soluções consensuais, no qual o conciliador pode intervir ou não na sugestão de soluções e que geram efeitos processuais de garantia do que foi consensuado. Tais ferramentas visam reduzir tempo e custos tendo o controle do processo na mão das partes bem como o consenso da tomada da melhor decisão para ambos (SILVA, 2019).

Ribeiro (2018) aponta que, no Distrito Federal, foram instituídas reuniões periódicas para discussão de casos concretos entre Defensoria Pública e Secretaria de Saúde, visando diminuir conflitos e melhorar o acesso. Talvez um ponto interessante para essas discussões seria o acordo da retirada do paciente prioridade IV, bem como a não judicialização deste, que seria encaminhado para unidade semi-intensivas ou cuidados paliativos, ou quando em progresso de melhora garantido o suporte a especialidades e exames pertinentes.

Não se pode perder de vista a melhoria na classificação do paciente da UTI com utilização de recursos informacionais que possam ser aplicáveis em diferentes grupos de pacientes críticos, obtendo, assim, tratamento de melhor qualidade e estratificação ou até classificação melhor (KARAMI NIAZ *et al.*, 2022). Para isso acontecer, deveriam ter mais recursos materiais e instrumentais, com aparato tecnológico elevado na maioria das UTIs, ou seja, faz-se necessário um maior investimento financeiro para que se otimize o tratamento e melhore o prognóstico desse gravemente enfermo.

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo atingiu os seus objetivos primário e secundários e foi relevante para demonstrar que, embora muitas ordens judiciais sejam cumpridas pela CERIH, muitos pacientes ainda aguardam na lista de espera por este cumprimento e que isto pode interferir na incidência do desfecho óbito, principalmente nos pacientes que não foram contemplados com os cuidados de terapia intensiva. No entanto, não se esgotam aqui. Novos estudos são necessários para melhorar o trabalho do CR e o efetivo direito do acesso à saúde, no que tange à complexidade de cuidados paliativos.

Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes que judicializam na busca por leito de UTI é importante para construção de políticas pública que possam melhorar o acesso, bem como a implementação de terapêuticas precoces independentemente de onde ele esteja. Identificar o tempo de espera para acesso a serviços de terapia intensiva é um importante indicador tanto para a saúde como para o Judiciário.

É evidente que a judicialização em caso de solicitação de leitos de terapia intensiva nem sempre garante a efetividade do direito à saúde e que, por isto, existem ferramentas de diálogo entre os atores envolvidos. Ademais, a falta de financiamento do SUS, bem como uma classificação clínica de pacientes inadequada e UTIs pouco equipadas, dificultam o acesso a tratamento de cuidados intensivos.

No caso dos pacientes pertencentes à prioridade I, estes têm definição do seu perfil de gravidade perante a legislação brasileira e incluindo dados clínicos de APACHE, no entanto, pacientes de prioridade III parecem necessitar de maiores esclarecimentos. Cabe ressaltar que a legislação não é dinâmica, ao contrário do quadro clínico do paciente. Por isto, intervenções terapêuticas precoces podem diminuir os riscos mesmo quando da espera por leitos de UTI.

Não se pode perder de vista o paciente IV que tem arcabouço legal que sustenta a sua retirada da lista, embora esta prática não ocorra. Eles continuam sendo judicializados sem que haja efetiva necessidade, ocupando leito de pacientes de prioridade I, que são os que têm maiores prejuízos com o tempo de espera por leitos de UTI, inclusive com altos índices de mortalidades na ausência dessa intervenção. Vale reforçar que isto não retira a sua assistência pelo sistema de saúde.

Sendo assim, contextualizar melhor a condição clínica do paciente com ferramentas consolidadas propicia maior suporte para estratificação e possibilita um

acesso mais efetivo, promovendo uma seguridade jurídica tanto para assistência, regulação de UTI quanto para o Poder Judiciário.

Para além de investimento no SUS, é importante a implementação de políticas de mediação de conflitos, para tentar minimizar a judicialização, e diálogos entre os sistemas, para que os operadores do Direito possam ter segurança em não judicializar o paciente de prioridade IV e os profissionais de saúde não tenham receio da judicialização e executem a retirada do paciente de prioridade IV.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. M. M. *et al.* Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 33, p. 624-634, 2022.
- AL-QAHTANI, S. *et al.* A associação da duração do embarque no pronto-socorro e o desfecho dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **BMC Emergency Medicine**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 34, 2017. doi: 10.1186/s12873-017-0143-4. PMID: 29121883; PMCID: PMC5680599.
- ALETREBY, W. T. *et al.* Retardo na transferência do pronto-socorro para a unidade de terapia intensiva: impacto nos desfechos do paciente. Um estudo retrospectivo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 125-137, 2021. doi:10.5935/0103-507X.20210014. PMID: 33886862. PMCID: PMC8075331.
- ARGYRIOU, G. *et al.* Comparative evaluation of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II and Sequential Organ Failure Assessment scoring systems in patients admitted to the cardiac intensive care unit. **Journal of Critical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 4, p. 752-757, 2015. doi:10.1016/j.jcrc.2015.04.014
- BARBOSA, O. P. A. *et al.* Considerações sobre os dilemas da bioética e da judicialização da saúde no Brasil - Juíza Oriana Piske. **Juris Plenum Direito Administrativo**, v. 15, p. 1-10, 2017.
- BARROSO, L. R. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **(Syn)thesis**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012.
- BASTOS, L. B. R. *et al.* Desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, p. 25, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001512.
- BATISTA, S. R. *et al.* O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, jun. 2019. doi: 10.1590/1413-81232018246.08132019
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 12 jul. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 setembro 1990**. Dispõe sobre a organização do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1990 a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 3 nov. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 1º dez. 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, seção 1, n. 148, p. 48, 4 ago. 2008.

BRASIL. **Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338\\_03\\_10\\_2011.html#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%20Paciente%20cr%C3%ADtico%2Fgrave%20%C3%A9%20aquele%20que%20se,imediato%20cl%C3%ADnico%2C%20cir%C3%BArgico%2C%20gineco-obst%C3%A9trico%20ou%20em%20sa%C3%BAde%20mental](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%20Paciente%20cr%C3%ADtico%2Fgrave%20%C3%A9%20aquele%20que%20se,imediato%20cl%C3%ADnico%2C%20cir%C3%BArgico%2C%20gineco-obst%C3%A9trico%20ou%20em%20sa%C3%BAde%20mental). Acesso em: 3 maio 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998**. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acesso em: 28 out. 2015.

CARDOSO, L. T. *et al.* Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. **Critical Care**, [s. l.], v. 15, n. 1, R28, 2011. doi: 10.1186/cc9975

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, London, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. doi:10.1016/S0140-6736(19)31243-7. PMID: 31303318.

CAVALCANTI, R. P. *et al.* Desafios da regulação assistencial na organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 22, n. 2, p. 181-188, 2018.

CHAGAS, F. A. F. R.; VILARDO, M. A. T.; NORONHA, J. C. As tutelas de urgência com pedidos de saúde em sede de plantão judiciário noturno. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 4, p. 232-243, 2019. doi: 10.1590/0103-11042019S419

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Resolução nº 71, de 8 de novembro de 1995. São Paulo: Cremesp. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, seção 1, n. 217, 14 nov. 1995.

COSTA, K. B.; SILVA, L. M.; OGATA, M. N. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 149-163, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/635>. Acesso em: 24 out. 2022.

D'ESPÍNDULA, T. C. de A. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. **Revista bioética**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 438-447, 2013.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/CwJz7j4MDGykZbWKKcg4SGG/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 6 ago. 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Manual de Regulação de Leitos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde; Complexo Regulador do Distrito Federal, 2021. Disponível em:

[www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual\\_64576184\\_MANUAL\\_LEITOS\\_CERIH\\_FINAL.pdf/679552d9-e5ad-5109-5f36-5f89186b1c59?t=1651675144379](http://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual_64576184_MANUAL_LEITOS_CERIH_FINAL.pdf/679552d9-e5ad-5109-5f36-5f89186b1c59?t=1651675144379).

Acesso em: 5 ago. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 199, de 6 de agosto de 2015**. Atualiza as disposições da Portaria SES/DF nº 41, de 30 de agosto de 2006 e dá outras providências. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2015a. Disponível em:

[http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/52d86e612e97411397e02f7c21ad8dcb/Portaria\\_199\\_06\\_08\\_2015.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/52d86e612e97411397e02f7c21ad8dcb/Portaria_199_06_08_2015.html). Acesso em: 10 out. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 200, de 6 de agosto de 2015**. Divulga os critérios para admissão e alta em UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2015b. Disponível em:

[http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/52d86e612e97411397e02f7c21ad8dcb/Portaria\\_199\\_06\\_08\\_2015.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/52d86e612e97411397e02f7c21ad8dcb/Portaria_199_06_08_2015.html). Acesso em: 10 out. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Contas. **Auditoria operacional no sistema de saúde pública do Distrito Federal**: relatório (versão simplificada). Brasília, DF: Tribunal de Contas, 2008. 40 p. Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/saudepublica.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2022.

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

FERREIRA, F. L. *et al.* Serial Evaluation of the SOFA Score to Predict Outcome in Critically Ill Patients. **JAMA**, Chicago, v. 286, n. 14, p. 1754-1758, 2001. doi:10.1001/jama.286.14.1754

FLETCHER, G. S. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

GARCÍA-GIGORRO, R. *et al.* Impact on patient outcome of emergency department length of stay prior to ICU admission. **Medicina Intensiva**, [s. l.], v. 41, n. 4, p. 201-208, 2017.

HUANG, S.-S. *et al.* Application of the Sequential Organ Failure Assessment score for predicting mortality in patients with acute myocardial infarction. **Resuscitation**, London, v. 83, n. 5, p. 591-595, 2012. doi:10.1016/j.resuscitation.2011.12.014

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

KARAMI NIAZ, M. *et al.* Evaluation of mortality prediction using SOFA and APACHE IV tools in trauma and non-trauma patients admitted to the ICU. **European Journal of Medical Research**, v. 27, p. 188, 2022. doi: 10.1186/s40001-022-00822-9.

KHAN, S. *et al.* Association between pre-intensive care unit (ICU) hospital length of stay and ICU outcomes in a resourcelimited setting. **Southern African Journal of Critical Care**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 98-103, 2021. doi: 10.7196/SAJCC.2021.v37i3.500

KIEKKAS, P. *et al.* Delayed Admission to the Intensive Care Unit and Mortality of Critically Ill Adults: Systematic Review and Meta-analysis. **BioMed Research International**, [s. l.], v. 2022, Article ID 4083494. doi: 10.1155/2022/4083494

KNAUS, W. A. *et al.* APACHE II: a severity of disease classification system. **Critical care medicine**, Philadelphia, v. 13, n. 10, p. 818-829, 1985a.

KNAUS, W. A. *et al.* Prognosis in Acute Organ-System Failure. **Annals of Surgery**, Philadelphia, v. 202, n. 6, p. 685-693, 1985b. doi:10.1097/00000658-198512000-00004

KUMAR, A. *et al.* Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. **Critical care medicine**, Philadelphia, v. 34, n. 6, p. 1589-1596, 2006. doi: 10.1097/01.CCM.0000217961

LAFFIN, N. H. F.; BONACIM, C. A. G. Custos da saúde: judicialização de medicamentos ofertados pelo SUS. **Anais do Congresso Brasileiro de Custos - ABC**, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4312>. Acesso em: 5 maio 2022.

MELO, M. I. R. de. O tempo entre o deferimento e a efetivação das tutelas de urgência concedidas nas ações de medicamentos propostas pela DPU/Caruaru entre 2018 a 2020, como indicativo de efetividade. **Revista da Defensoria Pública da União**, Brasília, n. 15, p. 135-150, 2021. doi: 10.46901/revistadadpu.i15.p135-150

MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G., COELHO, I. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: SaraivaJur, 2018. p. 638.

MOTA, G. P. **Judicialização do acesso a leitos de UTI no Distrito Federal: dimensões clínica, ética e legal**. 2017. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MURAKAMI, B. M.; SANTOS, E. R. dos. **Enfermagem em terapia intensiva**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2017. (Série Manuais de Especialização Einstein)

NATIONAL HEALTH SYSTEM. **Management of surge and escalation in critical care services**: standard operating procedure for adult critical care transfer services. England: NHS, 2022. Disponível em: [https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2021/08/C1373-Management-of-surge-and-escalation-in-critical-care-services\\_July-22-v2-002.pdf](https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2021/08/C1373-Management-of-surge-and-escalation-in-critical-care-services_July-22-v2-002.pdf). Acesso em: 12 out. 2022.

NEVES, D. A. A. **Manual de Direito Processual Civil**. 14. ed. São Paulo: Ed. Juspodivm, 2022. p. 491-507 (Volume único)

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

O'CALLAGHAN, D. J. P. *et al.* An observational study to determine the effect of delayed admission to the intensive care unit on patient outcome. **Critical Care**, [s. l.], v. 16, R173, 2012.

OLIVEIRA, S. L. F. O. F. *et al.* A crise da COVID-19 no Brasil e seus reflexos. Brasília: CEUB, 2021. v. 1. 437p.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8. PMID: 21561655.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, Bahia, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010. doi: 10.52753/bis.2010.v12.33772

PEITER C. C.; LANZONI G. M. M.; OLIVEIRA W.F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016.

PEREVERZEVA, L. *et al.* Associação entre atraso na internação em unidade de terapia intensiva e resposta de acolhimento em pacientes com pneumonia adquirida pela comunidade. **Annals of Intensive Care**, [s. l.], v. 11, n. 142, 2021. oi: 10.1186/s13613-021-00930-5

RIBEIRO, W. C. A mediação como meio de resolução de conflitos na área de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 62-76, 2018. doi: 10.11606/issn.2316-9044.v18i3p62-76

SANTOS, A. C. dos *et al.* Intensive Care Unit prioritization: The impact of ICU bed availability on mortality in critically ill patients who requested ICU admission in court in a Brazilian cohort. **Journal of critical care**, Flórida, v. 66, p. 126-131, 2021. doi: 10.1016/j.jcrc.2021.08.014. PMID: 34544015.

SANTOS, A. C. dos *et al.* Prioritization of ICU beds with renal replacement therapy support by court order and mortality in a Brazilian metropolitan area. **Scientific reports**, London, v. 12, n. 1, p. 3512, 2022. doi: 10.1038/s41598-022-07429-4. PMID: 35241736. PMCID: PMC8894379.

SANTOS, F. R. Q.; MACHADO, M. N.; LOBO, S. M. A. Resultados adversos de admissões tardias à unidade de terapia intensiva a partir do pronto-socorro. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 92-98, 2020.

SILVA, V. M. M. da. **Direito à saúde**: a mediação sanitária no âmbito das defensorias públicas. 2019. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2019.

SOUSA, J. M. de *et al.* Regulação do acesso aos serviços. In: LEITE, D. S.; SILVA, P. F. da (Orgs.). **Saúde coletiva**: avanços e desafios para a integralidade do cuidado. São Paulo: Editora Científica Digital, 2021. p. 48-62. (Capítulo 4). doi: 10.37885/210303986

TESSARI, P. *et al.* Avaliação do impacto do tempo de espera para admissão em Unidade de Terapia Intensiva no desfecho clínico do paciente crítico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 54, n. 1, p. e169399, 2021. doi: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.169399

VIANA, S. M. *et al.* Avaliação do desfecho de pacientes intubados no serviço de emergência em hospital secundário do Distrito Federal após 30 dias e identificação do tempo de espera por vaga UTI. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 13565-13579, 2021. doi:10.34117/bjdv7n2-123

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

VINCENT, J. L. *et al.* The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. **Intensive care medicine**, New York, v. 22, n. 7, p. 707-710, 1996. doi:10.1007/BF01709751

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

ZHANG, Z. *et al.* Prolongado tempo de permanência no pronto-socorro e aumento do risco de mortalidade hospitalar em pacientes com sepse que requerem internação na UTI. **Emergency Medicine Journal**, [s. l.], v. 36, n. 2, p. 82-87, 2019. doi: 10.1136/emmermed-2018-208032

**APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados**

1. Iniciais o demandante: (Ex: S.V.A.R) \_\_\_\_\_
  
2. Idade no momento da demanda: (Ex: 40 anos) \_\_\_\_\_
  
3. Sexo:
  - Masculino
  - Feminino
  
4. Diagnóstico primário da demanda:  
\_\_\_\_\_
  
5. Diagnóstico secundário da demanda:  
\_\_\_\_\_
  
6. Diagnóstico terciário no momento da demanda:  
\_\_\_\_\_
  
7. Origem do paciente:
  - Distrito Federal
  - Entorno
  - Fora do Distrito Federal
  
8. Número SES: (Ex. 00023435)  
\_\_\_\_\_
  
9. Hospital de origem:
  - IHB
  - HMIB
  - HRAN
  - HRS
  - HRG
  - HRSM
  - HRPa

- HRC
- HRT
- HRSam
- outros: \_\_\_\_\_

10. Data de recebimento da ordem judicial: (Ex. 25/03/18)

---

11. Jurisdição de origem do processo judicial:

- Primeiro Juizado Especial da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Segundo Juizado Especial da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Terceiro Juizado Especial da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Primeira Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Segunda Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Terceira Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Quarta Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Quinta Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Sexta Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Sétima Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Oitava Vara da Fazenda Pública do Distrito Federal
- Justiça Federal
- Núcleo Permanente de Plantão – NUPLA

12. Especialidade e nome do médico que forneceu o relatório:

---

13. Suporte requerido: (ex. Cardio/Geral/Neurotrauma)

---

14. Hospital de destino:

- IHB
- HMIB
- HRAN
- HRS
- HRG

- HRSM
- HRPa
- HRC
- HRT
- HRSam
- Outros: \_\_\_\_\_

15. Data de admissão no hospital de destino: (Ex: 23/10/17 às 12:00)

---

16. Ocorrência de óbito antes da admissão:

- Não
- Sim

17. Data e hora de ocorrência de óbito antes da admissão

---

18. Motivo de retirada da lista:

- Melhora clínica
- Cuidados paliativos
- Transferência para rede privada

19. Data e hora da retirada da lista: (ex.: 12/10/17 às 12:00)

---

20. Última prioridade sinalizada:

- Prioridade 1
- Prioridade 2
- Prioridade 3
- Prioridade 4A
- Prioridade 4B

21. Primeira ordem judicial:

- A critério do médico regulador
- Cumprimento imediato

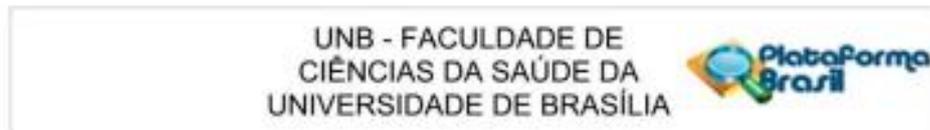
22. Reapresentação Ordem Judicial:

- Descumprimento
- Reapresentação da primeira ordem

23. Valor imposto para o descumprimento:

---

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PÚBLICA DO DISTRITO

**Pesquisador:** ANA CRISTINA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 20900619.2.0000.0030

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE SAÚDE - FS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.905.441

#### Apresentação do Projeto:

\*Resumo: O financiamento insuficiente e o déficit na oferta de serviços provocam um fenômeno chamado judicialização que é caracterizado pelos cidadãos apelarem ao poder judiciário a fim de obter acesso a serviços de saúde, tais como leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e medicações de alto custo. Respaldados na Constituição Federal, muitos indivíduos recorrem ao poder judiciário para ter acesso a seus direitos, sobrepondo muitas vezes o direito individual sobre o direito coletivo. Resolve aparentemente um conflito, mas cria outro à medida que afeta a lógica das políticas públicas criando uma situação anômala, sem estrutura lógica e prática no qual o formulador e executor das políticas pública precisar remanejar recursos para onde ainda não havia sido determinado diante do panorama apresentado por indicadores de saúde. Isso pode resultar em um Judiciário que decide politicamente sem a estrutura necessária para atuar com a lógica, o ritmo e a prática do sistema político, formulador e executor das políticas públicas. Esse fenômeno tem sido frequente no momento da alocação de pacientes em leitos de unidades de terapia intensiva (UTI), tendo em vista a elevada demanda e a falta de leitos disponíveis para pacientes críticos. Desse modo, o objetivo do estudo é analisar o perfil demográfico e os desfechos dos pacientes que necessitaram de determinação judicial para ter acesso à internação em uma UTI de hospital público do Distrito Federal (DF). Trata-se de um estudo coorte retrospectivo, a ser realizado no Hospital Regional de Taguatinga. A amostra será composta por todos pacientes internados na UTI no período de Agosto de 2014 a Dezembro de 2017. Serão excluídos pacientes

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campusarcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (51)3107-1947 **E-mail:** cepfsurb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.905.441

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO2.pdf	17/11/2019 20:56:22	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	DODFFABRICIODUARTE.pdf	17/11/2019 20:45:00	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO2.docx	17/11/2019 20:44:18	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	04/09/2019 14:35:21	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	04/09/2019 14:33:45	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5TermoConcordancia.doc	04/09/2019 14:21:56	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	2TermoRespCompromPesq.doc	04/09/2019 14:16:59	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	1cartaencaminhamento.docx	04/09/2019 14:15:54	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	6DISPENSATCLE.pdf	04/09/2019 14:14:05	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	6DISPENSATCLE.docx	04/09/2019 14:11:59	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnaCristinadosSantos.pdf	28/08/2019 11:53:13	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	FabioFerreiraAmorim.pdf	28/08/2019 11:48:51	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folharosto19.pdf	28/08/2019 08:57:32	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaencaminhprojeto.pdf	23/08/2019 20:58:55	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMORESPONSABILIDADE.pdf	23/08/2019 15:37:34	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOCONCORDANCIA.pdf	23/08/2019 15:37:13	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSATCLE.pdf	23/08/2019 15:34:12	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsub@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.905.441

e Dezembro/2017. Se for o caso, atualizar o cronograma.

Resposta: Informa que "Após aprovação do CEP os pacientes serão selecionados com base no livro de registro de admissão na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Taguatinga e no prontuário eletrônico Trackcare da Secretaria de Saúde do Distrito Federal" pag. 10 primeiro parágrafo".

ANÁLISE: O cronograma prevê coleta de dados em janeiro e fevereiro de 2020 e informa que "pesquisa está aguardando a aprovação do comitê de ética para coleta dados e o cronograma atualizado acrescentado", conforme consta nos documentos "CRONOGRAMA2.pdf". Contudo, o cronograma do projeto da Plataforma Brasil não foi atualizado. PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA

RESPOSTA: GRAVADO NO PB INFORMAÇÕES BÁSICAS E COLOCADO CRONOGRAMA ATUALIZADO NO ARQUIVO CRONOGRAMA 2020 COM EXTENSÃO PARA WORD E PDF.

ANÁLISE: O cronograma foi atualizado no documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1376897.pdf", postado em 27/02/2020, página 5 de 9, item "Cronograma de Execução" e em acordo com o documento "CRONOGRAMA2020.docx", postado em 31/01/2020. PENDÊNCIA ATENDIDA

3. No documento "TERMOCONCORDANCIA.pdf" consta a assinatura da Chefia responsável pela UTI-HRT em nome do médico Fabrício D. Caires (CRM-DF 12.689). Contudo, o carimbo apresentado informa sua função como médico Neurologista/Medicina Intensiva. Solicita-se apresentar o carimbo referente à chefia do setor.

Resposta: Pesquisadora informa que "Contactado Senhor Fabrício Duarte Caires referiu que não tem carimbo de acordo com a exigência do CEP. Em anexo diário oficial da nomeação do Dr Fabrício Duarte Caires como médico chefe responsável pela UTI no DODF do 07/12/2017 Seção 1 página 25.

ANÁLISE: Constata-se documento anexo na plataforma brasil informando a nomeação do médico Fabrício Duarte Caires como médico chefe responsável pela UTI no DODF do 07/12/2017 Seção 1 página 25. PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Solicita-se descrever detalhadamente metodologia de anonimização dos participantes considerando que pretende-se utilizar banco de dados retrospectivo. No projeto consta que para minimizar os riscos de exposição dos dados "os computadores utilizados para coleta de dados estarão sem acesso a internet e garantia de sigilo determinada pela resolução 466/12 do Conselho

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.905.441

31/01/2020.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 3.656.049 e 3.794.289:

1. Solicita-se descrever detalhadamente metodologia de anonimização dos participantes considerando que pretende-se utilizar banco de dados retrospectivo. No projeto consta que para minimizar os riscos de exposição dos dados "os computadores utilizados para coleta de dados estarão sem acesso a internet e garantia de sigilo determinada pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)". No entanto, faz-se necessário melhor especificação e detalhamento da metodologia para garantir anonimato dos dados e banco gerado para a pesquisa em si.

RESPOSTA: Realizado ajuste conforme texto: "O estudo pode apresentar o risco de exposição dos dados coletados e bem como apontar limitações na política de regulação na prática da judicialização, no qual será realizado reuniões e simpósios para discussão e tratamento desse risco. Estes riscos poderão ser minimizados, os computadores utilizados para coleta de dados terão senhas individuais só quem tem acesso é o pesquisador e este estarão sem acesso a internet, os dados gerados pela coleta serão gravados em pendrive com código de segurança e os pacientes serão anonimizados com numeração decrescente de coleta de dados, no intuito de garantir sigilo preconizado pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)".

ANÁLISE: Constata-se revisão do texto no Projeto, conforme primeiro parágrafo Pag 12 do

PROJETO2.pdf. A atualização não foi realizada no "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1376897.pdf". PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA

RESPOSTA: GRAVADO NO PB INFORMAÇÕES BÁSICAS

ANÁLISE: O texto foi atualizado no documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1376897.pdf", postado em 27/02/2020, página 4 de 9, item "Riscos". PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Na metodologia consta que "Os pacientes foram selecionados com base no livro de registro de admissão na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Taguatinga e no prontuário eletrônico Trackcare da Secretaria de Saúde do Distrito Federal". Solicita-se esclarecer em que etapa encontra-se a pesquisa, considerando o recorte previsto para o período entre Agosto/2014

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsurb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.905.441

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: "O estudo pode apresentar o risco de exposição dos dados coletados e bem como apontar limitações na política de regulação na prática da judicialização, no qual será realizado reuniões e simpósios para discussão e tratamento desse risco. Estes riscos poderão ser minimizados, os computadores utilizados para coleta de dados terão senhas individuais só quem tem acesso é o pesquisador e este estarão sem acesso à internet, os dados gerados pela coleta serão gravados em pendrive com código de segurança e os pacientes serão anonimizados com numeração decrescente de coleta de dados, no intuito de garantir sigilo preconizado pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)."

Benefícios: "Esta pesquisa servirá como subsídio teórico para delineamento nas tomadas de decisões judiciais e ainda para a Gestão de leitos da Secretaria de Saúde do Estado, auxiliando na elaboração de políticas públicas de saúde e ainda otimização de recursos em Terapia Intensiva do DF e dos Tribunais de Justiça".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de pesquisa do Programa de Pós graduação da Faculdade de Ciências da Saúde do Doutorado interinstitucional (DINTER) de Ana Cristina dos Santos, sob orientação do Prof. Fábio Ferreira Amorim.

O Orçamento previsto de R\$ 6.756,40 (custeio, transporte e Publicação Internacional A1).

Coleta de dados, prevista para meses 9 e 10/2019, porém informa que ocorrerá somente após aprovação do CEP.

No documento "TERMOCONCORDANCIA.pdf" consta assinatura da Chefia responsável pela UTI-HRT em nome do médico Fabrício D. Caires (CRM-DF 12.689/médico Neurologista/Medicina Intensiva) e chefe da UTI-HRT desde 7/12/2017, conforme DOU 233, p.25.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

- 1- Informações Básicas do Projeto: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1376897.pdf", postado em 27/02/2020.
- 2- Carta de respostas às pendências apontadas no Parecer consubstanciado No. 3.794.289: versão editável em "CARTARESPPOSTAPENDENCIASCEP.docx", postado em 27/02/2020, e versão assinada e digitalizada em "CCF\_000005.pdf", postado em 31/01/2020.
- 3- Cronograma ATUALIZADO: versão editável em "CRONOGRAMA2020.docx", postado em

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Ass Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsub@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.905.441

(lactato sérico, glicemia, sódio sérico, potássio sérico, hematócrito, leucograma, creatinina sérica, pH arterial, pressão arterial de oxigênio, excesso de base no sangue arterial, bicarbonato no sangue arterial e saturação arterial de oxigênio).3.6. Análise dos dados: O grupo de pacientes serão divididos em 2 grupos de acordo com a internados por determinação judicial (GJ) e referidos pela Central de Regulação de Leitos de UTI da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e sem determinação judicial (GSJ).As variáveis serão analisados no Programa Statistical Software Package for Social Sciences 20.0 for Mac (SPSS 20.0 for Mac). Os dados categóricos serão expressos em números absolutos e porcentagem. Já os dados numéricos serão apresentados em média (desvio-padrão) ou mediana (interquartil) se apresentarem distribuição normal ou não, respectivamente. A estatística univariada será feita por teste T de student e qui quadrado (ou outros, se necessário). Já a estatística multivariada será feita por regressão logística multivariada e regressão linear múltipla (ou outros, se necessário). Assim, a avaliação por métodos estatísticos apropriados ocorrerá com o intuito de responder aos objetivos deste estudo A significância estatística”.

“Critérios de Inclusão: Todos pacientes admitidos na UTI Adulto do Hospital Regional de Taguatinga no período do estudo.

Critérios de Exclusão: Serão excluídos pacientes procedentes ou transferidos para outras unidades de terapia intensiva no período do estudo.”

**Objetivo da Pesquisa:**

“Objetivo Geral: Analisar o perfil demográfico e desfechos dos pacientes que necessitaram de determinação judicial para ter acesso à internação em uma UTI de hospitais públicos do Distrito Federal (DF).

Objetivos Específicos: Comparar o tempo de internação e a mortalidade na unidade de terapia intensiva e hospitalar para os pacientes com determinação judicial e sem judicialização; Correlacionar a necessidade de determinação judicial para admissão na UTI ao tempo de internação na Unidade; Correlacionar a necessidade de determinação judicial para admissão na UTI e as categorias diagnósticas à mortalidade; Identificar condições em que a necessidade de determinação judicial para admissão na UTI é crucial como determinante de mortalidade e complicações; Analisar a necessidade de determinação judicial para admissão na UTI como um fator preditivo independente de mortalidade; Comparar a prevalência dos graus de prioridades estabelecidos pela Central de Regulação de Leitos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal nos diferentes grupos etários”.

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsurb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.905.441

que vieram ou foram transferidos para outras unidades de terapia intensiva. Espera-se que os resultados vá contribuir para um tema que afeta principalmente os países subdesenvolvidos, contribuindo para delimitação de estratégias para minimização da problemática e otimização dos recursos financeiros, alocando melhor esses recursos."

Amostra prevista: 311

**Metodologia Proposta:** "Estudo de coorte retrospectivo que será realizado em pacientes internados na UTI adulto do Hospital Regional de Taguatinga no período entre Agosto/2014 e Dezembro/2017.3.2. Local: Os dados serão coletados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), que possui 10 leitos. O HRT é um hospital público de nível secundário ou especialidade de média complexidade, que faz parte da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) possuindo 100% dos leitos pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), que tem 343 leitos ativos com as seguintes especialidades cardiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia, endoscopia, Fisioterapia, Gastroenterologia, Ginecologia, Nefrologia, Neurologia, Odontologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pequenas Cirurgias, Pneumologia, Proctologia, Urologia e Tisiologia, e 22 ambulatórios. 3.3. Sujeitos da pesquisa e amostra: A amostra será consecutiva composta pelos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Regional de Taguatinga no período do estudo. Após aprovação do CEP os pacientes serão selecionados com base no livro de registro de admissão na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Taguatinga e no prontuário eletrônico Trackcare da Secretaria de Saúde do Distrito Federal" pag. 10 primeiro parágrafo. Após acessar todos os pacientes elegíveis para pesquisa, será realizada a coleta dos dados por meio de formulários eletrônicos disponíveis no endereço (Anexos A e B). A equipe de pesquisa é composta pela pesquisadora e acadêmicos do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde. Serão coletados e analisados os seguintes dados relativos a cada paciente: idade, sexo, peso, altura, diagnósticos principal e secundário, necessidade de determinação judicial para admissão na UTI, grau de prioridade para internação determinado pela Central de Regulação de Leitos da SES-DF, escore de gravidade APACHE II, 12 comorbidades (diabetes mellitus, doença renal crônica, neoplasia e síndrome da imunodeficiência adquirida), disfunções orgânicas por meio do escore SOFA (do inglês, Sequential Organ Failure Assessment), tipo de internação (médica ou cirúrgica), tempo de uso de ventilação mecânica, necessidade de traqueostomia para desmame do suporte ventilatório, tempo de permanência na UTI e mortalidade. Serão ainda avaliados resultados de marcadores laboratoriais

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61) 3107-1047

**E-mail:** cepfcurb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PÚBLICA DO DISTRITO

**Pesquisador:** ANA CRISTINA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 20900619.2.0000.0030

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE SAÚDE - FS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.905.441

#### Apresentação do Projeto:

"Resumo: O financiamento insuficiente e o déficit na oferta de serviços provocam um fenômeno chamado judicialização que é caracterizado pelos cidadãos apelarem ao poder judiciário a fim de obter acesso a serviços de saúde, tais como leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e medicações de alto custo. Respaldados na Constituição Federal, muitos indivíduos recorrem ao poder judiciário para ter acesso a seus direitos, sobrepondo muitas vezes o direito individual sobre o direito coletivo. Resolve aparentemente um conflito, mas cria outro à medida que afeta a lógica das políticas públicas criando uma situação anômala, sem estrutura lógica e prática no qual o formulador e executor das políticas pública precisar remanejar recursos para onde ainda não havia sido determinado diante do panorama apresentado por indicadores de saúde. Isso pode resultar em um Judiciário que decide politicamente sem a estrutura necessária para atuar com a lógica, o ritmo e a prática do sistema político, formulador e executor das políticas públicas. Esse fenômeno tem sido frequente no momento da alocação de pacientes em leitos de unidades de terapia intensiva (UTI), tendo em vista a elevada demanda e a falta de leitos disponíveis para pacientes críticos. Desse modo, o objetivo do estudo é analisar o perfil demográfico e os desfechos dos pacientes que necessitaram de determinação judicial para ter acesso à internação em uma UTI de hospital público do Distrito Federal (DF). Trata-se de um estudo coorte retrospectivo, a ser realizado no Hospital Regional de Taguatinga. A amostra será composta por todos pacientes internados na UTI no período de Agosto de 2014 a Dezembro de 2017. Serão excluídos pacientes

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsurb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.905.441

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

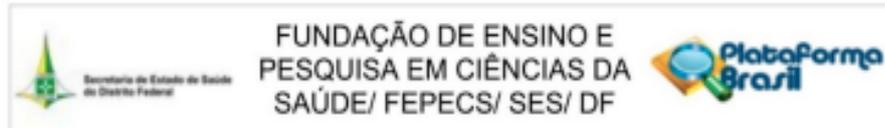
BRASÍLIA, 09 de Março de 2020

---

**Assinado por:**  
**Marie Togashi**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Ass Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Perfil epidemiológico dos pacientes judicializados internados na UTI da rede pública do Distrito Federal

**Pesquisador:** ANA CRISTINA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15588119.7.0000.5553

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.575.348

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo unicêntrico do grupo de pesquisa da JUSDESCS. O subfinanciamento e déficit na oferta de serviços provoca um fenômeno chamado judicialização que caracteriza pelo cidadãos apelarem ao poder judiciário a fim de obter acesso aos serviços de saúde."

#### Hipótese:

"Na UTI tem um número elevado de pacientes críticos e muito deles precisam de vaga para terapêutica crítica o que ocasiona o aumento da mortalidade e piora o prognóstico fato que prolonga o tempo de internação do paciente, e os pacientes judicializados sofrem a ação do tempo para sua internação imediata, pois é um paciente em risco de morte iminente. O perfil epidemiológico ajudaria discriminar os fatores que interferem ou até aumenta a gravidade e a mortalidade desses pacientes críticos."

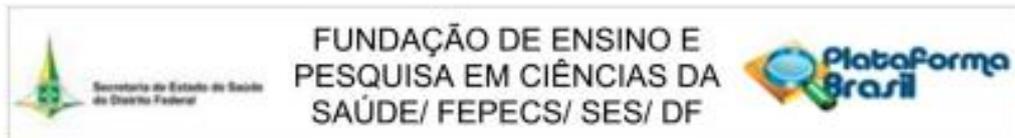
#### Critério de Inclusão:

"Serão incluídos pacientes adultos judicializados, de 18 à 80 anos, internados em Unidade de Terapia Intensiva do DF de janeiro de 2016 a dezembro de 2018."

#### Critério de Exclusão:

"Serão excluídos os pacientes internados na rede privada sem judicialização e os processos judiciais duplicados."

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.575.349

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

"Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes judicializados internados na UTI da rede pública do DF."

Objetivo Secundário:

"Analisar as variáveis epidemiológicas (sexo, idade, região, tipo de prioridade, tipo"

"Identificar os hospitais e as regiões administrativas que mais promovem a judicialização."

"Identificar as varas que mais promovem a judicialização."

"Levantar taxa de mortalidade dos pacientes graves judicializados"

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

"O estudo pode apresentar o risco de exposição dos dados coletados e bem como apontar limitações na política de regulação na prática da judicialização. Estes riscos poderão ser minimizados, nos computadores utilizados para coleta de dados estarão sem acesso a internet e garantia de sigilo determinada pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Quanto risco ao de limitação na política de regulação serão

abordado junto a Regulação onde será gerado um relatório para a Central de regulação apontando as principais limitações e como solucionar do ponto de vista do gestor e pesquisadores."

Benefícios:

"Esta pesquisa servirá como subsídio teórico para delimitação nas tomadas de decisões judiciais e ainda para a Gestão de leitos da Secretaria de Saúde do Estado, auxiliando na elaboração de políticas públicas de saúde e ainda otimização de recursos em Terapia Intensiva do DF e dos Tribunais de Justiça"

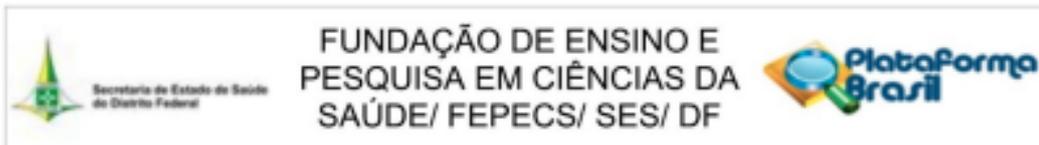
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo com abordagem quantitativa.

O Parecer Consubstanciado nº3.466.335 apontou a seguinte pendência:

1) Justificar como irá se minimizar o risco de "apontar limitações na política de regulação na prática da judicialização" citada no referido tópico pela equipe de pesquisa. ATENDIDA

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.575.349

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- FOLHA DE ROSTO E TERMO DE ANUÊNCIA DE ACORDO;
- TERMO DE ENCAMINHAMENTO E COMPROMISSO DE ACORDO;
- HIPÓTESE E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ACORDO
- DISPENSA DE TCLE DE ACORDO;
- RISCOS E BENEFÍCIOS E FORMA DE MINIMIZAR OS RISCOS DE ACORDO;
- CURRÍCULOS APRESENTADOS;
- PLANILHA DE ORÇAMENTO DE ACORDO;
- CRONOGRAMA DE ACORDO: 02/09/2019 À 31/10/2019.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- PROJETO APROVADO -

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1259616.pdf	05/08/2019 18:57:08		Aceito
Outros	resposta.pdf	05/08/2019 18:54:42	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	cartarespostapendencia3.pdf	05/08/2019 18:49:56	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/08/2019 17:21:53	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	JUDICOATUALIZADO.doc	04/08/2019 17:20:50	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	cartapendencia1.pdf	13/06/2019 10:34:50	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

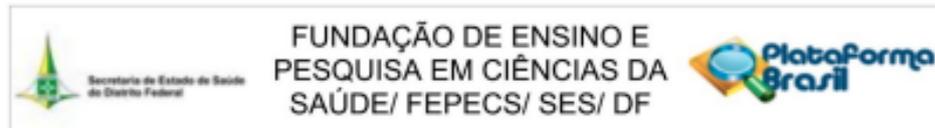
**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



FUNDAÇÃO DE ENSINO E  
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 3.575.349

Outros	dispensatcleSES.pdf	05/06/2019 11:29:32	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ENCAMINHAMENTOCOMPROMISSO.docx	05/06/2019 10:57:21	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensaTCLEIHB.docx	05/06/2019 10:45:11	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	17/05/2019 18:39:08	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMOCOMPROMISSOCONFIABILIDADEIHBDF.jpg	15/05/2019 18:33:51	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CurriculoMesclado.pdf	15/05/2019 18:20:16	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	todos termos assinados.pdf	14/05/2019 20:20:17	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	01/12/2018 19:58:34	VIRGILIO LUIZ MARQUES DE MACEDO	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	01/12/2018 19:56:16	VIRGILIO LUIZ MARQUES DE MACEDO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 22 de Setembro de 2019

Assinado por:  
**Laíza Magalhães de Araújo**  
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

## ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

INSTITUTO DE GESTÃO  
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO  
DISTRITO FEDERAL & IGESDF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Perfil epidemiológico dos pacientes judicializados internados na UTI da rede pública do Distrito Federal

**Pesquisador:** ANA CRISTINA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 15588119.7.3006.8153

**Instituição Proponente:** INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL -IHBDf

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.629.253

#### Apresentação do Projeto:

Destacando que a judicialização consiste em fenômeno de país subdesenvolvido, o presente estudo é relevante para identificar o perfil de pacientes que mais buscam o judiciário e suas circunstâncias, bem como, propiciar a construção do conhecimento para a busca de soluções que ampliem o acesso aos pacientes graves e diminuam a demanda de judicialização.

Na UTI tem um número elevado de pacientes críticos e muito deles precisam de vaga para terapêutica crítica o que ocasiona o aumento da mortalidade e piora o prognóstico fato que prolonga o tempo de internação do paciente, e os pacientes judicializados sofrem a ação do tempo para sua internação imediata, pois é um paciente em risco de morte eminente. O perfil epidemiológico ajudaria discriminar os fatores que interferem ou até aumenta a gravidade e a mortalidade desses pacientes críticos.

#### Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes judicializados internados na UTI da rede pública do DF.

ESPECÍFICOS

• Analisar as variáveis epidemiológicas( sexo, idade, região, tipo de prioridade, tipo de comorbidade, etc) quanto aos pacientes judicializados.

**Endereço:** SMHS Quadra 101 - Área Especial - Hospital de Base do DF

**Bairro:** ASA SUL

**CEP:** 70.335-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (51)3315-1675

**E-mail:** cep.hbdf@gmail.com

INSTITUTO DE GESTÃO  
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO  
DISTRITO FEDERAL & IGESDF



Continuação do Parecer: 3.629.253

- Identificar os hospitais e as regiões administrativas que mais promovem a judicialização.
- Identificar as varas que mais promovem a judicialização.
- Levantar taxa de mortalidade dos pacientes graves judicializados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS**

O estudo pode apresentar o risco de exposição dos dados coletados e bem como apontar limitações na política de regulação na prática da judicialização. Estes riscos poderão ser minimizados, nos computadores utilizados para coleta de dados estarão sem acesso a internet e garantia de sigilo determinada pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Quanto risco ao de limitação na política de regulação serão abordado junto a Regulação onde será gerado um relatório para a Central de regulação apontando as principais limitações e como solucionar do ponto de vista do gestor e pesquisadores.

**BENEFÍCIOS**

Esta pesquisa servirá como subsídio teórico para delineamento nas tomadas de decisões judiciais e ainda para a Gestão de leitos da Secretaria de Saúde do Estado, auxiliando na elaboração de políticas públicas de saúde e ainda otimização de recursos em Terapia Intensiva do DF e dos Tribunais de Justiça .

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa se mostra relevante do ponto de vista acadêmico e de assistência.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

resposta.pdf

cartarespostapendencia3.pdf

JUDICOATUALIZADO.doc

cartapendencia1.pdf 13/06/2019 10:34:50 ANA CRISTINA DOS SANTOS Pesquisador Principal

Outros dispensatcleSES.pdf 05/06/2019 11:29:32 ANA CRISTINA DOS SANTOS

**Endereço:** SMHS Quadra 101 - Área Especial - Hospital de Base do DF

**Bairro:** ASA SUL

**CEP:** 70.335-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3315-1675

**E-mail:** cep.hbdf@gmail.com

**INSTITUTO DE GESTÃO  
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO  
DISTRITO FEDERAL & IGESDF**



Continuação do Parecer: 3.629.253

Pesquisador Principal

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência dispensaTCLEIHB.docx 05/06/2019 10:45:11 ANA CRISTINA DOS SANTOS Pesquisador Principal

Outros TERMOCOMPROMISSOCONFIABILIDADEIHBDF.jpg 15/05/2019 18:33:51 ANA CRISTINA DOS SANTOS Pesquisador Principal

Outros CurrículoMesclado.pdf 15/05/2019 18:20:18 ANA CRISTINA DOS SANTOS Pesquisador Principal

Outros todostermosassitados.pdf 14/05/2019 20:20:17 ANA CRISTINA DOS SANTOS Pesquisador Principal

Outros Instrumento.pdf 01/12/2018 20:56:16

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O colegiado deliberou pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - CEP/IGESDF, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, Resolução CNS 510/16 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, em reunião realizada no dia 02/10/2019, deliberou pela "APROVAÇÃO" do presente protocolo de pesquisa.

O pesquisador deve seguir o disposto no item recomendações e demais aspectos éticos vigentes, emitindo relatórios parciais semestrais e final sucinto quando da conclusão do projeto, por meio de notificação, via Plataforma Brasil. Além disso, deve seguir o protocolo como apresentado e aprovado.

Qualquer alteração que seja feita, inclusive se houver necessidade de interrupção da pesquisa, também deve ser imediatamente comunicada ao CEP/IGESDF, via Plataforma Brasil.

O CEP-IGESDF ressalta a necessidade do desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos incisos XI.1 e XI.2 da Resolução nº 466/12 CNS/MS concernente às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

XI.1 – A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

**Endereço:** SMHS Quadra 101 - Área Especial - Hospital de Base do DF  
**Bairro:** ASA SUL **CEP:** 70.335-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3315-1675 **E-mail:** cep.hbdf@gmail.com

**INSTITUTO DE GESTÃO  
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO  
DISTRITO FEDERAL & IGESDF**



Continuação do Parecer: 3.629.253

XI.2 – Cabe ao pesquisador:

[...]

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Observações:

- 1) O pesquisador deverá encaminhar uma cópia desse parecer à Diretoria de Ensino e Pesquisa do IGESDF e aos setores onde serão realizados a pesquisa.
- 2) O pesquisador deverá manter uma cópia desse parecer, em mãos, para eventuais consultas sempre que estiver realizando alguma etapa da pesquisa.
- 3) Qualquer alteração no projeto aprovado, como cronograma, alteração de título, inclusão de pesquisadores associados e etc., deverá ser solicitada ao CEP/IGESDF através de emenda, conforme modelo disposto na intranet e/ou site do IGESDF, via Plataforma Brasil;
- 4) Os relatórios parciais deverão ser encaminhados a cada SEIS MESES, após a aprovação do protocolo.
- 5) Protocolos aprovados com cronograma menor que seis meses será necessário encaminha somente relatório final;
- 6) O pesquisador responsável deverá encaminhar o relatório final por meio de notificação de evento, via plataforma Brasil, em até 60 dias após o término da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	resposta.pdf	05/08/2019 18:54:42	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	cartarespostapendencia3.pdf	05/08/2019 18:49:56	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito

**Endereço:** SMHS Quadra 101 - Área Especial - Hospital de Base do DF  
**Bairro:** ASA SUL **CEP:** 70.335-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-1675 **E-mail:** cep.tbdf@gmail.com

INSTITUTO DE GESTÃO  
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO  
DISTRITO FEDERAL & IGESDF



Continuação do Parecer: 3.629.253

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	JUDICOATUALIZADO.doc	04/08/2019 17:20:50	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	cartapendencia1.pdf	13/06/2019 10:34:50	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	dispensatcleSES.pdf	05/06/2019 11:29:32	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensaTCLEIHB.docx	05/06/2019 10:45:11	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMOCOMPROMISSOCONFIABILID ADEIHBDF.jpg	15/05/2019 18:33:51	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	CurriculoMesclado.pdf	15/05/2019 18:20:16	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	todosstermosassiadocs.pdf	14/05/2019 20:20:17	ANA CRISTINA DOS SANTOS	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	01/12/2018 19:56:16	VIRGILIO LUIZ MARQUES DE MACEDO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASÍLIA, 08 de Outubro de 2019

Assinado por:  
Juliana Frossard Ribeiro Mendes  
(Coordenador(a))

Endereço: SMHS Quadra 101 - Área Especial - Hospital de Base do DF  
Bairro: ASA SUL CEP: 70.335-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3315-1675 E-mail: cep.hbdf@gmail.com

## ANEXO D – Portaria nº 199, de 06 de agosto de 2015



### PORTARIA Nº 199, DE 06 DE AGOSTO DE 2015.

Atualiza as disposições da Portaria SES/DF nº 41, de 30 de agosto de 2006 e dá outras providências.

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

Considerando a Portaria SES/DF nº 189, de 07 de outubro de 2009, que institui o Complexo Regulador do Distrito Federal - CRDF, responsável pela regulação dos serviços de saúde do SUS/DF;

Considerando a Portaria SES/DF nº 187, de 18 de novembro de 2010, que normatiza os critérios para remoção de pacientes após alta médica nas unidades de terapia intensiva da rede SES/DF; Considerando a Portaria SES/DF nº 16, de 13 de fevereiro de 2012, que institui a Autoridade Gestora de Leitos Hospitalares (AGLH) e dá outras providências;

Considerando a Portaria SES/DF nº 34 de 20 de fevereiro de 2014, que institui o Núcleo Gestor de Leitos (NGL) nos hospitais da rede SES/DF, unidade de interface com as Centrais de Regulação responsável pela apresentação do perfil de complexidade da assistência prestada pela instituição, RESOLVE:

Art. 1º - Atualizar as disposições da Portaria SES/DF nº 41, de 30 de agosto de 2006, e dar outras providências.

Art. 2º - Determinar que a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), unidade orgânica do Complexo Regulador do DF, estará subordinada à Gerência de Regulação de Internação Hospitalar (GERIH), da Diretoria de Regulação (DIREG), vinculada à Subsecretaria de Planejamento, Avaliação e Controle (SUPRAC).

Art. 3º - Determinar que a ampliação do escopo de regulação da CRIH será disposta por publicações oficiais.

Art. 4º - Definir que a CRIH funcionará ininterruptamente, durante 24 horas por dia, sete dias por semana.

§ 1º - A equipe da CRIH será composta por médicos reguladores e enfermeiros controladores, os quais trabalham em regime ininterrupto nas dependências do Complexo Regulador do DF, e por médicos supervisores e enfermeiros analísadores, os quais possuem a jornada de trabalho em horário comercial e dias úteis, devido à respectiva natureza do serviço.

Art. 5º - Definir as atribuições da equipe da CRIH da SES/DF:

I - Aos médicos reguladores caberá:

- a) Analisar a solicitação de internação hospitalar;
- b) Solicitar, quando as informações forem insuficientes e sempre que necessário, a complementação de dados constantes no formulário - Solicitação de Internação Hospitalar, por meio de contato telefônico ou via prontuário eletrônico do paciente (PEP), quando se tratar de unidade de saúde informatizada;
- c) Priorizar os pacientes inscritos na fila eletrônica de espera por leitos, conforme os critérios vigentes de priorização estabelecidos pela SES/DF;
- d) Autorizar a internação dos pacientes que atenderem aos critérios de admissão, conforme as necessidades clínicas e suporte requerido;
- e) Redefinir prioridades assistenciais dos serviços de saúde, de modo a garantir assistência a pacientes críticos, podendo, se necessário, postergar a execução de procedimentos eletivos.

II - Aos enfermeiros controladores caberá:

- a) Monitorar os leitos hospitalares sob regulação da CRIH (vagas, admissões, altas, óbitos, bloqueios) e controlar a atualização das informações de todas as internações sob regulação a cada seis horas ou sempre que necessário;

b) Monitorar as transferências intra e inter-hospitalares;

c) Monitorar a permanência de pacientes nas unidades após a indicação de alta médica.

III - Aos médicos supervisores caberá:

- a) Acompanhar, mediante realização de visitas diárias, a internação e tratamento dos pacientes admitidos nas unidades de terapia intensiva contratadas pela rede SES/DF;
- b) Autorizar, previamente, a realização de procedimentos e a utilização de medicamentos de alto-custo para os pacientes internados nas unidades de terapia intensiva contratadas pela rede SES/DF;
- c) Visitar, sob demanda da CRIH, pacientes internados em UTIs de hospitais privados do DF, a fim de avaliar a necessidade de terapia intensiva e de transferência para hospital da Rede SES;
- d) Solicitar, sempre que indicada, a transferência de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva dos estabelecimentos assistenciais de saúde particulares para os hospitais da rede SES/DF, próprios, conveniados ou contratados;
- e) Fornecer, sempre que solicitado pela CRIH, informações sobre os pacientes internados nas Unidades Executantes e Solicitantes.

IV - Aos enfermeiros analísadores caberá:

- a) Realizar, in loco, análise das contas hospitalares relativas aos pacientes internados sob regulação nos hospitais contratados pela rede SES/DF.

Art. 6º - Determinar que o fluxo operacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF obedecerá às seguintes deliberações:

§ 1º - Todas as solicitações de internação em leitos sob regulação deverão ser feitas à CRIH da SES/DF, por meio do formulário de Solicitação de Internação Hospitalar, via sistema informacional de regulação vigente.

§ 2º - As solicitações de internação hospitalar deverão observar os critérios técnicos para admissão e alta da SES/DF.

§ 3º - Os critérios para admissão, internação, alta e transferência de pacientes na rede SES/DF obedecerão às diretrizes técnicas estabelecidas e divulgadas a cada atualização pelas Coordenações Técnicas de Unidades e Especialidades.

§ 4º - A internação de pacientes de alta de UTI em leitos gerais deverá ocorrer de forma prioritária em relação a pacientes das salas de recuperação pós-anestésica e dos prontos-socorros, respectivamente.

§ 5º - Os pacientes que receberem alta médica das UTIs ou UCIs deverão ser transferidos à enfermaria do hospital onde se encontram internados, levando em consideração as necessidades clínicas, até que outro leito seja disponibilizado no hospital de origem ou naquele que disponha do suporte exigido à continuidade de tratamento do paciente.

§ 6º - Nos casos de necessidade de contra referência para enfermaria de outra regional de saúde, cabe ao Núcleo Gestor de Leitos (NGL) do hospital onde o paciente está internado fazer contato com o NGL do hospital que dispõe do suporte necessário para que se responsabilizem pela remoção e internação do paciente.

Art. 7º - Definir que o processo de regulação de internação hospitalar da SES/DF obedecerá aos princípios do SUS, com a finalidade de prover acesso equânime, ordenado, oportuno e qualificado aos usuários dos serviços de saúde, de modo a disponibilizar a melhor alternativa terapêutica às suas necessidades.

Art. 8º - O não cumprimento do disposto nesta Portaria estará sujeito às sanções administrativas previstas aos servidores públicos.

Art. 9º - Ficam revogadas as disposições dos art. 3º; art. 7º, incisos I, alíneas a e c, inciso II; Art. 10, inciso I; art.15 da [Portaria SES/DF nº 41, de 30 de agosto de 2006](#).

Art. 10º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FABIO GONDIM PEREIRA DA COSTA

## ANEXO E – Portaria nº 200, de 06 de agosto de 2015



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

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

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

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

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

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

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

Considerando que as UTIs devem ser reservadas para aqueles pacientes com condições clínicas reativas, suscetíveis de se beneficiarem dos cuidados intensivos e que tenham perspectiva de recuperação;

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

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

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

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

Considerando as UTIs especializadas da Rede SES/DF: UTI Materna, UTI Coronariana, UTI Cirúrgica e UTI Neurotraumática;

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

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

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

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

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

Os critérios listados abaixo estão definidos com base no modelo de PRIORIZAÇÃO, o qual permite identificar: a) pacientes que mais serão beneficiados da admissão imediata na UTI; e b) pacientes que não serão beneficiados pela terapia intensiva, seja pela condição clínica que não justifica a necessidade de UTI ou ausência de perspectiva terapêutica.

#### CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO:

**PRIORIDADE 01** – Inclui os pacientes gravemente doentes, instáveis, com chances significativas de recuperação, os quais necessitam de monitorização e tratamento intensivo que não podem ser prestados fora da UTI. Esses tratamentos compreendem: suporte ventilatório invasivo e não invasivo, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou intervenções agudas. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir a terapêutica necessária.

#### CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLÓGICAS:

##### CARDIOVASCULAR

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

##### RESPIRATÓRIO

Pacientes clínicos ou cirúrgicos com Insuficiência Respiratória Aguda necessitando de ventilação mecânica invasiva; Síndrome do desconforto respiratório agudo; Edema Agudo de Pulmão requerendo suporte ventilatório; Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica; Hemoptise maciça.

##### NEUROLÓGICO

Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico nas primeiras 48h de evolução e com indicação de trombolise e/ou intervenção cirúrgica como craniectomia descompressiva; AVE hemorrágico com Glasgow <= a 8 pontos e/ou com indicação de tratamento cirúrgico; Coma metabólico tóxico ou anóxico; Hemorragia intracraniana com risco de hemiação; Hemorragia sub-aracnóide aguda; Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório; Hipertensão intracraniana; Pós-operatório do SNC; Trauma crânio encefálico grave; Vasoespasmo cerebral; Consulta de difícil controle; Morte encefálica de paciente doador de órgãos.

##### GASTROINTESTINAL

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

##### RENAL

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

##### ONCOHEMATOLÓGICO

Síndrome de lise tumoral.

##### ENDÓCRINO/METABÓLICO

Diabetes mellitus complicada; Distúrbios hidroeletrólitos e ácido-base graves; Crise tireoideia ou coma hipotireoideia com instabilidade hemodinâmica; Estado hiperosmolar com coma e/ou instabilidade hemodinâmica.

##### GINECO-OBSTÉTRICO

Eclâmpsia/Pré-Eclâmpsia Grave; Síndrome HELLP; Ectossite Aguda da Gravidez; Embolia por

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

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

Art. 1º Divulgar os critérios para admissão e alta em UTIs Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, convênios e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), constantes no ANEXO I;

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

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

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

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

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

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

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

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

**FABIO GONDIM PEREIRA DA COSTA**

ANEXO I - CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA

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

#### OUTROS

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

**PRIORIDADE 02** – Inclui pacientes sem instabilidade, mas que necessitam de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação e/ou potencial necessidade de intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estabelecido para estes pacientes.

#### CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLÓGICAS:

##### CARDIOVASCULAR

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

##### RESPIRATÓRIO

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

##### NEUROLÓGICO

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

##### GASTROINTESTINAL

Hemorria digestiva sem sinais de choque requerendo monitorização contínua.

##### RENAL

Insuficiência renal aguda sem urgência dialítica.

##### ENDÓCRINO/METABÓLICO

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

##### GINECO-OBSTÉTRICO

Cardiopatia e Gravidez; Cardiomiopatia Periparto; Pré-Eclâmpsia; Doença Tromboembólica do

Ciclo Gravídico Periperal.

#### OUTROS

Sepsis sem instabilidade hemodinâmica.

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

#### CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLÓGICAS:

##### ONCOHEMATOLÓGICO

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

##### NEUROLÓGICO

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

**PRIORIDADE 4:** Inclui pacientes que apresentam pouco ou nenhum benefício com a internação em UTI. Em regra, o tratamento intensivo não é recomendado para esses pacientes e, por isso deverão ser retirados da lista de espera por UTI pela CIH. Podem ser classificados como:

**PRIORIDADE 4A –** Pacientes com pouco ou nenhum benefício da admissão em UTI, devido à condição clínica não justificar internação em terapia intensiva. São aqueles pacientes que apresentam baixo risco de desconexão ou baixa necessidade de intervenção.

**CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:**

**VASCULAR**

Doença vascular periférica

ENDÓCRINO/METABÓLICO

Doença diabética hemodinamicamente estável.

**CARDIOLÓGICO**

Insuficiência cardíaca congestiva leve.

**RESPIRATÓRIO**

DPOC sem agudização do quadro.

**OUTROS**

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

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

**CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:**

**NEUROLÓGICO**

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

**ONCOHEMATOLÓGICO**

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

**OUTROS**

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

**OBSERVAÇÕES:** a idade, a presença de comorbidades e o escore prognóstico e de disfunção orgânica são fatores nas categorias 3 e 4. Os pacientes recusados para admissão na UTI apresentam taxa de mortalidade elevada e esta taxa permanece alta entre pacientes prioridades 3 e 4, mesmo quando estes são admitidos na UTI, denotando assim que esta internação não muda seu prognóstico.

**II. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI NEONATAL**

Os critérios de admissão em UTI Neonatal e UCIN aqui listados estão em conformidade com a Portaria GM/MS Nº 930 (30/05/2012).

**1. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO EM UTIN**

**INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA**

- RN com labilidade clínico-laboratorial, mas que não se encaixam nos critérios de UTIN.

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

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

**SÃO CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI**

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

- Estabilidade hemodinâmica sem uso de drogas vasoativas de qualquer natureza.

- Estabilidade respiratória com dependência de ventilação mecânica invasiva, traqueostomizado, sem modificações constantes nos parâmetros de ventilação quando houver indicação para o Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade "Home Care".

- Quando a necessidade de monitorização e cuidados intensivos não se fizer mais mandatória.

O Morte encefálica devidamente documentada em não doador de órgão;

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

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

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

**IV. CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI NEONATAL**

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

**1- UTI neonatal**

- Quando o estado clínico do paciente se estabilizou e a necessidade de monitoração e cuidado não é mais necessária ou pode ser executada em nível de menor complexidade;

- Quando o estado clínico do paciente deturpou e intervenções ativas não são mais planejadas, aplicando-se o princípio bioético de não maleficência;

- Nem todos os pacientes necessitam, após a alta da UTIN, serem transferidos a uma Unidade de Cuidados Intermediários. Eles podem progredir diretamente para Alojamento conjunto, domicílio ou Unidade de Pediatria, conforme o caso. Os critérios de alta da UTIN devem ser similares aos critérios de admissão em uma UCIN, quando disponíveis.

**2- UCIN CONVENCIONAL**

- RN estáveis, em condições para progredir para UCIN Canguru, Alojamento Conjunto ou alta hospitalar.

- Critérios de progressão para leito de UCIN Canguru:

- RN com peso maior do que 1250g e curva ponderal ascendente.

- RN em uso de sonda orogástrica ou nasogástrica para alimentação, já iniciando sucção no seio materno.

- RN em nutrição enteral plena e estáveis clinicamente.

- RN com patologias crônicas/neurológicas graves com dificuldade de sucção/deglutição e agendados para avaliação da necessidade de gastrostomia e/ou suporte nutricional via sonda enteral, com a mãe devidamente treinada para a manipulação da sonda e administração da dieta.

- RN estáveis, em tratamento com antimicrobiano para infecções congênicas específicas e inespecíficas.

**V. SITUAÇÕES ESPECIAIS EM NEONATOLOGIA**

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

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

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

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

**INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA**

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

- RN cuja pressão arterial está sustentada por drogas vasoativas;

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

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

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

**AGRAVOS NEUROLÓGICOS**

- Convulsões suberónticas;

-Afeita perinatal grave;

**OUTROS**

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

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

-RN que necessite de diálise peritoneal.

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

**2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO UCIN CONVENCIONAL**

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

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

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

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

- RN que necessite realizar procedimento de oxanguineotransfusão;

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

- RN submetido a procedimentos cirúrgicos de qualquer porte, estável clinicamente, durante o pós-operatório imediato.

- RN ansioso com risco de convulsões nas primeiras 24 horas de vida

- RN com malformações graves e estabilidade cardiorrespiratória, em espera de cirurgia;

- RN com cardiopatias compensadas sem possibilidade de permanência em alojamento conjunto e sem indicação de UTIN.

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

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

- Paciente com menos de 28 dias, egresso do domicílio, deve ser atendido no Pronto Socorro de Pediatria. Se houver necessidade de UTI, deverá ser solicitada regulação para UTI neonatal. Inexistindo necessidade de UTI, pode ser internado em enfermaria pediátrica, caso não haja disponibilidade de vaga em UCIN externa.

- Paciente com mais de 28 dias egresso do domicílio e com peso menor do que 2.500g deve ser discutido caso a caso, de acordo com peso, idade gestacional corrigida e a patologia que indicou a sua internação, se será internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou Pediátrica.

- Paciente com mais de 28 dias, menos de 2500g e IGPC<40s+6 dias, PODE retornar a uma UTI/UCIN neonatal, após cirurgia cardíaca, neurológica ou pediátrica geral.

- Paciente com mais de 28 dias, mais de 2500g e IGPC>40s+6 dias, internado na UCIN Externa do HMB esperando neurocirurgia de Drenagem Ventrículo-Peritoneal (DVP), poderá fazer o pós-operatório imediato da DVP na UTI Pediátrica, e retornar depois para a UCIN Externa ou para a enfermaria da pediatria para término de tratamento.

**2. Fluxo de Pacientes Cirúrgicos:**

- Pacientes com indicação de tratamento cirúrgico cardíaco, têm como referência aguardar leito para o ICDF preferencialmente nos hospitais HMIB, HRI e HIC, porém se o paciente necessitar suporte intensivo e houver falta de vaga nesses hospitais, ele poderá ser direcionado para leito de UTIN no HRS ou HRSM.

- Crianças avaliadas pelo pediatra/neonologista assistente, nos hospitais ditos secundários, como tendo indicação de procedimento cirúrgico não eletivo, NÃO necessitam de parecer ou contato prévio com a equipe de cirurgia para serem direcionados - a confirmação ou não da cirurgia dar-se-á pelo especialista com o paciente já direcionado, no leito executante;

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

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

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

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

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

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