

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

ANA PAULA CUSTÓDIO CARNEIRO

**JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS LEITOS PÚBLICOS DE UTI: UMA
EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

SANTOS/SP

2019

ANA PAULA CUSTÓDIO CARNEIRO

**JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS LEITOS PÚBLICOS DE UTI: UMA
EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, sob a orientação de: Prof. Dr. Marcelo Lamy.

SANTOS/SP

2019

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

344.04 Carneiro, Ana Paula C.

C287j Judicialização do acesso aos leitos públicos de uti: uma experiência da secretaria municipal de saúde de Goiânia / Ana Paula C. Carneiro.

- 2019.

109 n. de f.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Lamy

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília,
Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e
Coletivas, Santos, SP, 2019.

1. Secretaria Municipal de Saúde 2. Serviço Público de Saúde 3.
Judicialização 4. UTI. I. Lamy, Marcelo II. Judicialização do acesso aos leitos
públicos de uti: uma experiência da secretaria municipal de saúde de Goiânia.

Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta

ANA PAULA CUSTÓDIO CARNEIRO

**JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS LEITOS PÚBLICOS DE UTI: UMA
EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, sob orientação do Professor Dr. Marcelo Lamy.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Dr. Marcelo Lamy (orientador -Universidade Santa Cecília, Santos, SP)

Professor Dr. _____ (Instituição _____)

Professor Dr: _____ Instituição _____)

Data da Defesa: Santos, ____ de dezembro de 2019.

Resultado: _____

Para meus pais, Ilia e Ademar, pelos ensinamentos contínuos baseados no caráter, humildade e gratidão.

Para todos os profissionais da SMS Goiânia, independente da categoria, que se dedicam arduamente na defesa e evolução do SUS universal e equânime.

AGRADECIMENTO

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a uma boa guarida sem o prestimoso apoio de várias pessoas.

Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília pelos ensinamentos recebidos.

Em especial, sou grata ao Prof. Dr. Marcelo Lamy, meu orientador, por toda a compreensão e sentido prático, e por ter enriquecido a Capital Goiânia com seus exímios ensinamentos à frente do I Workshop de Regulação, e da Conferência Municipal de Saúde.

Aos Profs. Drs. Luciano Pereira de Souza e Patrícia Cristina Vasques de Souza Gorisch, que participaram de minha banca de qualificação, sou grata pela oportunidade de diálogo franco, abastadas de sugestões.

Ademais, meu agradecimento às senhoras Secretárias da Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Sandra Helena Aparecida de Araújo e Imaculada Scorza, que envidam esforços contínuos aos alunos que, como eu, residem em outros estados.

Agradeço a Prof.^a Dr.^a Fátima Mrué pelo incentivo constante, cujo saber acadêmico, sempre apurado, trouxe luz em muitos momentos de incertezas. Para além do suporte acadêmico, gratidão pelas inúmeras palavras de encorajamento, bem como por toda compreensão nos momentos em que precisei me fazer ausente.

À minha colega de curso sou grata por ter referenciado o curso, e, em especial, pelo incentivo dado antes das exposições dos trabalhos e seminários do mestrado. Sou sabedora de que sozinha não superaria os obstáculos. E, à sua mãe que sempre reservou um tempo para nos pedir proteção.

Ainda, agradeço, a meus colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia por todo o apoio e compreensão recebidos.

Por derradeiro, e não menos importante, uma palavra de afeto e imensa gratidão para com meus familiares, que suportaram todo um período conturbado sem perder a fé, e entenderam minhas ausências a fim de que fosse possível a elaboração do presente texto. A todos, muito obrigado!

RESUMO

A Constituição de 1988 inovou ao estabelecer a garantia fundamental do direito a saúde de cunho universal e obrigação estatal. O acesso à justiça é condição essencial para o exercício dos direitos de um cidadão. As interferências com viés judicial surgem nos próprios serviços de saúde ou são agravadas por estes. O impacto das decisões judiciais merece análises sistemáticas para futuras compreensões por parte do Poder Judiciário e do próprio Poder Executivo. Objetiva-se descrever os fluxos administrativos e judiciais utilizados para a concessão do leito público de UTI; analisar as características das decisões judiciais, de que modo impactam nos fluxos administrativos implantados, e ao final trazer uma proposta contributiva para a tomada de decisões. A rede de assistência do SUS se organiza de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência. Os princípios organizativos do SUS são objetos de estudo. O arcabouço jurídico é apresentado, a contar da Constituição Federal e perpassa pelas Lei Orgânica, Leis, Decretos Normas Operacionais Básicas, Portarias (Pactos pela Saúde, Consolidações, etc.), e Resoluções. Com respeito a autonomia de cada ente federativo, ao SUS é exigida uma dinâmica de funcionamento, por intermédio das pactuações entre si, exercidas pelos Conselhos e Comissões de todas as esferas. Sugestões e ações realizadas pelo CNJ frente a judicialização da saúde fazem parte do estudo. Para análise dos dados foi adotado um recorte transversal utilizando-se das demandas judiciais do ano de 2017, incidentes no ato regulatório médico de UTI. A estrutura e o funcionamento do Complexo Regulador e da Central de Regulação são trabalhados, o fluxo de entrada e tratamento das demandas administrativas e judiciais de UTI, também. A pesquisa é descritiva, com análise documental, valendo-se do IBGE, Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde Estadual e Municipal, da Central de Regulação Municipal, e bibliográfica com natureza qualitativa e quantitativa. Os dados e o trabalho estatístico foram tratados nas planilhas registradas no programa *Excel*. Os processos de transparência propiciaram um vasto acúmulo de material documental. O enfoque é no município de Goiânia, Estado de Goiás como fator limitante da amostra. A SMS Goiânia, no ano de 2017, registrou 471 unidades solicitantes, 21.495 solicitações de UTI, 846 decisões judiciais recebidas, do total 24% refere-se a UTI. Dos dados obtidos é possível inferir um caráter temerário do impacto da judicialização ao acesso integral e equânime, uma desigualdade imprime o desatendimento de situações emergenciais, comprometedoras da vida, assim como de urgências. Sob uma perspectiva de ordem pública, sugere-se, ante o direito fundamental de cada ser humano ao gozo dos serviços públicos de saúde, a elaboração de fluxos objetivos de regulação dos leitos de UTI, regulamentados e publicados, como exigência mínima de trabalho. E, a proposição de diretrizes judiciais que envolvem a concessão de mandados. As prioridades de acesso devem se dar unicamente por critérios clínicos normatizados e parametrizados pelo sistema informatização de regulação. Nos casos excepcionais, poderá ser disponibilizada a opção de priorização manual ao médico regulador.

PALAVRAS CHAVE: Secretaria Municipal de Saúde. Serviço Público de Saúde. Judicialização. UTI

ABSTRACT

The 1988 Constitution innovated by establishing the fundamental right to health, of universal nature and state obligation. Access to justice is an essential condition for the exercise of the rights of a citizen. Interferences with judicial bias arise or are aggravated by the health services themselves. The impact of court decisions merits systematic analysis for future understanding by the judiciary and the executive branch itself. The objective is to describe the administrative and judicial flows used to grant ICU public beds; analyze the characteristics of court decisions, how they impact the administrative flows implemented in the Regulation Center, and finally bring a contributory proposal for decision making. The SUS care network is organized in a regionalized and hierarchical manner, guaranteeing the principles of universality, equity and integrality of care, as provided for in the Organic Health Law. The organizational principles of SUS are the object of study. The legal framework is presented from the Federal Constitution and passes through the Laws, Basic Operating Standards Decrees, Ordinances (Health Pacts, Consolidations, etc.), and Resolutions. With respect to the autonomy of each federative entity, the SUS requires a dynamic of operation, through the agreements between them, exercised by the Councils and Commissions of all spheres. The study provides what suggestions and actions the CNJ has been taking to minimize the interference of judiciary. The data analyzed refer to the lawsuits of 2017, incidents in the medical regulatory act. The structure and operation of the Regulatory Complex and the Regulation Center are worked on, the flow of entry and treatment of the administrative and judicial demands of ICU, as well. The research is descriptive, with documentary analysis, using the IBGE, Ministry of Health, State and Municipal Health Secretariats, the Municipal Regulation Center, and bibliographic with qualitative and quantitative nature. Data and statistical work were treated in spreadsheets recorded in the Excel program. The transparency processes provided a vast accumulation of documentary material. The focus is on the municipality of Goiânia, Goiás State as a limiting factor of the sample. SMS Goiânia, in 2017, registered 471 requesting units, 21,495 ICU requests, 846 court decisions received, of the total 24% is about ICU. Although more studies should be undertaken in order to contribute to the discussion of the data obtained, it is possible to infer a recklessness of the impact of judicialization on full access, an inequality imprints on the neglect of life-threatening emergency situations, as well as of urgencies. From a public order perspective, it is suggested, in view of the fundamental right of every human being to the enjoyment of public health services, the elaboration of objective flows of regulation of ICU beds, regulated and published, as a minimum work requirement. Prioritization of access should be given solely by standardized clinical criteria and parameterized by the regulatory computerization system. In exceptional cases, the option of manual prioritization may be made available to the regulatory physician.

KEYWORDS: Municipal Health Secretariat. Public Health Service. Judicialization. "ICU"

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estrutura Institucional e decisória do SUS.....	12
Figura 2. Anexo I do Termo de Municipalização celebrado entre o estado de Goiás e a Prefeitura de Goiânia.	23
Figura 3. Estrutura Organizacional da Superintendência de Regulação e Políticas de Saúde da SMS Goiânia.	27
Figura 4. Tela inicial de solicitação de Internação.....	44
Figura 5. Tela de acesso à Internação.....	44
Figura 6. Tela referente a inserção de dados para a solicitação de UTI.	45
Figura 7. Tela de inserção de dados na AIH.	46
Figura 8. Tela referente a inserção de dados para a solicitação de UTI.	46
Figura 9. Tela referente a inserção de dados da AIH-Cota direta.....	48
Figura 10. Relatório da quantidade e tipos de leitos de UTI.	51
Figura 11. Percentual de diárias de UTI (2015 a 2107) da SMS Goiânia.....	52
Figura 12. Taxa de ocupação média por ano 2015 até 2017 da SMS Goiânia. ..	53
Figura 13. Intervalo de tempo entre a solicitação de internação até a sua confirmação.	53
Figura 14. Tempo entre a solicitação da vaga de UTI até a confirmação da vaga (mês de Setembro de 2018).	54
Figura 15. Quantidade de decisões judiciais recebidas pela SMS no ano de 2017.	57
Figura 16. Tempo Distribuição dos mandados judiciais no ano de 2017, por mês.	58
Figura 17. Distribuição dos Mandados Judiciais no ano de 2017, de acordo com o tempo concedido.	58
Figura 18. Quantidade de leitos em UTI habilitados, conforme o tipo de unidade – Brasil,	60
Figura 19. Comparativo do número internações em UTI pelo SUS, por faixa etária, SMS – de 2012 a 2016.....	60
Figura 20. Diárias de UTI em internações pelo SUS em Goiânia janeiro até outubro 2008 à 2018 por local de residência.....	64
Figura 21. Dados extraídos do SIOPS referente ao montante de recursos aplicados no 3º quadrimestre (jan. a abril) de 2019.....	74
Figura 22. Frequência de internação hospitalar no SUS, por Grupo de Procedimento, Goiânia/ Primeiro Quadrimestre (Janeiro a abril)/ Ano 2019. ...	75
Figura 23. Frequência de internação hospitalar no SUS, por Grupo de Procedimento, Goiânia/ Primeiro Quadrimestre (Janeiro a abril)/ Ano 2019. ...	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quantidade de municípios por estado e tipo de município segundo a NOB/93.	25
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. População estimada por sexo e faixa etária, Goiânia, 2017.....	55
Quadro 2. Área, População e densidade dos Municípios da Região de Saúde, ano 2017.	56
Quadro 3. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO II - Tipo Leito – Complementar – UTI ADULTO – TIPO II	61
Quadro 4. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA II	61
Quadro 5. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL II - Tipo de Leito – Complementar – UTI NEONATAL – TIPO II	62
Quadro 6. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA QUEIMADOS - Tipo de Leito – Complementar – UTI DE QUEIMADOS	62
Quadro 7. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - CORONARIANA.....	62
Quadro 8. Relação do quadro geral dos leitos de UTI na cidade de Goiânia....	62
Quadro 9. Municípios da Regional de Saúde Central regulados por Goiânia...	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C.R.F.B – Constituição Federal de 1988
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissões Intergestores Tripartite
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
D.O.M. – Diário Oficial do Município de Goiânia
HDA – Histórico do Diagnóstico da Doença
LOA – Lei Orçamentária Anual
LOS – Lei Orgânica da Saúde
M.S – Ministério da Saúde
NATJUS – Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário.
NOB – Normas Operacionais Básicas
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
PCEP – Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PPI – Programação Pactuada e Integrada
SMS Goiânia – Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema único de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1. DO SUS	7
2. GESTÃO PLENA	20
3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA	25
4. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	35
5. GESTÃO DO ACESSO AOS LEITOS DE UTI	42
6. DAS DECISÕES JUDICIAIS RELATIVAS AO ACESSO DO LEITO DE UTI	55
7. O CNJ FRENTE A JUDICIALIZAÇÃO	64
8. PROPOSTAS E DESENHOS DAS DIRETRIZES PARA TOMADA DE DECISÕES	72
CONCLUSÃO	80
VERSÃO COMPACTA	83
REFERÊNCIAS	92

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal em seus artigos 6º e 196 estabelece que a saúde é um direito de todos os cidadãos e constitui um dever do estado, consubstanciando como bem público inalienável. A Lei nº. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) regulamenta o direito a saúde, a partir dos preceitos estatuídos na Carta Magna.

Em que pese a normativa constitucional, verifica-se que, para sua plena efetivação, é preciso analisar os aspectos políticos, econômicos, orçamentários, tecnológicos, sócio culturais e jurídicos.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, cuja concepção era jusnaturalista de direitos, já denotava a diferença entre os direitos intrínsecos ao homem daqueles de ordem política. Assim, o direito do homem previsto na lei fundamental passou a ser denominado de direitos fundamentais, pois se constitui em fundamento no Estado Constitucional Democrático (BERCOVICI 2008).

É cediço que constitucionalmente o direito a saúde é de cunho universal e de obrigação Estatal. Os direitos fundamentais se assentam no Estado Democrático de Direito. A C.R.F.B. reservou em seu bojo, em destaque, a saúde, e de forma inédita incorporou no constitucionalismo pátrio a garantia fundamental de tal direito.

A C.R.F.B., na seara dos direitos sociais, incorporou garantias amplas, dentre as quais o direito a saúde, com cunho universal e de obrigação estatal. O Sistema Único de Saúde (SUS), em referência a implementação do atendimento universal, vem encontrando desafios em todo o País.

Neste viés, há que se considerar toda a complexidade na execução de tal regramento. O Brasil possui diversas desigualdades, sejam elas, demográficas, sociais, geográficas, econômicas, que implicam na distribuição do acesso à saúde. Tais discrepâncias, de variadas ordens, demonstram-se inevitáveis, pois o país é dotado de uma vasta extensão territorial.

Por sua vez, o arcabouço jurídico é estruturado a contar da Constituição Federal e Leis Orgânicas da Saúde (nºs 8.080/90 e 8.142/90), Decreto nº 5.839/2006 (dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde-CNS), Normas Operacionais Básicas, Portarias (Pacto pela Saúde, Consolidações), e Resoluções.

Com respeito a autonomia de cada ente federativo, ao SUS é exigida uma dinâmica de funcionamento, por intermédio das pactuações. O papel das instâncias

está adstrito, não esgotando seu rol dialógico e evolutivo, à elaboração e aprovação das pactuações, validadas com a edição e publicação das Resoluções. Em observância as atuações dos Conselhos e Comissões, conforme Decreto nº 7.508/2011.

Os Conselhos e as Comissões, cada qual tem seus papéis bem delineados pelo Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, são conhecidos pelas seguintes siglas: COSEMS¹, CONASEMS², CONASS³, CIB⁴, e a CIT⁵.

No que tange à efetivação dos direitos sociais, como o direito à saúde, há que se considerar a exponencial atividade do Poder Judiciário.

Pela diversidade que acomete a distribuição do acesso é possível inferir o reflexo dessas desigualdades alcançando os níveis de judicialização da saúde.

Por judicialização da saúde, entende-se a reivindicação como um direito (MARQUES, 2008, p. 65-72). Assim, o Poder Judiciário atua em decisões que vinculam e sobrepõem as normativas vigentes do Sistema Único de Saúde.

Ao acionar o Poder Judiciário para dirimir conflitos, o juiz se utiliza de doutrinas, normas e princípios constitucionais e infraconstitucionais, restando ausente os parâmetros e critérios técnicos, inclusive nos casos de urgência.

Neste viés judicial são trazidos os elementos estruturantes e funcionais do Poder Executivo municipal, no que tange a disponibilização de serviços de saúde de

¹ Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) Entidade que reúne e representa o conjunto dos secretários de saúde dos estados. As funções dos Cosems consistem em participar, em nome dos municípios, das articulações em torno da política de saúde, defender seus interesses junto às demais esferas de governo e aos prestadores de serviços ao SUS.

² Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) 35 Organização não-governamental que representa potencialmente todos os secretários municipais de saúde do País e serve de interlocutor oficial do Ministério da Saúde com relação à política de saúde. A Lei 8.142, de 1990, ao tratar da participação social no SUS define ne o Conasems como representante dos municípios no Conselho Nacional de Saúde. O Conasems é membro da Comissão Intergestores Tripartite. A fundação do Conasems é fruto do movimento municipalista da saúde, no próprio contexto que originou o SUS. Este movimento é precedido de diversos encontros nacionais e regionais de Secretários Municipais de Saúde desde 1978, acompanhando o processo de redemocratização do País.

³ Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) Organismo de representação dos secretários estaduais de saúde que serve de interlocutor oficial do Ministério da Saúde com relação à política de saúde.

⁴ Comissão Intergestores Bipartite Comissão integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

⁵ Comissão Intergestores Tripartite Comissão integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e dos órgãos de representação dos Secretários Estaduais de Saúde/Conass e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/Conasems, tem por finalidade assistir ao Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

Unidades de Terapia Intensiva - UTI, associado aos impactos da judicialização no acesso a este tipo de leito.

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a unidade destinada ao tratamento de pacientes em estado crítico ou de alta complexidade que apresentem chances de sobrevivência se forem assistidos com os cuidados exigidos pela sua condição atual (MELARA *et al.*, 2006).

Os leitos de UTI devem ser operacionalizados de acordo com um prévio planejamento, dimensionamento, e atendimento das normas vigentes. Atender o quantitativo de profissionais, área física adequada, ainda, observar as pactuações existentes, além de se atentar para os processos e diretrizes quanto as atividades assistenciais.

É preciso identificar e trazer ao estudo a estrutura funcional e os fluxos administrativos implementados a fim de atender a fundamentalidade constitucional do acesso ao serviço público de saúde, em observância aos princípios do SUS, e as normas e regulamentações que permeiam o tema.

O principal objetivo deste estudo, reside na demonstração dos critérios adotados para a concessão do leito de UTI, e de que modo a judicialização observamos. Portanto, importante definir como se dá o acesso de forma administrativa e qual o fluxo dos mandados judiciais recebidos.

A problemática que norteia a presente pesquisa segue da seguinte forma: até que ponto a judicialização interfere no acesso integral do serviço a pacientes que aguardam um leito de UTI? Ausência de diretrizes (juiz e gestor) para a tomada de decisão afetam a judicialização?

O grande aspecto se refere à maneira efetiva de se proporcionar aos referidos pacientes o acesso universal e igualitário às ações e serviços da saúde, de modo equânime.

O estudo irá percorrer uma análise sobre os princípios organizativos expressos e seus desdobramentos por meio das normas constitucionais e infraconstitucionais. Ainda, trazer o arcabouço jurídico do SUS definindo os contornos necessários à garantia da integralidade da assistência à saúde e seus obstáculos, no que tange aos acessos dos serviços.

E, realizar a compreensão do fenômeno da judicialização de acordo com a experiência prática, consistindo na compilação de dados referentes às ações judiciais relacionadas nas planilhas da Secretaria Geral da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia no ano de 2017.

Objetiva-se com o presente estudo apresentar os critérios a serem observados pelo tomador de decisões quanto ao acesso ao leito público de UTI; descrever as características dos casos de mandados judiciais para internação em UTI; tecer considerações sobre a interferência da judicialização no acesso a internação em UTI. Ainda, elaborar e apresentar uma proposta contributiva.

A partir do que foi exposto, bem como, de acordo com a natureza do objeto que a presente dissertação se propõe a investigar, a metodologia utilizada para este estudo foi a revisão bibliográfica e documental, na medida em que seja aprofundado o referencial teórico-conceitual do direito à saúde, previsto constitucionalmente, a integralidade do acesso, e judicialização em saúde. E, em relação aos fluxos administrativos e judiciais relativos ao acesso do leito de UTI.

A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, etc.

"(...) dessa forma a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema novo sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras" (LAKATOS, 2007, p. 185).

O presente estudo possui uma abordagem, descritiva e explicativa. Diz-se descritiva pois busca saber quais fatores interferem na tomada de decisão dos agentes públicos na concessão de um leito de UTI. Explicativa, porque pretende propor a elaboração de critérios para auxiliar nas análises do Poder Judiciário e do gestor na implementação de políticas que visem o acesso ao leito de modo equânime.

Para a revisão da literatura foram utilizadas as publicações em língua portuguesa entre os anos de 2010 a 2018. Também, serão delineados os dados referentes à atuação judicial interventiva na saúde, tendo como descritor de busca as expressões: Judicialização da saúde no âmbito do SUS e acesso ao leito público de UTI.

Foram analisadas as produções científicas de artigos oriundos de teses e dissertações publicadas. O local de produção se restringiu à judicialização da saúde pública.

A planilha em *Excel*, alimentada pela assessoria técnica do Gabinete do Secretário, foi parte do objeto de estudo. Foram selecionados e trabalhados os

dados referentes as demandas judiciais do ano de 2017, ou seja, é realizado um recorte transversal, vez que o presente trabalho traz a realidade dos dados do ano de 2017. Os mandados se encontravam junto à Superintendência de Regulação, Avaliação e Políticas de Saúde e Advocacia Setorial, da SMS Goiânia. Em relação a colheita de dados complementares, foi necessário realizar busca manual, o que não interferiu consideravelmente na pesquisa.

Para a revisão da literatura foram utilizadas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), a *National Library of Medicine National Institutes of Health dos EUA* (PUBMED), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP, doutrinas, considerando-se as publicações em língua portuguesa entre os anos de 2010 a 2019. Também, serão delineados os dados referentes à atuação judicial interventiva na saúde do município de Goiânia, durante o ano de 2017, e, como descritor de busca foi utilizado o termo "judicialização da saúde" no âmbito do SUS.

Foram analisadas as produções científicas de artigos oriundos de teses e dissertações publicadas. O local de produção se restringiu à judicialização da saúde pública.

É válido esclarecer que os dados, em sua maioria, foram colhidos por meio da Lei Federal nº 12.527/2011, que regulamenta o acesso a informações previsto no inciso XXXIII, do art. 5º, inciso II, do §3º do art. 37 e no §2º, do art. 216, da C.F/88. Alguns dados junto à Superintendência de Regulação, Avaliação e Políticas de Saúde, Diretoria de Políticas Públicas e Advocacia Setorial, da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Alguns dados foram colhidos e tratados manualmente, vez o sistema eletrônico ou digital disponibilizado era insuficiente, o que não interferiu consideravelmente na pesquisa.

Neste ano de 2017 foi o ingresso de uma nova gestão, haja vista as eleições municipais realizadas no ano de 2016, inserindo um novo cenário político. Por outro lado, o momento histórico o qual foi marcado o direito universal ora insculpido na Constituição Federal do Brasil.

No ano de 2017, deu-se início aos movimentos relativos aos cortes de verbas no Brasil, proposta de emenda a Constituição n. 55/2016, cujos gastos federais só podem aumentar conforme a inflação acumulada, de acordo com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo.

Cabe ressaltar que o Município Goiânia é trazido à pesquisa, em especial por se tratar da cidade na qual a pesquisadora reside e desenvolve seus trabalhos

junto à Secretaria de Saúde Municipal. Fundada em 24 de outubro de 1933, Goiânia foi construída para sediar a nova capital do Estado de Goiás e hoje, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, realizado em 2018, conta com 1.495.705 pessoas.

A renda per capita é de R\$ 33.437,67 (IBGE, 2017), a economia goiana é caracterizada pela predominância do setor terciário, o qual concentra 80% da economia do município, com destaque para a saúde, atividades imobiliárias e administração pública.

A capital é referência em atendimento pelo SUS na região Centro Oeste, é procurada por pacientes oriundos dos municípios do interior até mesmo de outros estados. A SMS de Goiânia é responsável pela gestão em saúde e é responsável pela maioria das internações de urgência em leitos hospitalares pelo SUS na capital.

Para além disso, a pesquisadora em tela começou a observar o tratamento dado aos mandados judiciais de UTI ora recebidos. As decisões sempre eram priorizadas e acompanhadas pelo desconforto dos servidores da equipe. A elaboração de respostas imediatas aos mandados judiciais, por vezes preteriam os casos já implementados nos fluxos administrativos. Tal fato, por si só despertou a curiosidade para além do recebimento das decisões.

No capítulo primeiro são albergadas as dinâmicas de funcionamento do SUS, englobando os princípios organizacionais do SUS, da Hierarquização/Regionalização, Descentralização/Comando Único e, por fim o da Participação Popular. E, de que modo, referidos princípios norteiam as ações e serviços públicos de saúde, dentre os três entes da federação.

O segundo capítulo visa adentrar o tipo de gestão dos serviços de saúde na capital, cuja proposta é tecer sobre a gestão plena, e a experiência da capital ora objeto de estudo, bem como os seus desdobramentos.

O viés do terceiro capítulo está na apresentação da estrutura da SMS Goiânia no que se refere a oferta dos serviços públicos de UTI na capital, bem como albergando o funcionamento e elementos que a estruturam a referida atividade.

Em seguida, no quarto capítulo são apresentadas as considerações introdutórias sobre a judicialização no SUS, e após serão delineados os aspectos metodológicos da tese, e os resultados encontrados.

Neste capítulo, são abrigados os dados de pesquisa junto a SMS, do CNJ, e do Sistema Nacional de Saúde, em relação aos mandados judiciais os dados foram decorrentes das coletas realizadas manualmente. São realizadas análises

estatísticas e metodológicas cabíveis em cada caso e traçam-se as inferências necessárias à conclusão.

No capítulo quinto, são organizados os estudos realizados pelo CNJ no que tange a judicialização da saúde no Brasil, trazendo as suas sugestões e o que já foi realizado para fins de correção da distorção referente as altas demandas judiciais na área da saúde. Destaca-se um dos enunciados, o de nº 13.

No capítulo derradeiro serão delineadas algumas propostas e desenvolvimento de diretrizes que envolvem os critérios a serem observados pelos gestores públicos e os juízes para a tomada de decisões.

1. DO SUS

1.1 PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS

Tem-se por princípios e diretrizes do SUS aquelas delineadas no bojo da C.F./88 conhecidas como a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado. Esses princípios surgiram por um processo de luta empreendida pela reforma sanitária no final da década de 70.

O movimento sanitário formado por uma base heterogênea foi capaz de produzir um amplo consenso no que tange aos princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde. Dentre eles, que a saúde é um dever de todos e de responsabilidade do Estado, e ainda quanto uma visão ampliada sobre os serviços de saúde e seus determinantes sociais, e das responsabilidades do Estado na oferta dos serviços.

O movimento citado trouxe a formulação dos princípios que serviriam de base para a construção de um sistema de saúde, cujo cerne são os denominados princípios e diretrizes do SUS. Assim, suas principais diretrizes, discutidas e desenvolvidas nesta ocasião, foram consagradas pela VIII^a Conferência Nacional de Saúde de 1986, consideradas, atualmente, como conquistas sociais definitivas.

Como se percebe, dito movimento mensurou sobre um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo a oferta de serviços básicos e de maior complexidade, ofertado de modo integral, com acesso universal e gratuito a toda população do país.

Vale aquilatar que em épocas anteriores à vigência da atual constituição o sistema público de saúde prestava assistência tão somente aos trabalhadores

vinculados à Previdência Social, tendo aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso a serviços hospitalares. O atendimento aos demais era realizado pelas entidades filantrópicas tão somente.

A Constituição Federal de 1988 prevê em seu rol de dispositivos que o direito a saúde é conferido a todos, indistintamente, incumbindo ao Estado o dever de provê-la, consoante art. 196. Além disso, o art. 23, II, do mesmo diploma, estabelece que a saúde é de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios, sendo que cabe ao último prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

De fato, foi a própria Constituição que concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS) cuja concepção é a integração dos serviços de saúde dos entes federativos em conformidade com uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços organizados de acordo com as diretrizes de descentralização. E, ainda com direção única em cada esfera de governo; visando o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e da participação da comunidade, consoante preconizados nos arts. 197 e 198 da CF, e da Lei n 8.080/90.

O SUS é de longe um dos mais ambiciosos projetos em construção e que superou as demais noções de saúde trazidas pelas Constituições anteriores à de 1988. Referido sistema foi solidificado por alguns artigos, se destacando os artigos 6º, 196 e seguintes da C.F./88.

A lei nº 8.080/90, a denominada "lei orgânica da saúde", veio para colmatar a Carta Magna, tendo por escopo a organização do Sistema Único de Saúde e estabelecer direitos e deveres para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Tem-se que desde a sua edição, muito se progrediu para a garantia deste direito fundamental, embora seja forçoso admitir seus vários gargalos que demonstram a necessidade de criação de políticas públicas eficientes, a fim de se garantir os serviços de saúde à população.

Referida norma, em seu artigo 6º reafirma a diretriz de integralidade contida no art. 198, II, da Constituição Federal, que, conjuntamente, ao art. 3º indica que a integralidade deve alcançar todos os níveis de atenção a saúde. Assim, a política pública de saúde deve alcançar os diversos níveis de atuação dos serviços públicos de saúde, atenção primária, secundária e terciária.

Por conseguinte, o art. 7º traz o princípio da universalidade de acesso nos níveis de complexidade e trata da distribuição de atribuições. Isso ocorre, pois se todos tivessem a mesma competência prestacional, o princípio da eficiência da administração, consagrado no art. 37 da C.F /88 restaria inócuo.

Nesse mesmo diploma legal, a participação social é garantida vez que é garantido o direito da população em pertencer e deliberar nas instâncias de gestão do SUS. Isso se dá por meio das instâncias que compõem o controle social, tais como a gestão participativa, e atuação dos conselhos de saúde.

Na repartição de competências a C.F/88 não deu detalhes, contudo a lei nº 8.080/90 trouxe tanto as competências comuns, como as específicas de cada ente, consoante se depara nos artigos 5º, 6º, 15º, 16º, 17º e 18º.

No que se refere a intersetorialidade tem-se por não pensar a saúde como um setor de recuperação da saúde, no qual só existam a consulta, remédio, especialista, exame, internação, dentre outros. Mas sim, a saúde deve ser garantida por políticas econômicas e sociais que reduzam o aparecimento de doenças ou que as existentes venham a piorar.

Deve ser garantido a autonomia dos cidadãos usuários do SUS, e preservada a sua integralidade física e mental. Ou seja, a garantia da liberdade de decisão do paciente deve ser respeitada, o que se relaciona intimamente com o direito de acesso à informação.

Por sua vez, as atividades voltadas à assistência à saúde devem ser resguardadas pelo atendimento ao princípio da resolutividade, ou seja, devem ter a capacidade de resolução em todos os níveis de assistência.

1.1.1 Regionalização e Hierarquização

As ações e serviços de saúde são tidos pela C.F./1988 como de relevância pública e devem ser ofertados à população de modo regionalizado e hierarquizado, com garantia do atendimento integral, tanto em ações preventivas quanto assistenciais.

A Regionalização e Hierarquização estabelecidas no bojo da Lei nº. 8.080/90 revela que os serviços de saúde se organizam em níveis crescentes de complexidade, ora adstritos a determinada área geográfica, cujo planejamento deve se dar por critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da população a ser atendida.

A organização da atenção à saúde segundo níveis de complexidade básica, média e alta, oferecidos por área de abrangência territorial e populacional.

A articulação dos serviços já executados em determinado local, detém um comando unificado revelando o processo que envolve a regionalização.

Santos e Andrade (2008, p. 35-65) dizem que o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, no qual os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome do interesse local, regional, estadual e nacional.

A hierarquização tem por escopo definir a necessidade de divisão dos níveis de atenção segundo níveis de complexidade básica, média e alta. De forma a garantir os tipos de acesso aos serviços de acordo com o nível de complexidade exigido para cada situação, e nos limites dos recursos disponibilizados para a região.

Barroso (2013) nos diz que:

O SUS tem demonstrado muitos avanços desde sua implantação, porém o grande desafio que se coloca neste momento é a integralidade da atenção à saúde, considerando a necessidade de organização de rede hierarquizada e regionalizada de serviços. Um dos maiores objetivos é garantir a atenção à saúde da população de forma equitativa, integral, humanizada e de qualidade, por meio da formulação e implementação de políticas de saúde (BRASIL, 2003).

Ao dizer sobre o processo de institucionalização da gestão do sistema, Paim Teixeira (2007), assevera que se trata de um movimento pendular de descentralização/centralização regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à C.F./88.

O processo foi desencadeado a partir da edição das normas operacionais básicas (NOB), as quais, de forma progressiva, dispuseram sobre as estratégias para a organização e o funcionamento do sistema. Isso se deu por meio de um processo de descentralização político-administrativa, com destaque nas modalidades de habilitação dos estados e municípios, tipos de serviços e modalidades de financiamento. Tais características deram ensejo à edição, no ano de 2001 da norma operacional de assistência à saúde, NOAS, que por ora contribuiu para a organização do sistema ao trazer as regras para o processo de regionalização das ações e dos serviços de saúde.

Tal panorama foi suficiente para que a partir dos anos 2000 surgissem maiores necessidades de evolução em relação ao acesso de serviços de saúde que demandassem maior complexidade.

Portanto, verificada a necessidade de criação de uma agenda de serviços é que foi lançado, no ano de 2006, o Pacto pela Saúde⁶, constando as diretrizes operacionais destinadas para estados e municípios. O decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 amplia o papel dos gestores a partir do momento em que intensifica o papel das Comissões Intergestores⁷, vez que resgata a regionalização por meio dos acordos políticos entre os gestores na organização do sistema e proporcionam uma intensificação dessa pauta na agenda da gestão. Tal se dá em nível regional fortalecendo a lógica do planejamento integrado, consoante disposições contidas na Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, consolidado por intermédio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)⁸, ora instituído pelo Decreto 7.508/11 que regulamenta a LOA.

A figura 1, demonstra de forma sintética como se dá a rede de atuação das instâncias institucionais e decisórias do SUS, visando a integralidade do sistema. No entanto, no decorrer da dissertação serão mais bem delineados os elementos que a compõem.

⁶ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>. Acessado em: 21 de jul. 2019.

⁷ Comissões Intergestores, subdivididas nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes. Desde que foram instituídas, no início dos anos 90, as Comissões Intergestores Tripartite (na direção nacional) e Bipartite (na direção estadual) veem se constituindo em importantes arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas de saúde. Todas as iniciativas intergovernamentais de planejamento integrado e programação pactuada na gestão descentralizada do SUS estão apoiadas no funcionamento dessas comissões. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>. Acessado em: 31 de jul. de 2019.

⁸ O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na Região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/13/COAP.pdf>. Acessado em: 05 de ago. 2019.



Figura 1. Estrutura Institucional e decisória do SUS.

Fonte: SENADO FEDERAL (2008, p. 10).

Como se observa além dos entes públicos os gestores de cada esfera, as comissões intergestores e colegiado participativo, constando os seus desdobramentos, se entremeiam, compondo a estrutura organizacional e decisória do SUS.

De acordo com o disposto na C.F./88 de que o SUS deve ser composto por uma rede regionalizada e hierarquizada o Decreto nº 7.598/11 traz em seu bojo que as regiões de saúde devem ser organizadas para ofertar, minimamente, ações e serviços de atenção primária⁹, urgência e emergência¹⁰, atenção psicossocial¹¹,

⁹ A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-primaria>. Acessado em: 05 de ago. 2019.

¹⁰ A rede de Urgência e Emergência busca acolher aqueles cidadãos com problemas de saúde que necessitam de atendimento imediato, e que, provavelmente o atraso dessa assistência causará agravamento na condição do usuário. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/94878-rede-de-urgencia-e-emergencia/>. Acessado em: 05 de ago. 2019.

¹¹ Atenção psicossocial trata-se de ações voltadas (...) às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>. Acessado em: 05 de ago. 2019.

atenção ambulatorial especializada e hospitalar¹², e vigilância em saúde¹³. As ações devem se complementar garantido o cuidado integral e de modo atempado.

O decreto citado, ainda, alberga as redes serviços do SUS, dentre as quais há previsão de que a atenção primária é a responsável pela porta de entrada prioritária do SUS. Ademais, o planejamento do sistema deve se dar com dispositivos ascendentes e integrados e organizados pelas necessidades de saúde e disponibilidade de recursos, suscitando a organização das redes de atenção, com privilégio às principais linhas de cuidado, juntamente com os esforços desenvolvidos pelos estados e municípios

1.1.2 Descentralização e Comando Único

Do próprio nome se denota que descentralizar significa redistribuir poder e responsabilidade entre os níveis de governo.

O Glossário do Ministério da Saúde do projeto de terminologia da saúde traz a definição de descentralização como a:

Redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do Sistema (SUS) passa a ser de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, agora entendidos como os gestores do SUS (BRASIL, 2004, p. 41).

O movimento da descentralização ocorreu na década de 1980, se tornando uma das bases de sustentação do sistema como um todo. Dessa forma, teve-se a intenção de que cada um dos entes possuísse suas funções e responsabilidades definidas. E, neste contexto, segue a questão do financiamento, que se organiza de maneira descentralizada, de igual modo.

¹² A Atenção Especializada é feita através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizada em ambiente ambulatoriais das Unidades Mistas de Saúde e dos hospitais, com equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados (médicos, dentistas, fisioterapeutas, psicólogo, fonoaudiólogos, etc.), que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

É caracteristicamente demarcada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica – as chamadas tecnologias especializadas – e deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada. Disponível em: http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/carta_saude/atencao_especializada/. Acessado em: 05 de ago. 2019.

¹³ A Vigilância em Saúde é responsável por ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/atuacao>. Acessado em: 05 de ago. 2019.

A nova norma operacional básica, a NOB-SUS 1996, adentrou no universo do SUS reforçando a política de descentralização quando trouxe ao encargo no gestor municipal a responsabilização quanto à situação de saúde de sua população e organização e desenvolvimento das ações em seu território. Considera-se que a responsabilização do gestor local, se dá pelo fato de que é mais acessível à participação, avaliação e monitoramento dos usuários e dos respectivos conselhos de saúde, dentre outros. Nestes moldes, foi estabelecida a gestão plena de sistema de saúde municipal e a gestão plena de atenção básica de saúde para os municípios.

O município é o ente que detém a maior proximidade com o usuário, por tal razão demonstra-se o mais adequado ente para trabalhar com as ações e serviços de saúde de forma direta. Portanto, é capaz de identificar as diferentes regiões e realidades de saúde e trabalhar as estratégias para garantir a integralidade dos serviços e superar as adversidades.

Partindo desse pressuposto tem-se que para se fazer valer o princípio da descentralização deve se considerar a concepção constitucional do comando único. Neste aspecto, cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, em observância aos princípios gerais e a participação da sociedade.

No âmbito do SUS a descentralização tem por escopo a garantia da prestação de serviços, o seu controle e fiscalização por parte dos cidadãos.

A responsabilidade pela saúde é atribuída a todos os entes sendo que aos municípios devem ser fornecidas as condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

Assim a descentralização significa a transferência de poder e competência de um nível central para os demais entes federativos, implicando na organização de novas estruturas administrativas. Cada ente deve se organizar a fim de executar outras funções e interagir com as demais executadas por outros entes, com equilíbrio, autonomia e interdependência.

Souza (2005), aduz que embora o conceito de descentralização expresse significados bastante distintos deve-se entendê-la, como um processo de delegação de poderes políticos, fiscais e administrativos a unidades subnacionais de governo que, no caso brasileiro, vinha se constituindo parte do movimento de redemocratização e que, a partir de 1988 adquire nova feição, particularmente pelo reconhecimento dos municípios como entes federativos e pela redistribuição de poder e de recursos da União para Estados e Municípios.

Nesta esteira, a concepção constitucional do comando único significa que cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e ações, desde respeitados os princípios e a participação da sociedade. Assim, a autoridade sanitária do SUS é desempenhada no governo federal pelo ministro da saúde, nos estados, pelos secretários estaduais de saúde; e nos municípios, pelos secretários municipais de saúde.

Tem-se que cada região do país, formada nos estados, tem a função de garantir a integralidade no atendimento, e isso se dá por meio de parcerias firmadas entre os municípios. Cada qual demonstra os níveis e capacidade dos serviços ofertados, cuja parceria é regulada pelo COAP.

Dessa forma, um sistema descentralizado surge para proporcionar um maior alcance na participação de todos os agentes interessados na formulação da política e na implantação de serviços e ações de saúde, observando as peculiaridades de cada região.

Outro aspecto a se considerar é a responsabilização do gestor local, o que se apresenta como acessível à participação, avaliação e monitoramento dos usuários e dos respectivos conselhos de saúde, dentre outros.

O comando único representa uma solução para o sistema público de saúde que precedeu o SUS, cujas direções se caracterizavam por serem múltiplas e desintegradas, trazendo como exemplo as divisões existentes entre os serviços ofertados pelo Ministério da Previdência Social, de um lado, e do Ministério da Saúde, de outro.

Ainda em relação ao comando único tem-se que:

Entre as estratégias propostas pela NOAS-SUS 2001, conforme vemos descrito em sua introdução, “cabe aos municípios o planejamento no âmbito municipal e a relação direta com os prestadores em seu território, visando ao comando único sobre o sistema de saúde em cada esfera. “ Na explicitação do seu desenho, vemos que, no caso de municípios habilitados em gestão plena de sistema de saúde municipal (GPSM), todos os serviços, independentemente da complexidade, devem estar sob gestão municipal, “...exercendo o mando único, ressaltando as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública...” (BARATA *et al.*, 2004)

A partir de meados da década de 90 o processo de descentralização foi iniciado em Goiás mediante a transferência do gerenciamento das unidades básicas de saúde para os demais municípios e especialmente de Goiânia. Neste contexto, o Plano Estadual de Saúde do Estado de Goiás, referente aos anos de 2008 a 2011, considera que a descentralização tenha se dado no Estado da seguinte forma:

A publicação da Norma Operacional Básica – NOB/96, com a instituição do Piso de Atenção Básica – PAB e a definição de recursos de transferência automática para os municípios induziram fortemente a municipalização, o que ampliou consideravelmente o acesso da população aos serviços de saúde. Até o ano de 2000 todos os municípios do estado estavam habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica. Na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, poucos municípios foram habilitados. Um dos avanços da NOB 96 foi trazer para o cenário da descentralização as demais áreas, como as Vigilâncias. Com a publicação da Norma Operacional da Atenção à Saúde – NOAS/ 2001 e a de 2002 os municípios se qualificaram na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – PABA e apenas 22, na Gestão Plena do Sistema Municipal. A partir da publicação das portarias 399/06 e 699/06, que instituíram as Diretrizes do Pacto pela Saúde e o Pacto de Gestão, todos os 114 municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, se tornarão responsáveis pela gestão da atenção à saúde da sua população (PES 2008 a 2011, disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/p.s.-2008-2011.pdf>. Acesso em 05.08.19).

Tem por bem assinalar que a capital Goiânia teve a aprovação em CIB (Comissão Intergestores Bipartide-CIB¹⁴), por meio da Resolução nº 048 de 12 de junho de 2008, do termo de compromisso de gestão municipal¹⁵. Dessa forma, a partir de então o município de Goiânia se responsabilizou pela gestão da atenção à saúde da sua população.

1.1.3 Participação Popular

O Glossário do Ministério da Saúde¹⁶ (BRASIL, 2004, p. 36) delinea sobre o Controle Social como a Participação popular na fiscalização e controle sobre as ações, no respectivo nível de governo, destacando-se na área da Saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde.

A Lei nº 8.080/90 traça as formas de participação e a definição do conceito controle social. Por sua vez, a Lei nº 8.142/90 traz as formas de participação da comunidade na gestão do SUS, conceituando as instâncias colegiadas, Conferências de Saúde e Conselho de Saúde.

¹⁴ O Glossário do Ministério da Saúde define a CIB como Comissão integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

¹⁵ Disponível em: <http://www.cib.saude.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/resolucao-048-2008-cib-junho-2008.pdf>. Acessado em: 29 de set. 2019.

¹⁶ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf. Acessado em: 29 de nov. 2019.

Os conselhos têm por característica ser permanente e deliberativo, devendo formular estratégias e controlar amplamente a execução de políticas, são “espaços deliberativos de engenharia político institucional do Sistema Único de Saúde do Brasil, constituindo uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais (LABRA, 2005, p. 353).

O Pacto pela Saúde prevê o estabelecimento de diálogo com a sociedade e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais, referido instrumento cooperou, também, para a elaboração e divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS¹⁷, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, em sua 198ª reunião ordinária, realizada no dia 17.06.2009.

Para fins de implementação foi editada a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 155, de 14 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

A carta em si traz informações aos cidadãos sobre seus direitos e deveres, como usuários do SUS, elencando 06 (seis) princípios de cidadania, sendo que em sua maioria, encontram relação com o atendimento médico. Ainda, estabelece o direito de acesso e participação às instituições que conferem direitos tais como: conferências, conselhos de saúde e conselhos de gestores, bem como de locais que sirvam para acolher as sugestões, denúncias e reclamações e dar o devido encaminhamento.

Outros canais, também, representam a participação social, tais como as Ouvidorias que instituem em todo país um canal de escuta da população. E, as auditorias que visam conferir e acompanhar os serviços de saúde, ações preventivas, da gestão de resultados, da qualidade da assistência, de modo a contribuir para a garantia do devido acesso aos serviços ofertados pelo SUS.

¹⁷ A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” traz informações para que você conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. 1- Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. 2- Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. 3- Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação. 4- Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. 5- Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada. 6- Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acessado em 30 de set. 2019.

Cumprir dizer que a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem existir os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

1.1.3.1 Conselho Municipal de Saúde de Goiânia

Os Conselhos Municipais são criados por meio da edição de leis, a exemplo de Goiânia-Goiás, a Lei Municipal nº. 8.088 de 10 de janeiro de 2012 traz em seu bojo que o Conselho Municipal de Saúde - CMS é um órgão colegiado, deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo responsável pelo Sistema Único de Saúde - SUS, no Município de Goiânia, em atendimento ao contido na Lei Orgânica do Município de Goiânia. Referida lei determina, em seu art. 219, que o Sistema Municipal de Saúde contará com duas instâncias colegiadas: a Conferência Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde.

Tal dispositivo, define, ainda, que o Conselho se dará de forma permanente, cuja composição se dá pelo Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde, e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle de execução de política de saúde do município de Goiânia.

O CMS de Goiânia é composto por 32 (trinta e dois) membros, conforme definido em seu Regimento Interno, obedecida a paridade das seguintes representações: 50% (cinquenta por cento) do segmento dos usuários do SUS, por intermédio de suas entidades associativas; II - 50% (cinquenta por cento) dos segmentos compreendidos pelo Poder Público, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde, vinculados ao SUS, sendo metade para os dois primeiros segmentos e a outra metade para os trabalhadores.

Sendo que na Conferência Municipal de Saúde tem eleição, juntamente com os titulares, de 16 (dezesesseis) suplentes dos conselheiros municipais de saúde, bem como os órgãos e entidades representativas que irão compor o CMS, sendo nomeados pelo Prefeito.

O Decreto Municipal nº 2181 de 21 de agosto de 2015, o qual designa os componentes do CMS de Goiânia, delinea em seu bojo o quantitativo de 04 representantes das entidades do segmento de prestadores de serviço SUS, e um suplente; 04 titulares representando a gestão, sendo 03 suplentes; já nas entidades do segmento do trabalhador, figuram como titulares 08 sindicatos de categorias profissionais, sendo 08 suplentes. Por fim, o segmento de usuários é composto pelo

quantitativo de 17 titulares, e 19 suplentes, em sua maioria composto por associações, centros populares, fóruns, dentre outros.

As funções exercidas por tais representantes não são remuneradas, e são consideradas de relevante interesse público, e os membros possuem o mandato de 2 anos.

A estrutura do CMS de Goiânia é composta pela Diretoria, com o Presidente, Vice-Presidente, Primeiro e Segundo Secretários, suas Comissões Permanentes, e a Secretaria-Executiva. E, o CMS pode constituir grupos de trabalho para melhor desempenhar suas atribuições.

A instância máxima do CMS é o Plenário, no qual serão deliberadas as suas decisões, conforme dispuser o seu Regimento Interno. Bem assim, o CMS reunir-se-á, ordinariamente 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente assim que lhe aprover.

Já as sessões do CMS são abertas com a presença da maioria de seus membros com direito a voto, que deliberarão pela maioria dos presentes. E, cada membro terá direito a um voto. Sendo que a Diretoria do CMS detém a prerrogativa de deliberar "*ad referendum*" no Plenário.

Compete à Secretaria Municipal de Saúde dotar a Secretaria Executiva do CMS da necessária infraestrutura física, financeira e material e de recursos humanos, para seu pleno funcionamento.

A Lei Complementar nº 276/15, municipal, traz ao organograma institucional da Secretaria Municipal de Saúde a Secretaria Executiva do CMS, vinculada ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde. Referida unidade é subordinada à Diretoria do CMS, cuja finalidade é a promoção do necessário apoio técnico administrativo aos conselheiros, bem como às comissões e grupos de trabalho instituídos pelo Colegiado.

As decisões do CMS são firmadas em forma de Resoluções, submetendo ao gestor da Pasta para conhecimento e posterior publicação no Diário Oficial do Município.

O CMS em Goiânia foi regulamentado em regimento próprio, elaborado e aprovado por seus membros e homologado pelo Secretário Municipal de Saúde e publicado no respectivo Diário Oficial, por via da Resolução nº 013/2011 do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia, de 12 de dezembro de 2011.

Neste caso, o Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia aprovou o Regimento Interno, em sua 155ª Reunião Ordinária, realizada no dia 23 novembro

de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Municipal nº 8.088 de 10 de janeiro de 2002, e Lei Federal nº 8.142 de 28/12/1990.

2. GESTÃO PLENA

Ao se falar sobre a gestão plena, é forçoso trazer ao estudo o instituto da municipalização que se trata de um processo compreendido de diversas etapas e instado pelos princípios organizacionais do SUS. A municipalização vem sendo instaurada, de forma gradual, uma vez que se refere a uma mudança na estruturação de atenção à saúde, baseada nos conceitos e princípios de atenção a saúde, e não somente uma reorganização.

Esse processo exige a criação do sistema municipal de saúde, entendendo que as ações de saúde devem ser resultantes de uma definição política, devendo ser conferido ao município o poder político necessário para a implementação dos serviços de saúde.

Para tanto, o sistema deve ser constituído por: um conjunto de leis, normas e regulamentos, respeitando-se o embasamento legal do SUS; políticas e diretrizes definidas para o setor na seara municipal; órgão de administração central (Secretaria Municipal de Saúde); rede de assistência composta pelas Unidades de Saúde; recursos humanos, orçamentários, materiais e técnicos; controle social, por intermédio dos diversos mecanismos de participação popular.

As Normas Operacionais Básicas 1991, 1993 e a NOB-SUS/01/96 foram editadas a fim de regulamentar as atuações dos gestores públicos do SUS. Os municípios, em suma são considerados como gerentes das unidades prestadoras de serviços, e a maioria dos Estados, embora alguns já despontem assumindo-se como gestores.

A NOB – 93 deu início ao processo de municipalização pela habilitação dos Municípios em gestão incipiente, parcial e semiplena; bem como, permite a transferência periódica e automática do teto global da assistência para os Municípios habilitados em gestão semiplena.

Observa-se que mesmo tendo restado ausente a preocupação dos Estados e Municípios quanto a organização, coordenação e controle do sistema, à ocasião são implementadas nos Estados as Comissões Intergestores Bipartite, e em nível Nacional, a Comissão Intergestores Tripartite. Tratam de espaços de deliberação

importantes para fóruns de negociação, pactuação, articulação, coordenação e ajuste de responsabilidades, competências e estratégias de ação dos gestores.

Por sua vez, a NOB – 96, inova ao trazer a conceituação de gerência como administração de uma unidade ou órgão, e de gestão como responsabilidade pela coordenação e comando do Sistema em nível municipal, estadual ou federal. Ou seja, é definida a responsabilidade sanitária de cada gestor, e as competências para cada ente federativo; é indicado ao gestor quais são os instrumentos necessários para exercer a gestão das funções a seu cargo, trazendo novas atribuições e subordinação das unidades que ofertam serviços e ações de saúde.

Os princípios constitucionais constam na NOB 96 ao definir que o Município é responsável pela situação da saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na construção do acesso aos demais serviços.

Percebe-se, assim, que a municipalização é uma opção política, que visa democratizar o sistema tanto no acesso quanto no processo decisório, uma vez que um dos vieses do sistema é a proximidade da população e respeito a autonomia municipal.

Por outro lado, vale salientar que alguns problemas existiram no processo de municipalização, Mendes (2001) assevera que alguns municípios expandiram a atenção médica sem nenhuma articulação regional, o que gera desperdício de recursos públicos por ineficiência assistencial, com serviços de saúde (hospitais) apresentando baixa taxa de ocupação, aparelhos de apoio laboratorial (ultrassom, por exemplo) trabalhando com ociosidade, entre outros problemas.

Em alguns aspectos a descentralização, tão somente, não vem obtendo êxito com transformações significativas no modelo assistencial adotado nas regiões. Algumas lacunas persistem, tais como a definição do papel do gestor estadual, e, alguns conflitos entre os gestores municipais e estaduais vem sendo travados, ao se discutir a divisão do teto financeiro do SUS, e ausência ou mesmo a dificuldade em definir um desenho de regionalização do sistema.

Alguns desses fatores por se assim dizer dificultam a atribuição de responsabilidades dos gestores em relação as ações de saúde regionais, até mesmo dos municípios com gestão plena, destinadas não só a seus munícipes, mas, também, aos cidadãos de municípios vizinhos.

O Ministério da Saúde, em reconhecimento a problemática acima esposada, editou a Norma Operacional da Assistência a Saúde, a NOAS-SUS-2001¹⁸ em 2002,¹⁹ que teve por objeto aprimorar o processo de descentralização, criar uma estratégia de regionalização mediante a elaboração e implementar um Plano Diretor de Regionalização.

O plano citado visa definir as regiões geográficas, os fluxos e pactuações entre os gestores – Programação Pactuada Integrada, ou PPI²⁰ –, para organizar, efetivamente, uma rede hierarquizada e regionalizada.

2.1 Implementação na Capital Goiânia

Na capital, após a edição da NOB SUS 96, a prefeitura juntamente com e o governo estadual firmaram, na data de 16.04.1998, o Termo de Municipalização da Saúde²¹, sendo publicado na data de 15.12.1998, no Diário Oficial do Município de Goiânia.

Do termo celebrado, restou estabelecido o repasse para a capital da gestão do montante de 15 unidades de saúde estaduais, em três etapas, e consolidação de mais 6 unidades de saúde.

¹⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União, Brasília, p. 23, 29 jan. 2001. Seção 1.

¹⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Prova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, p. 52, 28 fev. 2002. Seção 1.

²⁰ Programação feita em acordo entre os gestores dos três níveis de governo com o objetivo de otimizar serviços e resultados e de racionalizar. A PPI evita a duplicação de gastos porque o planejamento é feito em conjunto e com a intermediação dos governos estaduais. Glossário do Ministério da Saúde, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf. Acessado em: 02 de set. 2019.

²¹ Diário Oficial do Município de Goiânia n. 2.229, p. 5 a 8, de 12.12.1998, disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/Download/legislacao/diariooficial/1998/do_19981215_000002229.pdf. Acessado em: 05 de ago. 2019.

ANEXO I

CRONOGRAMA DE REPASSE DAS UNIDADES AMBULATORIAIS DE SAÚDE DO ESTADO PARA O MUNICÍPIO

MÊS	ETAPA	UNIDADES	DISTRITO SANIT.
ABRIL/MAIO	PRIMEIRA	CAIS FINSOCIAL	NOROESTE
		CAIS AMENDOEIRAS	LESTE
		CAIS BAIRRO GOIÁ	OESTE
		C. S. FAMA	VALE DO M. PONTE
MAIO/JUNHO	SEGUNDA	C. S. J. BARBOSA/INST.CRIANÇA	CENTRO
		CAIS NOVO MUNDO	LESTE
		CIAMS JARDIM AMÉRICA	CENTRAL
		CIAMS NOVO HORIZONTE	SUDOESTE
JULHO	TERCEIRA	C. S. VERA CRUZ	OESTE
		C. S. PARQUE ANHANGUERA	SUDOESTE
		CAIS VILA NOVA	CENTRAL
		CAIS DO DERGO	MENDANHA
		CAIS CAMPINAS	CENTRAL
		CIAMS PEDRO LUDOVICO	SUL
		C. S. SÃO JUDAS TADEU	NORTE

Ficam consolidadas, nas mesmas condições aqui pactuadas, a transferência das unidades de saúde abaixo discriminadas.

- . CIAMS URIAS MAGALHÃES
- . C.S. ITATIAIA
- . CAIS CÂNDIDA DE MORAIS
- . C.S. PQ. ATHENEU
- . C.S. V. MUTIRÃO
- . P.S. PSIQUIÁTRICO

Figura 2. Anexo I do Termo de Municipalização celebrado entre o estado de Goiás e a Prefeitura de Goiânia.

Fonte: Prefeitura de Goiânia (1998, p. 5-9).

A celebração do termo, bem sinalizou um dos passos iniciais do processo de descentralização dos serviços e ações de saúde na capital.

A capital Goiânia teve um processo de municipalização considerado tardio, haja vista que sua habilitação ocorreu no ano 1993 somente no que se refere a Gestão Parcial, em observância ao disposto na NOB/93, embora sendo capital e dispondo de rede assistencial ampliada em seu território.

A capital obteve a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, no mês de março de 1998, o que traduziu em ampliação de responsabilidades da SMS, e da sua capacidade gerencial. Tal fato também

proporcionou a transferência de unidades básicas, antes sob a gerência estadual, para o município por volta dos meses de abril a julho, do citado ano.

A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, ora objeto da presente intervenção de pesquisa, foi criada ao final da década de 1980, precisamente no ano de 1988²², com a edição da Lei Municipal nº 6.591. Antes, a prestação de assistência à saúde pelo gestor municipal se dava por intermédio dos Postos de Saúde, com cobertura de pequena parcela da população, e de responsabilidade da Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (FUMDEC).

2.2 Desdobramentos da Gestão Plena

Tem-se que a Gestão Plena restou consubstanciada pelo princípio da descentralização, tendo, com a edição das normas operacionais básicas, impulsionado em todo país o processo de municipalização. Alguns com habilitação tardia, outros não.

Vale aclarar que, embora a NOB-SUS tenha sido editada no ano de 1993, tem-se que apenas no ano de 1994 iniciou-se o processo de habilitação dos municípios ao SUS, consoante Arretche e Marques (2002, p.13):

(...) a partir de janeiro de 1997, nenhum novo município foi habilitado ao SUS, porque se encontrava em preparação o processo de enquadramento pela NOB 01/96. Mas, na verdade, o grande impulso à habilitação ao SUS deu-se no próprio ano de 1994, quando foram enquadrados 2.397 municípios em uma das três condições de gestão. Em 1995, cerca de 400 municípios foram integrados e, em 1996, mais 279 o fizeram. Em janeiro, de 1997, quando foram suspensos os novos enquadramentos, cerca de 60% dos municípios Brasileiros haviam aderido ao SUS e 144 municípios estavam enquadrados na condição semiplena.

Importante trazer aos estudos dados coletados a nível nacional em relação ao processo de municipalização, a tabela 1 abaixo traz a quantidade de municípios por estado e tipo de município segundo a NOB/93, senão vejamos:

²² Fonte: SMS-Goiânia, disponível em:

<http://www4.goiania.go.gov.br/portal/prefeitura.asp?s=4&tt=con&cd=1335>. Acessado em: 05 de ago. 2019.

Tabela 1. Quantidade de municípios por estado e tipo de município segundo a NOB/93.
Quantidade de municípios por estado e tipo de município segundo a NOB/93

Tipo de município	Estados				
	BA	CE	GO	RS	SP
Total do estado	5	26	7	7	104
Capital			1	1	
Região metropolitana	1	1		1	15
Média	1		1	1	13
Pólo		1		1	6
Pequena	3	14	4	2	45
Muito pequena		10			14
Vila			1	1	11

Fonte: Arretche e Marques (2002, p.13).

Depreende-se, portanto a baixa adesão dos municípios, tomando-se por referência a grande extensão territorial desses Estados, tendo o Estado de São Paulo despontado em relação aos demais quanto ao processo de municipalização.

3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA

3.1 Estrutura relativa à operacionalização do acesso ao leito de UTI

A SMS Goiânia, ora parte do objeto da presente intervenção de pesquisa, foi criada ao final da década de 1980, mediante a edição da lei municipal nº 6.591, fato este já trazido no capítulo anterior. No ano 2013 foi implantada uma nova estrutura organizacional, por meio da Lei Complementar nº 245, de 29 de abril de 2013. O novo organograma corrige várias distorções e fortalece a gestão, que nos últimos anos ampliou as ações e serviços oferecidos à população (Plano Municipal de Saúde-PMS 2014-2017, 2014, p. 60).

Em ato contínuo, foi regulamentado, via Decreto nº 4051, de 02 de setembro de 2013, o Regimento Interno da SMS.

No entanto, no ano de 2015 foi editada nova Lei Complementar nº 276/2015, que dispõe sobre as atribuições da Pasta, os quais para fins didáticos estão citados no seu art. 33, ora em questão:

Art. 33. À Secretaria Municipal de Saúde compete, dentre outras atribuições regimentais:

I - a formulação de políticas de saúde de acordo com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde;

II - a coordenação, supervisão e execução de programas, projetos, atividades e ações vinculadas ao Sistema Único de Saúde, em articulação com a Secretaria de Estado da Saúde, Ministério da Saúde, iniciativa privada, universidades e entidades afins;

III - a gestão do Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a sua lei de criação, incluindo o planejamento, a coordenação e a execução das atividades orçamentárias, financeiras e contábeis, sob fiscalização do Conselho Municipal de Saúde;

IV - a prestação de serviços de saúde à população no que tange à prevenção de doenças e a promoção da saúde coletiva com foco em seu caráter educativo, curativo, reabilitador e de urgência e emergência;

V - a execução de atividades integradas de assistência, prevenção e vigilância alimentar e nutricional, epidemiológica, sanitária e ambiental, respeitando as suas especificidades;

VI - a implementação e fiscalização de políticas relativas à saúde pública e de controle de vetores de doenças e zoonoses, em articulação com outros órgãos públicos;

VII - o exercício das competências conferidas no art. 2º, da Lei n.º 8.219, de 30 de dezembro de 2003, que cria o Sistema Municipal de Inspeção de Produtos de Origem Animal e Vegetal - SIM;

VIII - a implantação da Política de Humanização do Atendimento, em caráter permanente, nos serviços de saúde;

IX - a regulação, controle, avaliação e auditoria dos prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais contratualizados com o Sistema Único de Saúde;

X - o planejamento, controle e garantia do suprimento de medicamentos e insumos necessários à assistência farmacêutica, em conformidade com a política nacional e diretrizes do Sistema Único de Saúde;

XI - a prestação do suporte técnico e administrativo ao Conselho Municipal de Saúde;

XII - a viabilização de canal de comunicação que possibilite avaliação e redirecionamento das atividades desenvolvidas pelo sistema de saúde municipal.

No anexo II, da citada Lei Complementar, encontra-se disposta a estrutura organizacional da SMS, o qual é imperioso destacar a disposição da Superintendência de Regulação e Políticas de Saúde. Neste Departamento se concentram as respostas administrativas dos mandados de segurança relativas à concessão de leito de UTI, ora objeto de estudo.

Portanto, segue a figura 3 constando a estrutura organizacional da SMS Goiânia referente à citada Superintendência.

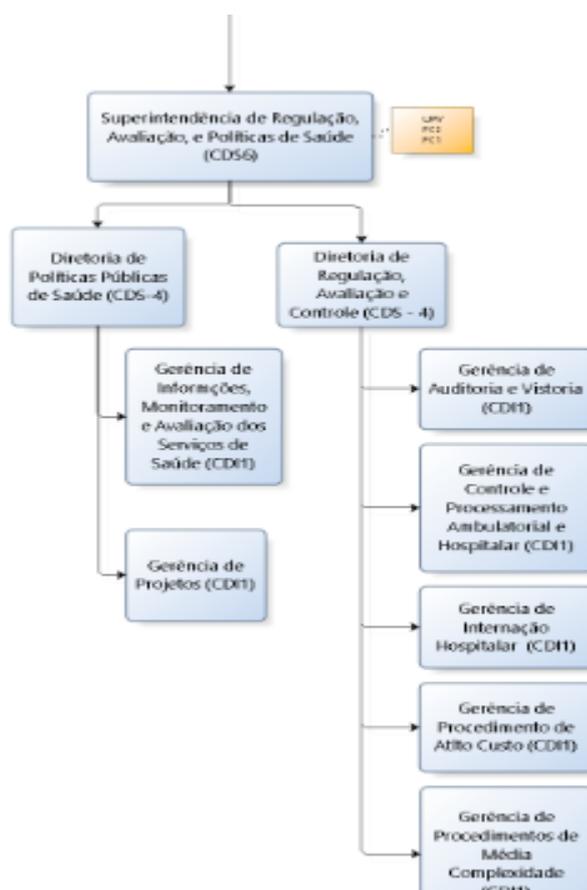


Figura 3. Estrutura Organizacional da Superintendência de Regulação e Políticas de Saúde da SMS Goiânia.

Fonte: Prefeitura de Goiânia (2015).

A figura 3 retrata a estrutura organizacional da Superintendência de Regulação e Políticas de Saúde, implementada desde o ano de 2015, e por ora encontra-se vigente por via da L.C. 276/2015, Anexo I, nos seguintes moldes:

(...)

Superintendência de Regulação e Políticas de Saúde

Diretoria de Políticas Públicas de Saúde

a) Gerência de Informações, Monitoramento e Avaliação dos Serviços de Saúde

b) Gerência de Projetos

Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle

a) Gerência de Auditoria e Vistoria

b) Gerência de Controle e Processamento Ambulatorial e Hospitalar

c) Gerência de Internação Hospitalar

d) Gerência de Procedimentos de Alto Custo

e) Gerência de Procedimentos de Média Complexidade

(...)

A Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle/SMS é responsável por promover e coordenar as ações de regulação, (...) da assistência no âmbito

municipal, com vistas a atender às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas e possibilitar o acesso do usuário às ações e serviços de saúde (...), consoante art. 126 do Decreto nº 4051, de 02.09.2013 que aprovou o regimento interno da SMS Goiânia.

Por sua vez, à Gerência de Internação Hospital, vinculada à Diretoria mencionada, se dedica, de acordo com o decreto acima citado, em especial a:

I- manter sistema de controle e de regulação dos leitos disponibilizados na rede hospitalar conveniada ao SUS, em regime de plantão de 24 horas, no âmbito do Município;

II- (...)

III- verificar, diariamente, as solicitações de leitos de UTI, conforme critérios médicos;

IV- monitorar os leitos existentes nas unidades hospitalares conveniadas, procedendo o controle de vagas para encaminhamento de pacientes para internação;

V- receber, via sistema, as solicitações de Autorização de Internação Hospitalar – AIH's, mantendo equipe médica de plantão para avaliação, encaminhamento e liberação de AIH's;

VI- fazer o cadastramento de AIH's, quando o sistema não estiver disponível na unidade;

VII- auxiliar os CAIS e CIAMS nas demandas de atendimento e internação de pacientes;

VIII- manter perfeita integração com os Serviço Móvel de Urgência – SAMU, visando a orientação quanto ao encaminhamento de pacientes em casos de urgência;

IX- realizar a escala de plantão dos Médicos Reguladores lotados na unidade;

X- avaliar e autorizar ou negar as Cotas Diretas solicitadas obedecendo às normativas existentes;

XI- avaliar e autorizar ou negar as Trocas de Procedimentos dos prestadores solicitantes;

XII- monitorar, diariamente, com visitas in-loco os pacientes de Unidade de Terapia Intensiva, para fins de incentivo, conforme critérios estabelecidos nas portarias 081/2014 e 043/2016;

XIII- Monitorar, diariamente, o sistema informatizado de internação de leitos;

XIV- monitorar e realizar os levantamentos estatísticos das internações solicitadas, excluídas, negadas e autorizadas, via sistema, de Regulação de Leitos;

Cumprido ressaltar que a atual Gerência absorveu as competências da antiga "Divisão de Regulação de Leitos" disposta no art. 135 do citado decreto, haja vista que a L.C. 276/15 extinguiu referida Divisão.

A Lei Complementar não trouxe para a estrutura da SMS o Complexo Regulador e sua Central de Regulação. Por tal lacuna normativa, a SMS vinculou a Central de Regulação de Internação à Gerência de Internação Hospitalar. Observa-se que a estrutura disposta pela Lei Complementar citada inobservou alguns

dispositivos do Ministério da Saúde, em especial, o contido na Portaria nº 1559/2008 que *Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS; e institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.

A Portaria nº 1559/2008 em seu art. 9º estipula que:

Art. 9º - O Complexo Regulador é a estrutura que **operacionaliza as ações da regulação do acesso**, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

II - Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - **Central de Regulação de Consultas e Exames:** regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - **Central de Regulação de Internações Hospitalares:** regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - **Central de Regulação de Urgências:** regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

Urge salientar que o enfoque do presente estudo será dos serviços realizados pelo Complexo Regulador Municipal (SMS Goiânia) e pela Central de Regulação de Internações Hospitalares, sendo que esta abarca os leitos hospitalares de urgência, dentre eles o de UTI.

Anterior à edição da Portaria nº 1559/2008, o Ministério da Saúde havia editado a Portaria nº 356, de 22 de setembro de 2000, que já trazia o conceito de Complexo Regulador Assistencial.

O Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

Tem-se que o Complexo Regulador deve ser composto por estruturas denominadas Centrais de Regulação, que tem por função realizar ações por intermédio do processo regulatório, ou seja, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam. O que não se desprende da estrutura trazida pela Lei Complementar nº 276/15.

Os Complexos reguladores se referem a estruturas que congregam um conjunto de ações da regulação do acesso à assistência de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das reais necessidades de saúde da população (MENDES, 2005).

O Complexo Regulado é composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam (MENICUCCI, 2006).

Portanto, os Complexos reguladores são instrumentos que dão poderes aos gestores públicos para articular e integrar os dispositivos de regulação do acesso como centrais de internação, centrais de consulta e exames, protocolos assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, e com outras funções da gestão com a programação e regionalização.

Isso se dá, pois, as unidades possibilitam a organização das ações de regulação do acesso de forma inteligente, no sentido de garantir a integralidade das ações de atenção à saúde, com qualidade e equidade (MARQUES e GARIGLIO, 2002).

As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e interhospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

A Central de Regulação de Urgência, conforme previsto no art. 9º da Portaria nº 1559/2008, regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é

realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. p. 6)

Assim, a partir do instante em que o paciente necessita de uma internação será acionada a Central de Regulação de Internações.

A Central de Regulação de Internações, por sua vez, é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados.

Tem-se que a capacidade física de atendimento, ou parte dela, dos estabelecimentos públicos e privados, com anuência do gestor, devem estar disponibilizados para central de regulação. E, tais instituições compõem a rede assistencial do SUS sendo incorporados às centrais de regulação por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES²³.

Uma das especificidades das ações de regulação pertine às internações hospitalares. Nesta seara se inter-relacionam, de igual intensidade, a regulação de procedimentos eletivos e de urgência, e integrada à regulação de leitos, com toda sua dinâmica e rotatividade.

Os fluxos da internação estão vinculados diretamente à capacidade instalada de leitos na rede de serviços de saúde e consistem na alocação do leito e na autorização dos procedimentos hospitalares, por intermédio da unidade solicitante é encaminhada para autorização do complexo regulador, gerando a codificação/confirmação/autorização da vaga.

Após a efetivação da internação do paciente, com a ocupação do leito, dá se início à execução dos procedimentos hospitalares. Assim, segue com o leito ocupado até a alta do paciente e posterior liberação da vaga para uma nova internação.

²³ O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS. Automatizar todo o processo de coleta de dados feita nos estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores (MS, SES, SMS, etc.) com dados de abrangência nacional para efeito de planejamento de ações em saúde.

Dar transparência a sociedade, pelo site, de toda a infraestrutura de serviços de saúde bem como Capacidade instalada existente e disponível no país. Ser, junto com o CNS, o principal elo entre todos os sistemas do SUS. O sistema coleta os seguintes dados: Informações básicas gerais; Endereçamento/Localização; Gestor responsável (SMS, SES, etc.); Atendimento prestado (Internação, Ambulatório, etc.); Caracterização (Natureza, Esfera, Ret. Tributos, etc.); Equipamentos (RX, Tomógrafo, ultrassom, etc.); Serviços de Apoio (SAME, S. Social, Lavanderia, etc.); Serviços Especializados (Cardiologia, Nefrologia, Farmácia, etc.); Instalações Físicas (leitos, salas, etc.); Profissionais (SUS, Não SUS, CBO, Carga horária, etc.); Equipes (ESF, PACS, etc.); Cooperativa. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>, acesso em: 25.09.19.

Outro campo que merece relevo é sobre a necessidade de alocação dos leitos, de acordo com a necessidade de cada paciente, trabalhando com diferentes tipos de situações: as urgências, as prioridades e as internações eletivas. E, ainda, tendo como principal instrumento o mapa de leitos que mostra a situação da ocupação dos leitos em tempo real, portanto é caracterizado por ser composto de dados bastante dinâmicos.

3.1.1 Da Central de Regulação do Município de Goiânia

A central de regulação do município de Goiânia, vinculada à Gerência de Internação Hospitalar, é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS (próprios, contratados ou conveniados), nas internações de urgência.

Ao realizar pesquisa geral no Diário Oficial do Município de Goiânia, D.O.M. com o descritor "complexo regulador" foi possível identificar a Portaria SMS nº 1234/2016²⁴, a qual em seu art. 1º visa:

Artigo 1º. Estabelecer que, todas as consultas, exames especializados e internações feitas pelas Unidades Públicas, Filantrópicas e Privadas contratadas e conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia devam ser encaminhadas e reguladas pelo Complexo Regulador do Departamento de Controle e Avaliação desta Secretaria, de acordo com a Programação Pactuada Integrada - PPI, e Projeto de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade.

Portanto, depreende-se que no ano de 2006 restou estabelecida as funções principais do complexo regulador, e definiu os fluxos das internações realizadas pelas unidades de saúde contratualizadas com a SMS Goiânia.

Após ampla busca no D.O.M. de Goiânia verificou-se que inexistente, *a priori*, uma regulamentação específica no município de Goiânia que defina a estrutura do complexo regulador municipal ou mesmo da central de regulação municipal.

Vale aclarar que, de acordo com os dados fornecidos pela SMS, a Central de Regulação Municipal atende a 471²⁵ unidades solicitantes, sendo que no ano de 2017 foram realizadas 21.495²⁶ solicitações somente em relação ao leito de UTI.

Em relação a composição de recursos humanos, tem-se que a partir de abril/2017, os médicos plantonistas lotados na central de regulação, passaram a

²⁴ GOIÂNIA. Portaria nº 1234/2016, de 18 de agosto de 2006. Diário Oficial do Município: Goiânia, GO, edição 3.956, p.10, set. 2006.

²⁵ fonte: SMS Goiânia.

²⁶ fonte: SMS Goiânia.

exercer a carga horária de 20 horas semanais. E, o cumprimento da carga horária passou a se dar mediante a realização de 01 plantão fixo de 12h e o outro de 12h de 15/15 dias, totalizando 7 plantões ao mês.

Por conseguinte, a execução dos plantões foi organizada da seguinte forma:

Médico 1: responsável pela busca de UTI adulto (Ao final da busca, revisar as pendências e auxiliar nas outras solicitações de internação);

Médico 2: responsável pela busca de UTI infantil (Ao final da busca, revisar as pendências e auxiliar nas outras solicitações de internação);

Médicos 3 e 4: responsável pela avaliação da internação de urgência dos outros tipos de leitos, avaliação de cota direta, de encaminhamentos de urgência e pendências.

O plantão noturno é composto por 3 médicos, cujas funções no plantão se dividem da seguinte forma:

Médico 1: responsável pela busca de UTI adulto e infantil.

Médicos 2 e 3: Avaliação da internação de urgência dos outros tipos de leitos, avaliação de cota direta, de encaminhamentos de urgência e pendências.

O processo administrativo da Central de Regulação de Goiânia é coordenado pela Gerência de Internação Hospitalar, que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, de forma alcançável no período correspondente ao não comercial (19h às 7h). O expediente administrativo se dá em horário comercial, 8 às 12h e 14 às 17h, em dias úteis, neste local são exercidas atribuições administrativas relativas aos recursos humanos, ordenação do serviço; respostas administrativas aos setores demandantes, dentre estes o Ministério Público, Tribunal de Justiça, Defensoria, dentre outros.

3.2. Sistema de informação da regulação do acesso

A Portaria nº 1.559/2008, em seu art. 10, parágrafo primeiro, inciso VIII, atribui à União à responsabilidade de *disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação.*

Para tanto, o gestor local possui a obrigação de definir a estratégia de efetivação do sistema de informação e informática para as centrais de regulação. O fluxo informatizado deve estar em consonância com o sistema de informação que irá operacionalizar este fluxo.

O sistema informatizado deve ser compatível e estar em consonância com a Política Nacional de Informação em Saúde, com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, com a Programação Pactuada e Integrada – PPI, com o Cartão Nacional de Saúde – CNS, com o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e com o Sistema de Informações Hospitalares - SIH, além de permitir todos os tipos de consultas e relatórios possíveis e necessários para o gerenciamento dos Complexos Reguladores.

O MS via DATASUS disponibiliza aos gestores um sistema de informações *on line* denominado de Sisreg (sistema de regulação) visando o gerenciamento e operacionalização das centrais de regulação. Se trata de um software que funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à internet.

SISREG – Sistema de Informação de Regulação. Sistema informatizado desenvolvido para apoiar as atividades das Centrais de Regulação. Esse sistema é destinado a facilitar a operação, gerenciamento e obtenção de informações nos complexos reguladores. Foi concebido de forma modular, permitindo o desenvolvimento e introdução de soluções de parâmetros locais. O primeiro módulo desenvolvido é destinado ao gerenciamento da assistência ambulatorial (consultas e exames especializados). Os demais módulos, envolvem a assistência hospitalar (controle de leitos) (BRASÍLIA: CONASS, 2003, p. 110).

Neste aspecto, Ayres (2009) aduz que:

o Sistema de Regulação (SISREG), responsável pela informatização da central de regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde no período de 1999-2002 representa um movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores e à integração dos múltiplos sistemas de informação em uso.

As experiências, a partir de utilização do Sisreg e o amadurecimento das metodologias e estratégias no estabelecimento de centrais de regulação, apontaram para a necessidade de melhorias no sistema original. Atualmente, o DATASUS vem aprimorando este sistema e está disponibilizando o SISREG III²⁷.

O sexto volume da série Pactos Pela Saúde, ora intitulado de Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores, traz os objetivos gerais de um Sistema Informatizado de Regulação, sendo eles:

- distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
- distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
- acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios;

²⁷ Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>. Acessado em: 20 de ago. 2019.

- permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
- identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;
- subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso;
- permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor. Para atingir os objetivos propostos e operar a Central de Regulação, o sistema informatizado deverá, minimamente, ter as seguintes funcionalidades:
 - configurar controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado;
 - configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante ou solicitante) e a oferta e complexidade da mesma;
 - configurar a PPI para a população própria e referenciada, a sua validade e o controle financeiro (opcional);
 - configurar a oferta por estabelecimento, por validade e seu controle financeiro (opcional);
 - permitir a hierarquização entre as Centrais de Regulação;
 - interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH);
 - gerar arquivos para bases de dados nacionais;
 - gerar relatórios operacionais e gerenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 24-25).

O município de Goiânia adota, até a presente data, um sistema informatizado de internação e encaminhamentos de urgência próprio baseado no mapeamento de leito em sistema. Este sistema tem a facilidade de ser gerenciado pelo gestor municipal permitindo mudanças e criação de relatórios conforme necessidade da Secretaria.

O sistema foi implantado no ano de 2008, sendo que no ano de 2015 já era composto por módulo correspondente aos leitos mapeados em sistema; internações de cota direta registrada *on line*; autorização de troca de procedimento, somente pelo médico regulador; liberação do sequencial de AIH; por meio da página da prefeitura de Goiânia; dados clínicos e exame físico parametrizados; liberdade do gestor definir particularidades no sistema; registro de diária de leitos como UTI e leitos de Enfermaria de Retaguarda.

4. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

4.1 HISTÓRICO NO SUS

O Sistema Único de Saúde, como é cediço, foi criado pela Constituição de 1988, e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, e demais legislações esparsas. Tem-se que os serviços de saúde são organizados de modo descentralizado e hierarquizado, com a corresponsabilidade dos três entes federados, consoante disposições legais e entendimentos já pacificados pelos tribunais superiores.

O movimento da descentralização se tornou uma das bases de sustentação do sistema como um todo. Cada ente se responsabiliza por suas atribuições e responsabilidades definidas.

No entanto, ao se estabelecer um estudo nas jurisprudências pátrias, percebe-se o estabelecimento da responsabilidade solidária, referente às obrigações dos entes da federação quanto ao dever de prestação de serviços de saúde, conforme se depreende do posicionamento do Ministro Ricardo Lewandowski do STF²⁸.

Portanto, o que se depreende do aparente conflito é que os próprios Poderes não detêm um consenso no que se refere à responsabilização da atuação junto as ações e serviços de saúde, embora reconheçam o direito a saúde como um direito fundamental.

Inexiste consenso entre os estudiosos sobre a origem da judicialização no Brasil, contudo, deve-se considerar que a concepção de tal termo ainda se encontra em plena construção.

Há marcos históricos que devem ser trazidos ao cerne da questão, lançando mão de estabelecer uma análise conclusiva acerca do tema em cotejo, vez que não se exaure.

Com o surgimento do Estado do Bem-Estar Social, após o fim da primeira guerra mundial, o Estado passa a ter um papel intervencionista perante a sociedade. O Estado começa a exercer um papel de ação, no que concerne a elaboração e implementação de políticas públicas. Por consequência o Poder Judiciário exerce uma posição de maior destaque, vez que não cumpre apenas julgar no sentido de julgar baseado na legislação vigente, [...], mas também e sobretudo, examinar se o exercício discricionário do poder de legislar conduz à concretização dos resultados objetivados [...] (FERRAZ JÚNIOR, 1994, p.18).

Após a crise no Estado Social, verificada pela incapacidade de ordem financeira e social de atender todas as demandas é que surge uma nova conjuntura do Estado, por meio do Estado Neoliberal. A partir de então houve um afastamento do Estado em relação à ordem social e econômica, seguido do fenômeno da globalização.

²⁸ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. AI 808.059/RS-AsR. Primeira Turma. Rel. Min. Ricardo Lewandowski. Julgado em 02 de dezembro de 2010. DJ de 31 de janeiro de 2011. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTextoMultimidia.asp?servico=atendimentoStfServicos&idConteudo=178384&modo=cms>. Acessado em: 07 de dez. 2018.

Tal fato forçou outros países a se reformularem na área legislativa a fim de atender os ditames globais, o que, por consequência, também reformulou a atuação do Poder Judiciário. A tendência demonstrada era de que os sistemas jurídicos contemporâneos devem criar técnicas de garantia da efetividade a novos direitos vitais. No Brasil, as alternativas legais para o acesso aos serviços de saúde demonstram que em sua grande maioria trata-se de demandas individuais, iniciadas na década de 90, cujos pedidos se referiam a medicamentos antirretrovirais para o HIV/Aids (CAMPILONGO, 1994, p. 125).

Um dos marcos da judicialização do país se referiu ao acesso de pacientes da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), por via do Poder Judiciário. O fato importante, é que a articulação desse grupo de pacientes resultou na promulgação da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que instituiu a distribuição gratuita de medicamentos, pelo SUS, para os portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Tem-se que, a partir da incorporação dos medicamentos dedicados ao tratamento desses pacientes ao elenco do SUS, a demanda pela via judicial por esses medicamentos diminuiu. Porém, a partir desse momento, outras demandas começaram a surgir.

O processo referente a análise das causas da judicialização do direito da saúde encontra-se em franca expansão, haja vista que se trata de um fenômeno multifacetado, no qual, expõe os limites. Tal situação vem fomentando os agentes públicos a produzirem ações mais efetivas, tanto das áreas de gestão da saúde quanto do Poder Judiciário em si.

Um estudo realizado pelo Conselho Nacional de Justiça², que deu ensejo a publicação da obra: “Judicialização da Saúde no Brasil. Dados e experiências. Sumário Executivo”, destacou que as demandas apresentadas versam de forma predominante sobre os aspectos curativos da saúde (medicamentos, tratamentos, próteses etc.); com predominância da litigação individual.

Dentre as causas da judicialização assevera o estudo que:

[...] um desafio comum nos estudos era quanto a atuação das instituições jurídicas na saúde, cujo desconhecimento técnico. Bem como, a ausência de mecanismos administrativos efetivos para a concretização da saúde, o que proporcionou uma expansão da interferência das instituições jurídicas no cotidiano da gestão. [...] E, a ausência de estratégias de pactuação para a efetivação da saúde [...] escassez de recursos [...] dificuldade de compras de produtos e insumos [...] (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Um dos aspectos a se considerar e que pode ser trazido como uma das causas da judicialização é a ausência de fortalecimento do Fórum Nacional, e dos Comitês Estaduais, dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, das Conferências de Saúde, bem como a falta de integração institucional destes.

Dentre os agentes envolvidos no fenômeno da judicialização, principalmente no âmbito judicial, percebe-se pouco conhecimento das instituições disponíveis para diálogos, bem como das normativas e meio existentes que possam ser utilizados para dirimir dúvidas e até mesmo para auxiliar na construção de políticas públicas efetivas.

Assinala-se que o desconhecimento da população sobre a separação dos poderes, bem como das funções exercidas por cada um, proporcionou uma maior procura pelo Poder Judiciário, pois passou a ser visto como um agente substitutivo do Poder Executivo.

E, a falta de infraestrutura adequada, mão de obra por vezes insuficiente e, como dito acima, a escassez de recursos financeiros, atraso no fornecimento de tecnologias da saúde aparecem, também, como condicionantes para a crescente demanda de procedimentos, consultas, internações, exames, dentre outros.

4.2 PRINCÍPIO DA EQUIDADE

Ao se tratar da judicialização é usual deparar-se com a vinculação ao princípio da equidade, uma vez que as decisões judiciais devem, da mesma maneira que as ações do poder público, estar voltadas à promoção da igualdade mediante o reconhecimento das desigualdades que afetam o coletivo e a individualidade, visando a sua superação.

Assim, na tomada de decisão, os juízes ao se depararem com as questões jurídicas e fáticas, devem trazer a relevo o princípio da equidade em qualquer interpretação adequada do direito constitucional à saúde.

Dois perspectivas podem alinhar o princípio da equidade: a primeira, concerne às chances de ocorrência de agravos de saúde; e a segunda, quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde, trata da disponibilidade de ações de saúde. As duas buscam compensar as variações biológicas e sociais, equiparando a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais (BARROS *et al.*, 2016).

Nessa mesma vertente, Escorel (2008) observa que, de modo geral, o princípio da equidade tem sido utilizado em duas versões: uma condiz com as condições de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde. No que se refere as condições de saúde o que se analisa é a distribuição dos riscos de adoecer e morrer, em grupos populacionais. Embora exista variações biológicas como sexo e idade que determinam diferenças de morbidade e mortalidade, grande parcela das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. O grupo social e economicamente vulnerável, é responsabilizado pelo maior tributo em termos de saúde, e, possui, também, a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam elas de origem infecciosa, crônico-degenerativas ou ainda originadas por causas externas.

O SUS em suas ações se propõe a atingir um acesso aos serviços de saúde de modo equânime por via Constitucional. Por sua vez, o sistema estabelece o uso de um processo regulatório como um de seus instrumentos de gestão, uma vez que este se apresenta como um importante equalizador social capaz de atenuar a relação entre necessidade, demanda e oferta (VILARINS *et al.*, 2012).

A C.F./88 em seu art. 196 garante aos cidadãos o direito à saúde e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção e recuperação.

Nesta esteira, Unglert (1990), traz que a equidade deve entendida como a igualdade no acesso à saúde e deve ser provida como um direito, de todo o cidadão.

De tal modo, é possível visualizar que o acesso a saúde esta relacionado a questões fora do âmbito da assistência a saúde. É necessária trazer a lume as questões socioeconômicas e culturais que interagem com aspectos intersetoriais vinculados a estrutura política vigente.

Assim, todo tem direito ao mesmo serviço de saúde de forma equânime, sendo relevante mencionar a decisão do STF, em sede de repercussão geral²⁹:

É constitucional a regra que veda, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a internação em acomodações superiores, bem como o atendimento diferenciado por médico do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) ou por conveniado, mediante o pagamento da diferença dos valores correspondentes. 2. **O procedimento da “diferença de classes”, tal qual o atendimento médico diferenciado, quando praticados no âmbito da rede pública, não apenas subverte a lógica que rege o sistema de seguridade social brasileiro, como também afronta o acesso equânime e universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde**, violando, ainda, os princípios da igualdade e da dignidade da pessoa humana. Inteligência dos arts. 1º, inciso III; 5º, inciso I; e 196 da Constituição Federal. 3. Não fere o direito à saúde, tampouco a autonomia profissional do médico, o normativo que veda, no âmbito do SUS, a assistência diferenciada mediante pagamento ou que impõe a necessidade de triagem dos pacientes em postos de saúde previamente à internação.

Portanto, reza a legislação brasileira que inexistente possibilidade de fornecer serviços ou produtos de saúde diferenciados para os usuários do sistema, tão somente na ocorrência de situações fáticas que o exigem (tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais na proporção de suas desigualdades).

O SUS está estruturado para garantir a oferta de serviços e produtos de saúde em níveis de atenção. A exemplo pode citar as relações nacionais, estaduais e municipais de medicamentos essenciais, especializados e estratégicos conhecidos como a RENAME e o REMUME; relações de ações e serviços de saúde como RENASES; e, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT). Esses instrumentos servem para estabelecer o que ofertar e para quem, visando o atendimento igualitário à população.

A compreensão do princípio em tela pode aparentar certa confusão, pois pela equidade deve-se entender a garantia da universalidade considerando as diferenças de um grupo ou indivíduo em dada região. As diferenças devem ser

²⁹ STF, Pleno. RE 581.488, rel. min. Dias Toffoli, j. 3-12-2015, DJE de 8-4-2016, Tema 579.

consideradas para se ofertar um serviço público adequado e de qualidade ao usuário do SUS.

As políticas públicas de saúde consideram as distinções existentes, um exemplo claro se refere a diferença de atendimento da população feminina em relação ao homem, ao idoso se difere à infância, dentre outros. Portanto, trata-se de situações diversas que precisam de ser consideradas para promover o atendimento de saúde.

Vale dizer, então, que a equidade visa a garantia da universalidade considerando as diferenças.

De acordo com o estabelecido pela legislação brasileira o Comitê de Especialistas das Nações Unidas para os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ao interpretar o artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, ratificado pelo Brasil em 1992 – cujo § 1º assegura o “direito de toda a pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental” -, observou que “o direito à saúde não deve ser entendido como direito a estar sempre saudável”, mas, sim, como o direito “a um sistema de proteção à saúde que dá oportunidades iguais para as pessoas alcançarem os mais altos níveis de saúde possíveis”³⁰.

Embora vários países e órgãos de envergadura, em âmbito internacional, referendem o princípio da equidade no direito da saúde, tem-se que a equidade não se encontra bem delineada tal qual os princípios da universalidade e integralidade.

É importante dizer que o Brasil é um país de grande densidade demográfica, com diversidade cultural e socioeconômica consideráveis que impactam sobretudo na elaboração de políticas públicas e na prestação dos serviços de saúde.

Neste sentido, cumpre trazer a baila os dizeres de Borba (2019) que também traz considerações sobre a equidade:

É de lembrar que, na Carta de Ottawa, de 1986, a Organização Mundial da Saúde giza que, para que seja possível tratar-se de promoção da saúde, o indivíduo deve dispor, antecipadamente, de condições que são ali enumeradas: moradia, educação, alimentação, certa renda, um ecossistema estável, uma extensão durável de recursos, acesso a justiça social e a um tratamento equânime. E superajunta que boa saúde é um inestimável recurso para que haja desenvolvimento econômico, social e individual. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, comportamentais, biológicos e

³⁰ Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S001152582009000100007&script=sci_abstract&lng=ES.

Acessado em: 01 de nov. 2019.

ambientais podem favorecer ou dificultar a promoção da saúde. A mediação e a promoção da saúde implicam repartição de responsabilidades entre governos, organizações não governamentais, grupos profissionais, sociais e familiares. Programas e estratégias de promoção de saúde devem-se adaptar aos locais onde são postos em prática, e aos recursos ali existentes (OMS, 1986).

O SUS, como política pública, foi formulado para o acesso universal, a igualdade e a justiça social relativas às necessidades de saúde da população brasileira. Ao se conceber a equidade na ótica da ética e da justiça, pode considera que essa política pública tenha um grande potencial de alcançá-la, embora as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização (PAIM, 2006).

5. GESTÃO DO ACESSO AOS LEITOS DE UTI

A SMS Goiânia utiliza de um sistema de gestão próprio desenvolvido por outra Pasta, pertencente a administração direta que atualmente é denominada de Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, Trabalho, Ciência e Tecnologia (SEDETEC).

O sistema foi desenvolvido pelos analistas da Pasta citada uma vez que, dentre suas finalidades precípuas, é responsável por gerir, desenvolver e implantar políticas, programas e projetos nas áreas de ciência, tecnologia e inovação, consoante disposição contida no Decreto Municipal nº 1982, de 08.07.2016.

O sistema é via intranet na qual o servidor habilitado da SMS acessa com seu *login* (número de sua matrícula funcional) e senha de até 8 dígitos.

Na capital Goiânia a rede de serviços de urgência é composta pelas unidades abaixo que, também compõem as unidades solicitantes, as quais totalizam em 18.

- 14 CAIS/CIAMS: prestam atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo as básicas e atendimento em outras especialidades não médicas. Oferece serviço de apoio diagnóstico e Pronto atendimento 24 Horas.
- 02 Maternidade/Hospital: realizam atenção hospitalar;
- 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA): é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo esta compor uma rede organizada de atenção às urgências e devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de

trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (SMS Goiânia, 2018, p. 75 e 76).

Além dessas unidades tem-se toda a rede contratualizada os quais somam ao número de 21 hospitais. Este número corresponde aos hospitais públicos, contratualizados e conveniados com a SMS Goiânia para a oferta de leito SUS.

Ainda existem os municípios pactuados com o município de Goiânia, cujo instrumento é a PPI³¹. A SMS Goiânia, por sua vez, disponibiliza em sua página institucional³² o relatório da PPI em relação ao leito de UTI, dando transparência ao relacionar as unidades executantes para esse tipo de serviço em todo o Estado de Goiás.

5.1 Fluxo de Internação em leito de UTI

Um dos mecanismos normativos necessário a prestação do serviço assistencial é exercida pelo Complexo Regulador, por meio de sua Central de Regulação. É responsável pela organização, controle, gerenciamento, priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, oferecendo alternativas a fim de atender a demanda da população, como os leitos de UTI.

Dessa forma, visando a inclusão assistencial, em sobremaneira, a Central de Regulação da SMS Goiânia disponibiliza às Secretarias de Saúde de Goiânia e das cidades pactuadas, dos hospitalares (próprios, contratos e convênios); Complexo Regulador Estadual, senha de acesso.

A solicitação da vaga somente se dá via sistema (<http://www4.goiania.go.gov.br/sistemas/senha/asp/geral00000f0.asp>), mediante a liberação de senha de acesso aos servidores habilitados e autorizados pela Superintendência de Regulação e Políticas de Saúde. A SMS faz o monitoramento das senhas de acesso para os serviços de solicitação, consulta e alteração de dados, nos casos permitidos.

³¹ Glossário do Ministério da Saúde a Programação Pactuada e Integrada (PPI): Programação feita em acordo entre os gestores dos três níveis de governo com o objetivo de otimizar serviços e resultados e de racionalizar. A PPI evita a duplicação de gastos porque o planejamento é feito em conjunto e com a intermediação dos governos estaduais. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf. Acessado em: 15 de nov. 2019.

³² Disponível em: <https://webservicesms.goiania.go.gov.br/prod/relatorio/ppi>. Acessado em: 20 de out. 2019.

A autorização para codificação vaga, precedida de análise clínica, é atribuição precípua dos médicos plantonistas da mesa de regulação.

Dentre as abas disponibilizadas, tem-se a denominada "unidades solicitantes". Nesta aba encontra-se o acesso para a solicitação de "vaga de internação de urgência".

As figuras 4 e 5 demonstram as abas disponibilizadas aos habilitados, ora denominados pela SMS Goiânia como "unidade solicitante", para realizarem a solicitação de vaga de internação de urgência.

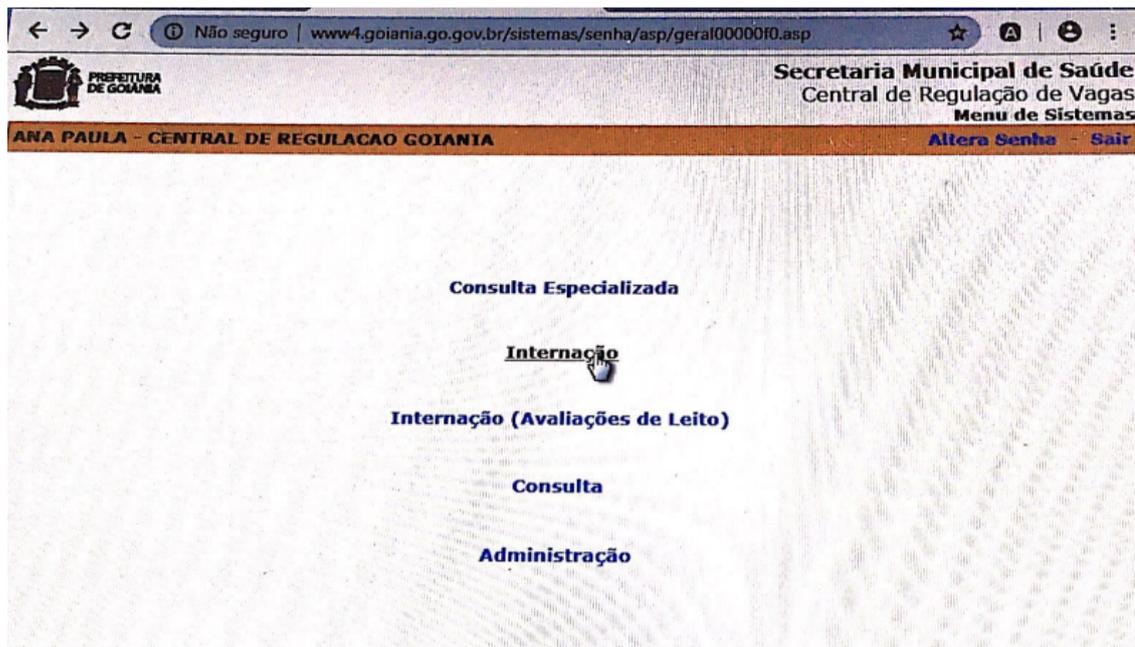


Figura 4. Tela inicial de solicitação de Internação.

Fonte: SMS Goiânia (2019).



Figura 5. Tela de acesso à Internação.

Fonte: SMS Goiânia (2019).

A figura 6 consta as seguintes abas: "paciente", "dados AIH³³" e "avaliação" todas devem ser preenchidas pela unidade solicitante, a ser objeto de análise do médico regulador.

Em relação a aba "paciente" é necessário que primeiramente o campo "busca" seja clicado, após deve identificar o "sexo" e digitar o nome do paciente no campo destinado para tal. O sistema disponibilizará algumas opções na hipótese de o paciente já ser cadastrado, e irá fornecer os dados já preenchidos. Caso o sistema detecte que existe um homônimo será fornecido outros dados, tais como o nome da mãe, sendo necessário que o usuário identifique o dado correto e clicar em "fechar". E, se não houver nenhum cadastro no nome do paciente deverá ser preenchido os dados do paciente pelo usuário, e após clicar na opção "incluir" .

É criado, automaticamente pelo sistema, um número de AIH, o qual comporá o histórico de serviços SUS disponibilizados ao paciente, a ser registrado banco de dados do sistema de regulação, para qualquer tipo de consulta.

Figura 6. Tela referente a inserção de dados para a solicitação de UTI.

Fonte: SMS Goiânia (2019).

Nas figuras 6 e 7 encontram-se as abas: "Paciente", "Dados AIH" e "Avaliação" cujas informações devem ser inseridas pela unidade solicitante. Inserir

³³ Autorização de Internação Hospitalar-AIH, de acordo com o Glossário do MS é o principal formulário usado pelo SIH (Sistema de Informação Hospitalar) que permite o diagnóstico da produção de serviços. Este instrumento apresenta diversos modelos: a AIH1, que dispõe de dados de identificação do paciente, registro do conjunto de procedimentos médicos e serviços de diagnose e terapia realizados; e a AIH5, que dispõe de dados referentes a pacientes crônicos ou psiquiátricos que necessitam de continuidade no tratamento. disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf. Acessado em: 09 de ago. 2019.

as informações do tipo de leito e do quadro clínico do paciente se fazem necessários, para fins de avaliação do médico regulador.

Figura 7. Tela de inserção de dados na AIH.

Fonte: SMS Goiânia (2019).

Figura 8. Tela referente a inserção de dados para a solicitação de UTI.

Fonte: SMS Goiânia (2019).

A figura 8 traz a tela sobre os "dados da AIH". Deve ser indicado o tipo de leito e preenchido os dados solicitados, tais como pressão arterial, frequência respiratória, dentre outros. Esse campo deve ser preenchido corretamente, o que exige máxima cautela, pois os dados serão avaliados pelo médico regulador, via sistema, ou seja, o médico regulador não tem contato com o paciente.

A importância do preenchimento desse campo é necessária para facilitar a avaliação do médico regulador, pois a liberação da solicitação para um hospital está condicionada a avaliação médica. Tal fato visa evitar demora pelo fato do preenchimento de dados inconsistentes.

No campo "HDA" (história da doença atual), deve ser registrada a doença, os sintomas, quando começou, e se a doença evoluiu. Ou seja, deve constar o histórico clínico atual do paciente de forma sucinta e clara. Em relação ao campo "resultado de exames", demonstrada na figura 8, é necessário inserir tão somente a denominação dos exames realizados, sem a sua descrição.

A figura abaixo denota a tela "avaliação", cujos campos devem igualmente ser preenchidos com maior acuidade, referentes ao "procedimento", "CID", "tipo de leito". Assim, a avaliação do médico regulador se dará nos campos preenchidos com conexão, em especial quanto ao procedimento e tipo de leito. Caso contrário o médico diligenciará, via sistema, ao solicitante para inserir as informações necessárias.

Caso seja demonstrada qualquer divergência a AIH não é validada. Em caso de dúvidas a SMS sugere³⁴, às unidades solicitantes, que realizem consulta à tabela SIGTAP³⁵ seja consultada, cujo link de acesso é: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

No campo referente a "data da primeira solicitação de internação" é importante o seu preenchimento, pois corresponde ao marco inicial para a contagem de tempo de espera do paciente para a internação.

³⁴Disponível em: <http://www.goiania.go.gov.br/sistemas/siscv/docs/AvisoGeral.pdf>. Acessado em: 20 de nov. 2019.

³⁵ Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Trata-se de uma ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e outros órgãos do governo e faz com que todos os procedimentos cirúrgicos realizados no país sejam marcados e agendados, já com estimativa de valores que serão gastos nessas operações, bem como materiais utilizados. Disponível em: <https://cartaodosus.info/sigtap/>. Acessado em: 20 de set. 2019.

Figura 9. Tela referente a inserção de dados da AIH-Cota direta.

Fonte: SMS Goiânia (2019).

A figura 9, demonstra a tela referente a AIH, na qual encontra-se, também a opção "cota direta", que se trata da solicitação de internação de urgência quando a unidade solicitante é a mesmo que a unidade executante. Ou seja, o hospital com pronto socorro solicita as internações de demanda espontânea, somente aqueles hospitais que possuem leitos cadastrados no sistema.

O Sistema de Regulação municipal, disponibilizado ao médico regulador, dispõe basicamente da tela de avaliação e da tela de pendência, com seus respectivos acessos.

Na tela de avaliação os seus acessos se referem a internação de urgência; na segunda faixa, a solicitação de cota direta; na terceira faixa, a solicitação do encaminhamento de urgência; e abaixo, o acesso ao desbloqueio dos leitos de internação.

O médico regulador deve avaliar a AIH antes de acessar a tela de pendência. A tela de avaliação propicia permitir ao médico regulador proceder a análise da solicitação. Averigua os dados clínicos completos que devem ser compatíveis com o tipo de leito e código de procedimento.

O regulador devolve a solicitação, à unidade solicitante, no momento em que detecta alguma dúvida ou incoerência.

No caso específico da tela de Cota Direta, é necessário averiguar a opção "ver histórico", para observar se o paciente já teve entrada na rede municipal, via AIH ou por encaminhamento de urgência.

Ao verificar a conformidade das informações é realizada a busca para verificação de disponibilidade de vagas para o perfil apresentado.

Na tela serão selecionados apenas os leitos disponíveis de acordo com o tipo de leito. Porém, existem outros tipos de buscas, autoexplicativas na página, que auxiliam o regulador para possíveis adaptações na busca de vagas. Existem opções auxiliares no sistema, para inserir comentário; devolver o paciente ao solicitante; marcar consulta especializada; encaminhar o paciente para a Tela de Pendência; dentre outros.

Na tela de pendência existem as opções de internação de urgência; encaminhamento de urgência, e agendamento de consultas especializadas.

É possível filtrar as solicitações de internação priorizadas e não priorizadas

As solicitações priorizadas referem-se às pendências de internação de urgência com particularidades específicas tempo de permanência, mandados judiciais e outros.

Vale ressaltar ainda, que as priorizações se encontram em destaque, cor diferente para melhor visualização, na tela de pendência .

A tela de pendência é fruto de análise 24 h por dia pelos médicos reguladores.

As pendências de UTI são devolvidas no início do plantão diurno para reavaliação, cujas AIHs tenham sido lançadas há mais de 12 horas, referente as unidades solicitantes como: UPAs/CAIS/CIAMS/, municípios da Regional de Saúde Central, e Secretarias pactuadas.

As pendências inseridas a partir de 00 hora do mesmo dia permanecem no sistema, desde que os dados clínicos estejam completos e coerentes com o tipo de leito requisitado e o código de procedimento.

As pendências referentes aos hospitais contratualizados; das unidades de referência (estaduais); do CRE (Central de Regulação Estadual); e as Secretarias que possuem polos regionais, permanecem no sistema e serão excluídas com 48 horas automaticamente.

No início do plantão diurno, os médicos reguladores procedem a reavaliação das pendências. Após a reanálise é passível a devolução via sistema para o solicitante, haja vista a necessidade de avaliação do quadro clínico do paciente. Foram enumeradas as situações que ensejam a devolução, vale lembrar que todas são analisadas por médico devidamente habilitado. São elas :

- dados incompletos;
- incoerência entre dados clínicos, tipo de leito e código de procedimento;
- necessidade de reavaliação do quadro hemodinâmico;

- necessidade de reavaliação do quadro respiratório;
- necessidade de reavaliação do quadro neurológico

5.2 Censo de leitos

O Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS 1.101/2002, que dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, que foi revogada pela revogada pela PRT GM/MS nº 1.631 de 01.10.2015 que aprova os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

A população do município de Goiânia no ano de 2019 é de 1.516.113 habitantes (estimado pelo IBGE para o ano de 2019), a proporção de habitantes estritamente dependente do SUS³⁶ (61,6% sem planos privados de saúde).

Por outro lado, a capital Goiânia disponibiliza uma ferramenta que traz o mapa e ocupação dos leitos de UTI na capital, em tempo real.

A transparência dos atos administrativos se revela como um importante instrumento de gestão. Farias *et al.* (2011), assevera que os elementos-chave dos princípios que regem as prioridades na tomada de decisões pela regulação e protocolos envolvem transparência, racionalidade e garantia de que estes procedimentos sejam de fato realizados.

Percebe-se que a capital do estado de Goiás optou pela transparência ao disponibilizar via *internet*, site da SMS Goiânia, de livre acesso, o retrato em tempo real da ocupação dos leitos de UTI.

Ao acessar o *link* abaixo se tem conhecimento sobre a situação atual dos leitos públicos de UTI disponibilizados à população da capital: http://www.goiania.go.gov.br/sistemas/siscv/asp/siscvg0930f0.asp?sel_tp_lto=0.

Na figura 10 encontra-se o espelho de vagas e seu *status*, que na ocasião da consulta, demonstrava a ocupação de 401 leitos ocupados, 25 desocupados e 5 reservados. Os leitos reservados compreendem àqueles necessários aos pacientes que estão realizando cirurgia e demandam a UTI, após o seu término.

³⁶ Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def. Acessado em: 01 de nov. 2019.

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO

Leitos de UTI disponibilizados pela Rede Pública Municipal.

Unidade Executante

Mostrar Leitos

Limpar

Quantidades e Tipos de Leitos de UTI					
Unidade Executante	Descrição do Leito	Quantidade de Leitos			Total Ofertado
		Ocupado	Desocupado	Reservado	
CRER	UTI ADULTO II	18	2	0	20
GASTRO SALUSTIANO HOSPITAL	UTI ADULTO II	16	0	0	16
HOSPITAL DA CRIANÇA	UTI NEONATAL II	6	0	0	6
HOSPITAL DA CRIANÇA	UTI PEDIÁTRICA	6	0	0	6
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	UTI ADULTO II	10	0	4	14
HOSPITAL DAS CLÍNICAS	UTI NEONATAL II	3	0	0	3
HOSPITAL DE CANCER	UTI ADULTO II	6	4	0	10
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DR. ANUAR AUAD	UTI ADULTO II	9	0	0	9
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DR. ANUAR AUAD	UTI PEDIÁTRICA	1	3	0	4
HOSPITAL DE URGENCIAS DE GOIANIA - HUGO	UTI ADULTO II	52	5	0	57
HOSPITAL DE URGENCIAS G O L SIQUEIRA - HUGOL	UTI ADULTO II	48	0	0	48
HOSPITAL DE URGENCIAS G O L SIQUEIRA - HUGOL	UTI ADULTO II CORONARIANA	10	0	0	10
HOSPITAL DE URGENCIAS G O L SIQUEIRA - HUGOL	UTI QUEIMADURA	4	3	0	7
HOSPITAL DE URGENCIAS G O L SIQUEIRA - HUGOL	UTI PEDIÁTRICA	10	0	0	10
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BARBARA	UTI NEONATAL II	7	0	0	7
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BARBARA	UTI ADULTO II	1	0	0	1
HOSPITAL GERAL DE GOIANIA - DR. ALBERTO RASSI	UTI ADULTO II	27	3	0	30
HOSPITAL GOIANIA LESTE	UTI ADULTO II	6	0	0	6
HOSPITAL INFANTIL DE CAMPINAS	UTI PEDIÁTRICA	1	2	0	3
HOSPITAL INFANTIL DE CAMPINAS	UTI NEONATAL II	4	0	0	4
HOSPITAL JACOB FACURI	UTI NEONATAL II	30	0	0	30
HOSPITAL JACOB FACURI	UTI ADULTO II	25	0	0	25
HOSPITAL MATERNO INFANTIL	UTI ADULTO II	4	1	0	5
HOSPITAL MATERNO INFANTIL	UTI NEONATAL II	10	0	0	10
HOSPITAL MATERNO INFANTIL	UTI PEDIÁTRICA	10	0	0	10
HOSPITAL ORTOPEDICO DE GOIANIA / GERALDO PEDRA	UTI ADULTO II	1	0	0	1
HOSPITAL RUY AZEREDO	UTI ADULTO II	4	0	0	4
HOSPITAL RUY AZEREDO	UTI ADULTO II CORONARIANA	3	0	0	3
HOSPITAL SANTA ROSA	UTI ADULTO II	5	1	0	6
HOSPITAL SAO FRANCISCO	UTI ADULTO II	3	0	0	3
IGOPE	UTI NEONATAL II	6	0	0	6
IGOPE	UTI PEDIÁTRICA	4	0	0	4
MATERNIDADE DONA IRIS	UTI NEONATAL II	10	0	0	10
MATERNIDADE E HOSPITAL SAO JUDAS TADEU	UTI NEONATAL II	16	0	0	16
PRONTO SOCORRO PARA QUEIMADURAS LTDA	UTI QUEIMADURA	2	1	0	3
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA	UTI ADULTO II CORONARIANA	3	0	0	3
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA	UTI ADULTO II	15	0	1	16
TOTAL DE LEITOS DE UTI DISPONIBILIZADOS		401	25		431

Figura 10. Relatório da quantidade e tipos de leitos de UTI.

Fonte SMS Goiânia (2019)³⁷

5.3 Taxa de ocupação

A taxa de ocupação no período do estudo levantada se refere ao ano de 2015 a 2017, para tanto a figura abaixo demonstra o percentual de diárias por ano e a respectiva taxa de ocupação.

A figura 11 demonstra que na capital a taxa de ocupação diminuiu de 64%, ano de 2015, para 57% no ano de 2017.

³⁷ Disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/sistemas/siscv/asp/siscvg0930f0.asp?sel_tp_lto=0. Acessado em: 20 de out. 2019.

Percentual de diárias de UTI por ano no SUS, ANO 2015 a 2017 - Seretaria Municipal de Saúde			
	Ano 2015	Ano 2016	Ano 2017
N.º de diárias disponíveis	135.267	151.042	170.360
N.º de diárias utilizadas	87.243	91.193	97.820
% Ocupação	64%	60%	57%
Fonte: SIH - Sistema de Internação Hospitalar/ Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES			

Figura 11. Percentual de diárias de UTI (2015 a 2107) da SMS Goiânia.

Fonte: SMS Goiânia (2018).

A figura 12 é utilizada como comparativo, uma vez que demonstra a taxa de ocupação, em igual período, de outras capitais que se assemelhar ao porte populacional de Goiânia.

Percebe-se que a taxa de ocupação de Goiânia no ano de 2017 ficou aquém apenas da capital do Distrito Federal e Manaus, se assemelhando em porcentagem à cidade de Vitória.

% de ocupação médio por ano 2015 até 2017			
Capitais	2015	2016	2017
Belo Horizonte	80,05	81,01	79,64
Curitiba	76,31	81,35	78,21
Belem	81,93	68,67	77,04
Cuiabá	79,24	77,79	75,80
Porto Alegre	75,18	68,71	69,45
Florianópolis	67,77	68,34	66,50
Salvador	71,38	65,74	65,50
Natal	64,94	65,04	59,17
Vitória	69,88	72,36	57,18
Manaus	55,31	45,77	51,16
Brasilia	39,76	52,25	46,61

Figura 12. Taxa de ocupação média por ano 2015 até 2017 da SMS Goiânia.

Fonte: SMS Goiânia (2018).

5.4 Tempo de espera

No ano de 2019, a SMS Goiânia implementou no sistema intranet a ferramenta que pode fazer relatórios quanto ao tempo de espera médio para o acesso ao leito público de UTI.

Três divisões compõem o relatório de busca geral quanto a solicitação de internação. Na figura 13 é possível identificar que se trata de internação composta por enfermarias e UTI.

Intervalo de Tempo entre Solicitação até Autorização da Internação	Intervalo de Tempo entre Autorização até Confirmação da Internação	Intervalo de Tempo entre Solicitação até Confirmação da Internação	FILTROS
(Sol X Aut)	(Aut X Conf)	(Sol X Conf)	Ann 2017
00 a 15 min	00-01 a 12-00 hs	36-01 a 48-00 hs	Mês (Fevereiro)
16 a 30 min	12-01 a 24-00 hs	48-01 a 72-00 hs	Dia (Fev)
31 a 60 min	24-01 a 36-00 hs	De 4 a 7 dias	
01-00 a 6-00 hs	De 4 a 7 Dias	De 8 a 10 Dias	
06-01 a 12-00 hs	De 8 a 10 Dias	De 11 a 15 Dias	
12-01 a 24-00 hs	De 11 a 15 Dias	De 16 a 20 Dias	
24-01 a 36-00 hs	De 16 a 20 Dias	De 21 a 25 Dias	
36-01 a 48-00 hs	De 21 a 25 Dias	De 26 a 30 Dias	
	De 26 a 30 Dias	De 31 a 35 Dias	
	De 31 a 35 Dias	De 36 a 40 Dias	
	De 36 a 40 Dias	De 41 a 45 Dias	
	De 41 a 45 Dias	De 46 a 50 Dias	
	De 46 a 50 Dias	De 51 a 55 Dias	
	De 51 a 55 Dias	De 56 a 60 Dias	
	De 56 a 60 Dias	Acima de 60 dias	
	Acima de 60 dias		

Figura 13. Intervalo de tempo entre a solicitação de internação até a sua confirmação.

Fonte: SMS Goiânia (2017).

A referida tela não é de domínio público e está disponível apenas para os operadores do sistema com o intuito de auxiliar na emissão de relatórios. A consulta contida na figura acima foi realizada pela Gerência de Tecnologia da SMS, sendo utilizados os filtros referentes ao ano de 2017.

Os campos disponibilizados compreendem ao intervalo de tempo entre a solicitação até a autorização da internação; intervalo de tempo entre a autorização até a confirmação da internação, e o Intervalo entre a solicitação até a confirmação da internação.

A primeira coluna se refere ao tempo em minutos e a segunda coluna ao número de pacientes correspondentes.

Ressalte-se que a ferramenta demonstrada na figura 12 foi desenvolvida pela referida Gerência neste ano de 2019.

Porém, no ano de 2018 já foi possível, de forma experimental, extrair o dado constante na figura 14.

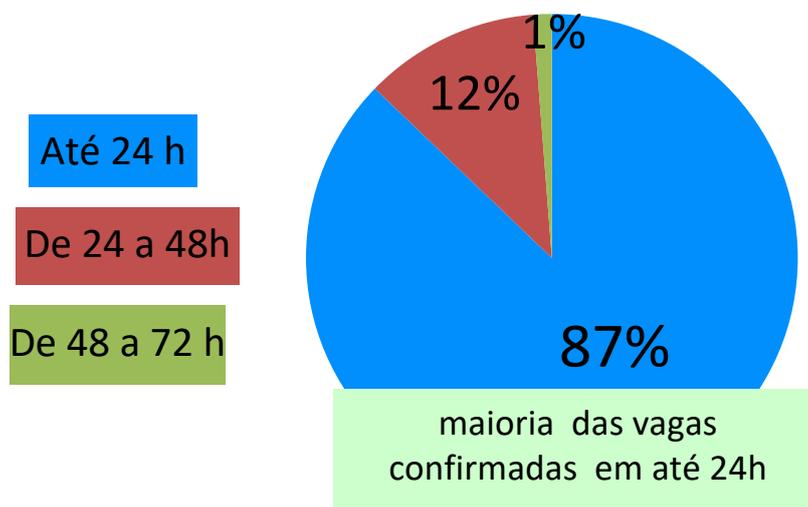


Figura 14. Tempo entre a solicitação da vaga de UTI até a confirmação da vaga (mês de setembro de 2018).

Fonte: SMS Goiânia (2018).

Os dados constantes da figura 14 foram relacionados à época que precedeu a criação da ferramenta contida na figura 13. Foi escolhido o mês de setembro do ano de 2018, para tratamento dos dados.

O tempo de espera para confirmação da vaga até 24h correspondeu a maioria, um total de 87% dos pacientes, de 24h até 48h, 12%, acima de 48h, 1%.

Tendo em vista que a maioria dos pacientes possuem a vaga confirmada em até 24h, é preciso avaliar qual o grau de efetividade da limitação de prazo para o cumprimento da decisão judicial, por parte do gestor.

6. DAS DECISÕES JUDICIAIS RELATIVAS AO ACESSO DO LEITO DE UTI

A população brasileira está estimada em 209 milhões, a capital Goiânia no ano 2017 estimada é de 1.466.105 habitantes (Quadro 1) considera-se um aumento de 1,20% ao ano de 2016, com 47,7% do sexo masculino e 52,3% feminino. Há diferença de mais de 67 mil a mais para mulheres, refletindo uma maior sobrevida a este grupo. Nos primeiros anos de vida o número de pessoas do sexo masculino é maior e com o avançar da idade a participação do sexo masculino sofre uma redução. A partir dos 15 anos que prevalece o sexo feminino. Tal diferença vai aumentando e chega a 62,7% a partir de 80 anos. O óbito por causa externa (violência e acidentes) é maior entre os homens e principal motivo da menor expectativa de vida no sexo masculino. De acordo com a faixa etária a capital tem 20,8% dos habitantes até 14 anos de idade, 69,7% são de jovens e adultos na faixa etária entre 15 e 59 anos e 9,5% são de idosos com mais de 60 anos. Goiânia, ocupa o 6º lugar quando se fala em maior cidade do Brasil em tamanho, com 256,8 quilômetros quadrados de área urbana e o 11º município mais populoso do Brasil.

Quadro 1. População estimada por sexo e faixa etária, Goiânia, 2017.

Faixa Etária	Masculino (N)	%	Feminino (N)	%	Total (N)	%
Menor 1 ano	10.002	50,65	9.746	49,35	19.748	1,35
1 a 4 anos	38.343	50,88	37.021	49,12	75.364	5,14
5 a 9 anos	49.760	50,89	48.014	49,11	97.774	6,67
10 a 14 anos	56.323	50,35	55.544	49,65	111.867	7,63
15 a 19 anos	62.125	49,38	63.684	50,62	125.809	8,58
20 a 29 anos	144.486	48,55	153.107	51,45	297.593	20,30
30 a 39 anos	120.869	47,87	131.633	52,13	252.502	17,22
40 a 49 anos	92.626	46,26	107.608	53,74	200.234	13,66
50 a 59 anos	65.100	44,95	79.716	55,05	144.816	9,88
60 a 69 anos	35.718	44,02	45.418	55,98	81.136	5,53
70 a 79 anos	17.187	41,30	24.429	58,70	41.617	2,84
80 + anos	6.572	37,25	11.072	62,75	17.645	1,20
Total	699.111	47,68	766.994	52,32	1.466.105	100,00

Fonte: SMS Goiânia (2017).

No que tange a implementação de políticas de saúde é necessário trabalhar com a dinâmica demográfica que abarca o processo de envelhecimento intenso e desigual entre os sexos.

Por sua vez, a regional central é composta por 26 municípios, consoante figura 15.

Quadro 2. Área, População e densidade dos Municípios da Região de Saúde, ano 2017.

Região de Saúde Central	Área (Km²)	População (Hab)	Densidade
ABADIA DE GOIÁS	146,46	8.583	58,6
ANICUNS	961,61	21.717	22,58
ARAÇU	153,6	3.560	23,18
AVELINÓPOLIS	164,04	2.425	14,78
BRAZABRANTES	123,55	3.659	29,62
CAMPESTRE DE GOIÁS	273,82	3.610	13,18
CATURAÍ	207,15	5.038	24,32
DAMOLÂNDIA	84,63	2.923	34,54
GOIANIRA	200,4	43.260	215,87
GOIÂNIA	739,49	1.495.705	2
GUAPÓ	517	14.211	27,49
INHUMAS	613,35	52.465	85,54
ITAGUARI	135,53	4.668	34,44
ITAUÇU	383,68	8.916	23,24
JESÚPOLIS	120,92	2.474	20,46
NAZÁRIO	300,09	9.022	30,06
NERÓPOLIS	204,22	29.293	143,44
NOVA VENEZA	123,38	9.684	78,49
OURO VERDE DE GOIÁS	209,68	3.797	18,11
PETROLINA DE GOIÁS	540,45	10.301	19,06
SANTA BÁRBARA DE GOIÁS	139,6	6.485	46,45
SANTA ROSA DE GOIÁS	170,97	2.388	13,97
SANTO ANTÔNIO DE GOIÁS	132,8	6.123	46,11
SÃO FRANCISCO DE GOIÁS	339,37	6.260	18,45
TAQUARAL DE GOIÁS	201,39	3.537	17,56
TRINDADE	713,28	125.328	175,71

Fonte: SMS Goiânia (2017).

Em relação aos mandados judiciais do ano de 2017 é necessário dizer que foi realizada a coleta de dados ao Gabinete do SMS Goiânia, no período de 12 meses do ano de 2017. O objeto da pesquisa primeiramente foi uma planilha em *Excel*, alimentada pela assessoria técnica. No entanto, alguns dados estavam em duplicidade, sendo necessária o manuseio de todos os recebidos na SMS no período citado. Realizou-se pesquisa de campo documental e exploratória.

Os dados foram extraídos, compilados e confrontados no software Microsoft Office Excel 2010 organizados e fornecidos pela Gerência de Tecnologia e Informação da SMS Goiânia.

Importa informar que, não participou da composição dos dados os mandados recebidos pela Procuradoria Geral do Município de Goiânia, por ausência de registro e compilação.

A SMS Goiânia é gestora plena dos serviços ofertados na capital, compondo um amplo espectro no fornecimento dos dados que possam auxiliar no presente trabalho.

Ao realizar o manuseio dos dados foram extraídos o quantitativo de mandados, após foram retirados do número geral (internação, medicamentos, dentre outros) os relativos aos leitos de UTI. Também, foram colhidos os números relativos ao tempo concedido para o cumprimento da decisão.

A figura 15 traz o quantitativo das demandas judiciais gerais do ano de 2017, e as relativas à solicitação de UTI.

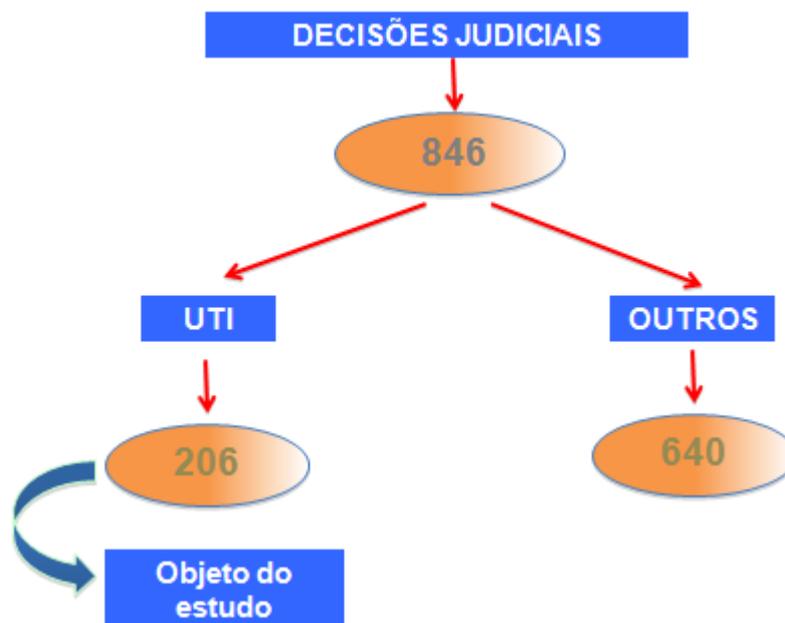


Figura 15. Quantidade de decisões judiciais recebidas pela SMS no ano de 2017.

Fonte: Dados SMS Goiânia (2017) (Elaborado pela autora).

Como se depreende da figura 16 tem-se que foram encontradas, na planilha em *Excel* ora disponibilizada pela SMS Goiânia, 846³⁸ decisões judiciais, nesta

³⁸ Pela sistemática do relatório constante na planilha em *Excel* da assessoria técnica do Gabinete do Secretário não é incomum o cadastro de mais de um assunto em relação ao mesmo processo. Neste caso, todos são contabilizados.

seleção. Utilizando-se na coluna "assunto": a sigla "UTI", foram selecionados 206 descritores relacionados às decisões que envolvem a concessão de leito de UTI.

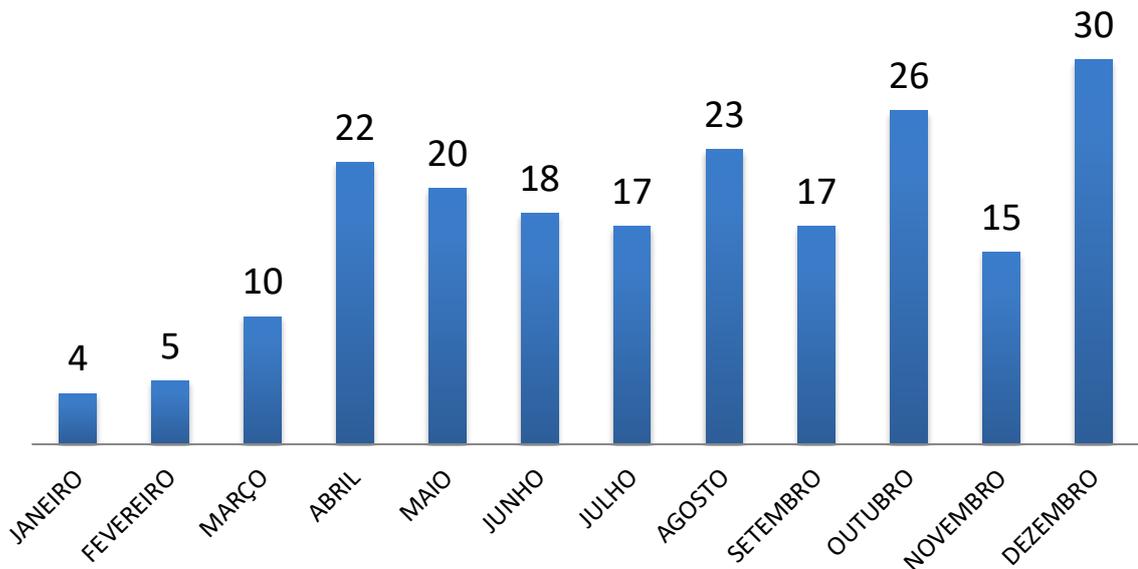


Figura 16. Tempo Distribuição dos mandados judiciais no ano de 2017, por mês.
Fonte: Dados da SMS Goiânia (2017) (Elaboração e cálculo da autora).

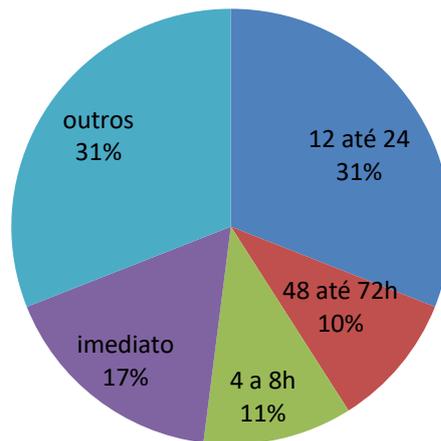


Figura 17. Distribuição dos Mandados Judiciais no ano de 2017, de acordo com o tempo concedido.

Fonte: Dados da SMS Goiânia (2017) (Elaboração e cálculo da autora).

A figura 17 revela que a maioria das decisões judiciais referentes ao ano de 2017, correspondente a 31%, retirando "outros", se refere a concessão de prazo para cumprimento de 12 a até 24h. Os casos em que são indicados prazo para atendimento "imediato" corresponde ao percentual de 17% das demandas. Mais do

que isso, há que observar a falta de critério e fundamentação para a estipulação de prazo no cumprimento por parte do gestor municipal.

Dos mandados objeto do estudo observa-se que nas decisões estudadas não faziam qualquer menção ao NATJUS, sendo baseadas apenas no pedido do médico assistente e sem a ocorrência de oitiva prévia do gestor.

A maioria das decisões os pacientes objeto das decisões encontravam-se dentro das unidades de saúde da rede municipal de saúde de Goiânia, outros encontravam-se em unidades de saúde do interior, hospitais públicos e privados da capital (contratualizados ou não).

Apenas um mandado judicial se referia a transferência de paciente da UTI privada para a pública (siged SMS nº 11854 ³⁹ e processo n 5117038.70.2017.8.09.0051 da 3ª Vara da Fazenda Pública Municipal do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás).

Em relação às solicitações de transferência de leitos de UTI privados para o público, a SMS disponibiliza um e-mail para que as unidades de saúde privada façam a solicitação. Todas as solicitações são encaminhadas constando os dados do paciente, o diagnóstico, histórico de diagnóstico do paciente-HDA, o nome da unidade particular, acompanhada do relatório médico. Até maio de 2019 até o mês de abril foram 12 solicitações, no ano de 2018 foram 11 solicitações e no ano de 2017 foram encontradas duas solicitações.

6.1 Da oferta do Leito de UTI

A oferta do leito público de UTI se trata de um dos assuntos mais importantes da atenção terciária em saúde. O quantitativo de leitos de UTI no Brasil, no ano de 2017, de acordo com o tipo de leito está presente na figura 18.

³⁹ Siged é o sistema de gestão de documento da SMS Goiânia.



Figura 18. Quantidade de leitos em UTI habilitados, conforme o tipo de unidade – Brasil, 2017.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018, p. 158).

No país a média de UTIs habilitadas no país corresponde ao total de 21.168 leitos. Desse quantitativo, 65,3% corresponde a UTI adulto, 11,5% a UTI pediátrica, 22,1% a UTI neonatal e, por fim 1,1% a UTI Coronariana.

Faixa etária (18)	Ano 2012		Ano 2013		Ano 2014		Ano 2015		Ano 2016	
	N.º	%								
<1a	1.816	16	2.100	17	1.782	15	1.888	16	1.886	15
1-4a	342	3	304	2	291	2	311	3	279	2
5-9a	171	2	180	1	188	2	138	1	130	
10-14a	158	1	147	1	175	1	175	1	162	1
15-19a	299	3	325	3	316	3	304	3	297	2
20-24a	378	3	418	3	337	3	379	3	364	3
25-29a	378	3	377	3	359	3	359	3	375	3
30-34a	434	4	474	4	436	4	410	3	374	3
35-39a	470	4	436	4	409	3	429	4	497	4
40-44a	455	4	523	4	444	4	463	4	498	4
45-49a	578	5	659	5	623	5	565	5	590	5
50-54a	733	6	754	6	789	7	738	6	800	6
55-59a	833	7	917	7	875	7	917	8	998	8
60-64a	922	8	964	8	1.014	9	1.013	8	1.013	8
65-69a	895	8	988	8	992	8	1.040	9	1.077	9
70-74a	829	7	950	8	927	8	1.001	8	1.028	8
75-79a	689	6	782	6	731	6	822	7	868	7
80e+a	906	8	1.040	8	1.003	9	1.203	10	1.320	11
Total	11.286	100	12.338	100	11.691	100	12.155	100	12.556	100

Figura 19. Comparativo do número internações em UTI pelo SUS, por faixa etária, SMS – de 2012 a 2016.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2018, p. 64).

Os leitos disponibilizados pela rede municipal de saúde de Goiânia, também compõem o presente tópico. Os quadros em seguida revelam quais são as unidades de saúde, e o quantitativo por tipo de leito, conforme figura 19, correspondente ao censo de leitos em tempo real.

Quadro 3. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO II - Tipo Leito – Complementar – UTI ADULTO – TIPO II

ORD	ESTABELECIMENTO	SUS
1	CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAP DR HENRIQUE SANTILLO CRER	20
2	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	14
3	HOSPITAL DE CANCER	10
4	HOSPITAL DE DOENCAS TROPICAIS DR ANUAR AUAD	9
5	HOSPITAL DE URGENCIAS DE GOIANIA HUGO	57
6	HOSPITAL DE URGENCIAS GOV OTAVIO LAGE DE SIQUEIRA HUGOL	49
7	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BARBARA	1
8	HOSPITAL GERAL DE GOIANIA DR ALBERTO RASSI	30
9	HOSPITAL GOIANIA LESTE	6
10	HOSPITAL JACOB FACURI	25
11	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	5
12	HOSPITAL ORTOPEDICO DE GOIANIA GERALDO PEDRA	2
13	HOSPITAL RUY AZEREDO (MONTE SINAI)	4
14	HOSPITAL SANTA ROSA	6
15	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA	16
16	GASTRO SALUSTIANO HOSPITAL	16
17	HOSPITAL SÃO FRANCISCO	3
TOTAL		273

Fonte: SMS Goiânia (2019).

Quadro 4. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA II

ORD	ESTABELECIMENTO	SUS
1	HOSPITAL DA CRIANCA	6
2	HOSPITAL DE DOENCAS TROPICAIS DR ANUAR AUAD	4
3	HOSPITAL DE URGENCIAS GOV OTAVIO LAGE DE SIQUEIRA HUGOL	10
4	HOSPITAL INFANTIL DE CAMPINAS	3
5	IGOPE	4
6	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	10
TOTAL		37

Fonte: SMS Goiânia (2019).

Quadro 5. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL II - Tipo de Leito – Complementar – UTI NEONATAL – TIPO II

ORD	ESTABELECIMENTO	SUS
1	HOSPITAL DA CRIANÇA	6
2	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	8
3	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA IRIS	10
4	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BARBARA	7
5	HOSPITAL INFANTIL DE CAMPINAS	4
6	HOSPITAL JACOB FACURI	30
7	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	10
8	IGOPE	6
9	MATERNIDADE E HOSPITAL SÃO JUDAS TADEU	16
TOTAL		97

Fonte: SMS Goiânia (2019).

Quadro 6. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA QUEIMADOS - Tipo de Leito – Complementar – UTI DE QUEIMADOS

ORD	ESTABELECIMENTO	SUS
1	PRONTO SOCORRO PARA QUEIMADURAS LTDA	3
2	HOSPITAL DE URGENCIAS GOV OTAVIO LAGE DE SIQUEIRA HUGOL	7
TOTAL		10

Fonte: SMS Goiânia (2019).

Quadro 7. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - CORONARIANA

ORD	ESTABELECIMENTO	SUS
1	HOSPITAL DE URGENCIAS GOV OTAVIO LAGE DE SIQUEIRA HUGOL	10
2	HOSPITAL RUY AZEREDO	3
3	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA	3
TOTAL		16

Fonte: SMS: Goiânia (2019).

Quadro 8. Relação do quadro geral dos leitos de UTI na cidade de Goiânia

QUADRO GERAL UTI	TOTAL
UTI Adulto	273
UTI Pediátrica	37
UTI Neonatal	97
UTI Coronariana	16
UTI Queimados	10

Fonte: SMS Goiânia (2019).

Portanto, a capital Goiânia possui na sede do seu território o total de 433 leitos públicos de UTI (adulto, pediátrica, neonatal, coronariana e queimados) disponibilizados aos pacientes da capital e dá-se o quantitativo de 1.642.963.

No que tange a regional de Saúde Central, na qual a capital Goiânia encontra-se estabelecida, o quadro 9 demonstra quais cidades a compõe, bem como o quantitativo populacional por cidade e por região.

Quadro 9. Municípios da Regional de Saúde Central regulados por Goiânia

Regional de saúde	População
Regional de Saúde Central	1.642.963
GOIANIA	1.301.892
ABADIA DE GOIAS	6.868
GOIANIRA	34.061
GUAPO	14.002
TRINDADE	104.506
SANTA BARBARA DE GOIAS	5.751
NAZARIO	7.874
CAMPESTRE DE GOIAS	3.387
AVELINOPOLIS	2.451
ANICUNS	20.272
INHUMAS	48.212
ITAUCU	8.549
CATURAI	4.670
ARACU	3.785
TAQUARAL DE GOIAS	3.540
ITAGUARI	4.508
NEROPOLIS	24.189
BRAZABRANTES	3.240
DAMOLANDIA	2.747
SAO FRANCISCO DE GOIAS	6.117
NOVA VENEZA	8.129
OURO VERDE DE GOIAS	4.040
PETROLINA DE GOIAS	10.285
SANTA ROSA DE GOIAS	2.905
SANTO ANTONIO DE GOIAS	4.690
JESUPOLIS	2.293
TOTAL	1.642.963

Fonte: SMS Goiânia (2019).

Por fim, vale trazer o gráfico referente ao quantitativo de Diárias de UTI em internações pelo SUS em Goiânia referentes a janeiro até outubro dos anos de 2008 a 2018 por local de residência.

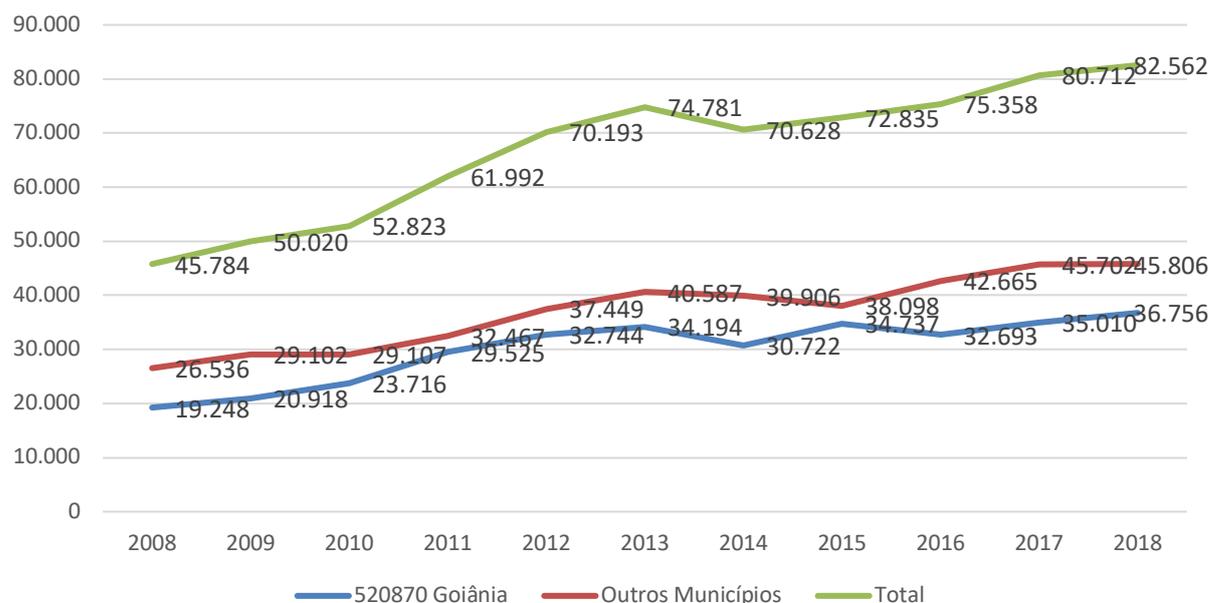


Figura 20. Diárias de UTI em internações pelo SUS em Goiânia janeiro até outubro 2008 à 2018 por local de residência.

Fonte: SMS Goiânia (2019).

A figura 20, revela que comparado ao ano anterior Goiânia, no ano de 2018, aumentou o acesso a 1000 diárias, enquanto que o número de diárias referentes a outros municípios praticamente se manteve estável no gráfico, mas com aumento de 100 diárias, um aumento a menor ao se comparar com a diária dos pacientes residentes em Goiânia.

7. O CNJ FRENTE A JUDICIALIZAÇÃO

O Conselho Nacional de Justiça-CNJ⁴⁰ começou efetivamente a atuar na judicialização da saúde no ano de 2009 dando início com a realização da audiência pública nº 4, por determinação do Supremo Tribunal Federal.

A temática da judicialização da saúde foi analisada por mais de 50 especialistas, cujas informações visavam subsidiar a posição da Corte ao analisar questões que envolvem à concretização do direito fundamental à saúde.

⁴⁰ O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) é uma instituição pública que visa aperfeiçoar o trabalho do sistema judiciário brasileiro, principalmente no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual. Missão: desenvolver políticas judiciárias que promovam a efetividade e a unidade do Poder Judiciário, orientadas para os valores de justiça e paz social. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/ouvidoria-cnj/carta-de-servicos-ao-cidadao/quem-somos-visitas-e-contatos/>. Acessado em: 03 de jul. 2019.

As experiências e dados colhidos na Audiência Pública-Saúde de 2009 chegaram a auxiliar as decisões do STF, a exemplo do Ministro Gilmar Mendes ao proferir a decisão na suspensão de tutela antecipada 175, AgR/CE⁴¹.

O CNJ implementou o Grupo de Trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde⁴².

Resultante dos trabalhos do Grupo foi aprovada a Recomendação nº 31, de 30.03.2010⁴³, que dispõe sobre as diretrizes aos magistrados quanto às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde. Destinada aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais.

Os fatores levados a efeito para a Recomendação alhures dizem respeito aos seguintes elementos: elevado número de processos judiciais sobre o tema da saúde; elevado impacto orçamentário para cumprimento das decisões; relevância da matéria diante da finalidade de assegurar vida digna aos cidadãos; carência de informações clínicas prestadas aos juízes do Brasil acerca da complexidade dos serviços e produtos de saúde; necessidade prévia de análise e registro da Anvisa para comercialização de medicamentos do Brasil, nos termos do art. 12 da Lei nº. 6.320/76 c/c a Lei nº 9.782/99; reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes de proferir as decisões; importância de assegurar a sustentabilidade e gerenciamento do SUS.

Em seguida foi publicada a Resolução nº 107⁴⁴, que criou o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde- Fórum da Saúde. As atribuições do Fórum se destinam a:

Art. 2º Caberá ao Fórum Nacional:

I - O monitoramento das ações judiciais que envolvam prestações de assistência à saúde, como o fornecimento de medicamentos,

⁴¹ Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>. Acesso em: 01d de jul. 2019.

⁴² CNJ. Portaria 650, de 20.11.2009. Cria grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude-2/>. Acessado em: 02 de jul. 2019.

⁴³ CNJ. Recomendação 31, de 31 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia-/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-marco-de-2010>. Acessado em: 03 de jul. 2019.

⁴⁴ CNJ. Resolução 107, de 6 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde – Fórum da Saúde. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_107_06042010_11102012191858.pdf. Acesso em: 17 de jul. 2019.

produtos ou insumos em geral, tratamentos e disponibilização de leitos hospitalares;

II - o monitoramento das ações judiciais relativas ao Sistema Único de Saúde;

III - a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à otimização de rotinas processuais, à organização e estruturação de unidades judiciárias especializadas;

IV - a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário;

V - o estudo e a proposição de outras medidas consideradas pertinentes ao cumprimento do objetivo do Fórum Nacional.

A Resolução citada estabeleceu, ainda, a criação dos Comitês Executivos, conforme seu art. 3º para coordenar e executar as ações de natureza específica, que forem consideradas relevantes, a partir dos objetivos do artigo anterior.

O Fórum é composto por um Comitê Executivo Nacional, com sede no CNJ, tendo um juiz auxiliar da presidência, juízes com atuação na saúde, integrantes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, Agência Nacional da Vigilância Sanitária- ANVISA, CONASEMS e CONASS.

Existem ainda os Comitês Estaduais e do Distrito Federal.

A composição destes comitês deve observar o sistema de justiça e de saúde.

O sistema de saúde deve ser integrado por gestores, das secretarias de saúde municipais e estaduais; médicos; farmacêuticos, gestores da medicina suplementar. O objetivo é traçar objetivos em conjunto, onde o diálogo desses atores seja uma constante, a fim de que sejam esclarecidos quais são as prestações de saúde ofertadas por meio das políticas do SUS e como são estruturadas, para averiguar se existem omissões legislativas, ou administrativas ou mesmo ainda vedações clínicas que impeçam a efetivação da tutela.

É importante trazer dados e informações sobre a oferta dos serviços de saúde, uma vez que nem sempre é de conhecimento dos juízes quais atos administrativos com previsão legal e regulamentar devem preceder a compra de medicamento ou mesmo do acesso ao leito público de UTI. Assim, o diálogo com o gestor pode ser um instrumento válido de auxílio à composição da decisão judicial, visando a necessária concretização do direito fundamental à saúde.

De acordo com Schulze (2019, p. 69) tem-se que as composições ecléticas dos ditos Comitês contribuem para a efetivação da teoria dos diálogos institucionais, que defendem a contínua e permanente aproximação e conversa entre envolvidos e atentos à resolução dos conflitos.

Os diálogos devem ser utilizados para intensificar esses espaços, o que por certo vem fortalecendo o SUS. Até porque, os Poderes almejam de igual modo a satisfação do direito fundamental à saúde. Com isso, permitem o exercício da independência e a harmonia entre os Poderes, em respeito ao art. 2º da C.F./88.

7.1 Atuação dos Comitês Executivos

O CNJ fomentou também a criação dos Núcleos e Câmeras Técnicas composto por profissionais da área médica, farmacêutica e assistência social e membros das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. Tal ação visa dar suporte à análise do pedido liminar ou do pedido principal.

O juiz pode solicitar aos Núcleos, após a distribuição da ação, análise sobre a matéria em debate. A exemplo se um determinado medicamento é registrado pela Anvisa ou se é eficaz e eficiente no tratamento de doença, dentre outros.

O tribunal de justiça do estado de Goiás conta com seu Comitê Executivo Estadual do Fórum Nacional de Saúde do Judiciário⁴⁵, sendo composto por 35 membros respeitando os diversos atores mencionados pelo CNJ.

O Comitê disponibiliza no site do TJ/GO resoluções do Conselho Federal de Medicina-CFM; Resoluções e Recomendações do CNJ, Regimento da Câmara da Saúde, Portarias, Despachos, Termo de Cooperação, além das atas das reuniões desde o ano de 2012. Usualmente, as reuniões são mensais e realizadas na sede do Tribunal.

O NATJUS⁴⁶, atualmente, é composto por 15 profissionais da área da saúde, dentre médicos e farmacêuticos. É disponibilizado no site do Tribunal, de livre acesso a qualquer cidadão, alguns enunciados, regulamentos dos serviços disponibilizados pelo SUS, Protocolos de Diretrizes Terapêuticas, pareceres (total de 21) referente a medicamentos, exames, cirurgias, dentre outros.

⁴⁵ O comitê visa atender a determinação do CNJ contida da Resolução 107 do CNJ. disponível em: <https://www.tjgo.jus.br/index.php/45-tribunal/judicializacao-da-saude?start=4>. Acessado em: 25 de ago. 2019.

⁴⁶ Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário que tem a atribuição de examinar a documentação apresentada juntamente à consulta; realizar um exame mais detalhado e definitivo do caso descrito nos autos exige a realização de perícia e depoimentos dos envolvidos, o que foge às atividades deste NAT; os pareceres técnicos não se valem de poder decisório, ou normativo vinculante sobre as questões da judicialização consultada; os pareceres possuem caráter exclusivamente consultivo, para auxiliar os magistrados que se manifestam no teor do princípio da livre convicção racional, limitando-se a indicar normas pertinentes ao caso proposto. Disponível em: <https://www.tjgo.jus.br/index.php/45-tribunal/judicializacao-da-saude?start=4>. Acessado em: 25 de ago. 2019.

O NAT apresenta-se como uma ferramenta a mais que pode ser acionada pelos juízes para compor de dados e experiências, subsidiando as decisões judiciais.

Alguns Comitês lançam enunciados, que abarcam resumos de práticas de sucesso e recomendações para os vários atores do sistema judicial e do sistema de saúde⁴⁷.

⁴⁷ O Comitê Estadual de Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência da Saúde de Santa Catarina – COMESC editou os seguintes enunciados:

Enunciado 1 – As ações que versem sobre pedidos para que o Poder Público promova a dispensação de medicamentos ou tratamentos, fundamentadas no direito constitucional à saúde, devem ser instruídas com prescrição e relatório de médico em exercício no Sistema Único de Saúde, ressalvadas as hipóteses excepcionais, devidamente justificadas, sob risco de indeferimento de liminar ou antecipação da tutela (Aprovado, por maioria, Ata 28/01/13).

Enunciado 2 - As prescrições médicas devem consignar o tratamento necessário ou medicamento indicado, contendo a sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), o seu princípio ativo, seguido, quando pertinente, do nome de referência da substância, posologia, modo de administração e período de tempo do tratamento e, em caso de prescrição diversa daquela expressamente informada por seu fabricante, a justificativa técnica (Aprovado, por unanimidade, conforme ata de 28/01/13).

Enunciado 3 - Em caso de deferimento de liminar ou antecipação da tutela, é necessária a apresentação periódica do receituário médico, a cada três meses, ou em período menor, de acordo com a legislação sanitária, sob pena de revogação da medida (Aprovado por unanimidade, conforme ata de 28/01/13).

Enunciado 4 - A determinação judicial de fornecimento de medicamentos deve observar a existência de registro na ANVISA. (Aprovado por unanimidade, conforme ata de 28/01/13).

Enunciado 5 - O Poder Judiciário deverá utilizar os critérios da Medicina Baseada em Evidências Científicas para decidir as demandas relacionadas às prestações de assistência à saúde, em especial quando se tratar de tecnologias (medicamentos, procedimentos, materiais, etc.) não incorporadas pelo Sistema (Aprovado por unanimidade, conforme ata de 28/01/13).

Enunciado 6 - Ao impor a obrigação de prestação de saúde, o Poder Judiciário deve levar em consideração as competências das instâncias gestoras do SUS (Aprovado por unanimidade, conforme ata de 28/01/13).

Enunciado 7 - A alegação de urgência e risco à vida deve ser corroborada por declaração de profissional da saúde, sob pena de desconsideração pelo juiz, salvo caso de comprovada impossibilidade (Aprovado por unanimidade, conforme ata de 29/07/2013).

Enunciado 8 - É necessária a apresentação de prova técnica fundamentada pela parte autora para instruir a inicial e, se houver, o pedido de tutela antecipada em ação ajuizada para obtenção de tratamento(s) – medicamentos, procedimentos, insumos e/ou consultas médicas – não padronizado(s)/fornecido(s) pelo Sistema Único de Saúde-SUS, recomendando-se o uso de questionário formulado por este Comitê Executivo e outros disponibilizados no Portal da Saúde, no sítio da Corregedoria Geral de Justiça do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, acessíveis através do endereço <http://cgj.tjsc.jus.br/saude/index.htm> (Aprovado, por unanimidade, conforme ata de 30/09/13).

Enunciado 9 - “Os Secretários Municipais de Saúde deverão ter, preferencialmente, formação superior e experiência em gestão pública” (ata 03/08/15).

Enunciado 10 - “Os Secretários Municipais de Saúde deverão ter, preferencialmente, formação superior e experiência em gestão pública.”

Enunciado 11 - “É relevante que Secretaria Estadual de Saúde institua, de forma participativa, uma Política Estadual de Atenção Básica, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, respeitando as especificidades regionais, alinhada a Política Nacional de Atenção Básica, contemplando minimamente, a educação permanente, a criação de uma cultura de monitoramento e avaliação e dotando os Municípios e o próprio Estado de infraestrutura e recursos financeiros estaduais adequados.”

Enunciado 12 - “É relevante que a Secretaria Estadual de Saúde promova, continuamente, o desenvolvimento de profissionais em cargo efetivo nas administrações estadual e municipal, na área da Gestão Pública, de forma que os agentes adquiram e aperfeiçoem competências e habilidades

Outros Comitês, a exemplo do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte lançou cartilha intitulada de: O direito fundamental a saúde. Quando e como podemos demandar?⁴⁸. A cartilha teve por objetivo subsidiar o acesso à justiça nas demandas de saúde, expondo a documentação necessários ao ingresso judicial, evitando que haja diligências nos processos e evitando extinções do processo sem julgamento do mérito.

Ainda, dentro da atuação do CNJ frente à judicialização, foi aprovada a Recomendação pelo Plenário do CNJ, por unanimidade, aos Tribunais dos Estados e Regionais Federais para criação das varas especializadas da saúde.⁴⁹

O CNJ nessa linha de atuação recomendou sugerir à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento- Enfam e ao Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Servidores do Poder Judiciário-CEAJUD, a inclusão da matéria direito sanitário como disciplina obrigatória em concursos públicos destinados à magistratura e nos cursos de formação, vitaliciamente e aperfeiçoamento, consoante a recomendação CNJ nº 31 /2010⁵⁰.

No ano de 2014, mês de maio, o CNJ lançou a sua I Jornada de Direito da Saúde com escopo de aglutinar as autoridades das áreas da saúde e do direito debatendo o tema da judicialização da saúde, e por consequência, aprovar enunciados.

Os eixos temáticos foram: saúde pública, saúde suplementar e biodireito, o que somou quarenta e cinco enunciados⁵¹. Até então, seguiu-se com a II Jornada de

sobre os processos de gestão, formando um Banco de Competência, que busque identificar, cadastrar e atualizar, o perfil desses profissionais com potencialidade de exercer o cargo de Secretário Municipal de Saúde e/ou equipe gestora." Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude-3/iniciativas-dos-comites-estaduais/>. Acessado em: 25 de ago. 2019.

⁴⁸ TJRN. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte: 2017. Disponível em: <http://comite.tjrn.jus.br/docs/cartilha-direito-fundamental-saude.pdf>. Acessado em: 30 de ago. 2019.

⁴⁹ CNJ. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/acompanhamentoprocessualportal/faces/jsf/consultarandamentoprocessual/ConsultarProcesso.jsp>. Acesso em: 30 de ago. 2019.

⁵⁰ Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=877> Acesso em: 30 de nov. 2019.

⁵¹ CNJ. Fórum da Saúde/Conselho Nacional de Justiça-Brasília: CNJ2014. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2014/03/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf. Acessado em: 01 de nov. 2019.

Direito da Saúde no ano de 2015, com 23 enunciados aprovados⁵² e III Jornada de Saúde no ano de 2019, resultando na revisão e a revogação de enunciados das duas Jornadas que a antecederam, e a aprovação de novos textos⁵³.

Pelo que se depreende das ações do CNJ faz-se nítida a importância de sua atuação em relação à concretização do direito à saúde. A exemplo é o expressivo número de enunciados já lançados e que servem para auxiliar não só os juízes, mas sim a todos que atuam com o tema.

7.2 Estudo do CNJ sobre as causas da Judicialização

O Conselho Nacional de Justiça compilou os estudos realizados sobre as causas da judicialização no Brasil o que ensejou com a publicação da obra: “Judicialização da Saúde no Brasil. Dados e experiências. Sumário Executivo” (BRASIL -CNJ, 2015).

Dentre os achados dos estudos a obra destaca que as demandas apresentadas versavam de forma predominante sobre os aspectos curativos da saúde (medicamentos, tratamentos, próteses etc.); com predominância da litigação individual.

[...] um desafio comum nos estudos era quanto a atuação das instituições jurídicas na saúde, cujo desconhecimento técnico. Bem como, a ausência de mecanismos administrativos efetivos para a concretização da saúde, o que proporcionou uma expansão da interferência das instituições jurídicas no cotidiano da gestão. [...] E, a ausência de estratégias de pactuação para a efetivação da saúde [...] escassez de recursos [...] dificuldade de compras de produtos e insumos [...] (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015)

Um dos aspectos a se considerar, é que o CNJ identificou a ausência de fortalecimento do Fórum Nacional, e dos Comitês Estaduais, dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, das Conferências de Saúde, bem como a falta de integração institucional destes.

O desconhecimento da população quanto a separação dos poderes, e das funções exercidas por tais entes, proporcionou uma maior procura pelo Poder Judiciário, ao ser entendido como mais um agente substitutivo do Poder Executivo.

⁵² Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>.

Acessado em: 01 de nov. 2019.

⁵³ CNJ. Enunciados da I, II e III Jornadas de direito da saúde do Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acessado em: 01 de nov. 2019.

A falta de infraestrutura adequada, mão de obra por vezes insuficiente e, como dito acima, a escassez de recursos financeiros, atraso no fornecimento de tecnologias da saúde, também, foram trazidas pelo CNJ, como condicionantes para a crescente demanda de procedimentos, consultas, internações, exames, dentre outros.

7.3 Diálogos institucionais e o Enunciado 13 do CNJ

Em razão da importância para o presente estudo, vale destacar o Enunciado 13⁵⁴, que ao recomendar a aproximação do gestor do SUS, mediante sugestão quanto sua prévia oitiva, vem entendendo pela promoção do diálogo institucional.

ENUNCIADO Nº 13 Nas ações de saúde que pleiteiam o fornecimento de medicamentos, produtos ou tratamentos, recomenda-se, sempre que possível, a prévia oitiva do gestor do Sistema Único de Saúde – SUS, com vistas a, inclusive, identificar solicitação prévia do requerente, alternativas terapêuticas e competência do ente federado, quando aplicável (Saúde Pública e Suplementar) (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019).

A exemplo prático traz-se o caso de pacientes que demandam o Poder Judiciário para imediato acesso a leito público de UTI sem possuir condições clínicas para realizar a remoção para outra unidade de saúde.

Outro caso se refere a internações de maior complexidade, tais como UTI, quando em realidade de acordo com o quadro clínico do paciente o médico regulador percebe que a necessidade é quanto a leito de enfermaria.

E, mais avante, os casos em que há determinação da internação quando inexistente leito vago. Nesses casos, o Juiz Federal Dr. Schulze (2018, p. 102) aduz que a decisão não será cumprida por impossibilidade fática. Já diziam os romanos já que *ninguém é obrigado ao impossível* ou *ad impossibilia nemo tenetur*, haja vista que o ocupante de um leito de UTI não é passível de ser substituído por um outro paciente em situação que demande menor gravidade.

Segue, ainda, além.

⁵⁴CNJ. Enunciados da I, II e III Jornadas de direito da saúde do Conselho Nacional de Justiça. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acessado em: 01 de nov. 2019.

Muitas vezes uma visita do magistrado ao local (hospital, dispensário de medicamentos) e o emprego do diálogo podem ser muito mais eficientes do que o uso da força decorrente da decisão judicial.

A sociedade precisa de profissionais empenhados na melhoria do sistema de saúde-público e privado- e a ampliação de animosidades entre os diversos atores certamente vai agravar as dificuldades já enfrentadas (SCHULZE, 2018, p. 102).

Ainda, nos casos os quais são demandados medicamentos que sequer encontram-se registrados pela ANVISA. E, outros que demandam como polo passivo um ente não competente para a sua execução.

Por último, ressalva que em alguns casos o gestor é compelido a cumprir um mandado judicial para priorização de paciente ao acesso ao leito de UTI, quando ainda inexistente qualquer registro de solicitação de vaga do paciente junto aos sistemas de informação das centrais de regulação.

O Enunciado em tela visa trazer práticas de sucesso às ações judiciais, diminuindo as inúmeras solicitações de diligências durante o andamento processual, o que impacta no dia a dia dos dois Poderes, Executivo e Judiciário. Tal procedimento se revela acessível e rápido e evita prejuízos às partes e órgãos envolvidos nos conflitos que pertinentes ao direito a saúde.

No ano de 2010, o CNJ elaborou a Recomendação nº 31⁵⁵ que de modo específico orientou os juízes do Brasil a ouvir, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência.

8. PROPOSTAS E DESENHOS DAS DIRETRIZES PARA TOMADA DE DECISÕES

A palavra "diretriz" no Dicionário Michaelis possui a seguinte definição: s.f. 1. Linha segundo a qual se traça um plano de qualquer caminho. (...) 3 Linhas gerais que orientam um projeto. (...) ETIMOLOGIA: lat med diretriz (Dicionário Michaelis, 2019⁵⁶)

Pelo que se depreende do significado deve-se pensar o significado de diretriz como orientações, guias, rumos. Ou mesmo linhas que definem e regulam um caminho a seguir.

Na área da saúde os traçados encontram-se bem delineados na norma constitucional, que estabelece, dentre outros, a criação de um sistema organizado e

⁵⁵ CNJ. Recomendação 31, de 31 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Disponível em: https://atos.cnj.jus.br/files//recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf

⁵⁶ disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=diretriz>. Acesso em: 13 de ago. 2019.

hierarquizado. A partir de então, observando os princípios doutrinários e organizativos, é que diretrizes surgem para orientar os gestores públicos em suas mais variadas ações e execução dos serviços.

8.1 Diretriz administrativa do gestor municipal no tocante ao acesso do serviço público do leito de UTI.

No decorrer da dissertação foram trazidos a lume as Portarias do Ministério da Saúde, que estabelecem a estruturação dos Complexos Reguladores e respectivas Centrais, bem como os critérios a serem adotados para os fins de repasse do incentivo financeiro.

Os Sistemas de Informação também são estabelecidos pelo Ministério da Saúde, inclusive com a disponibilização do SISREGIII para o uso de qualquer ente.

O município de Goiânia disponibilizou um sistema próprio de informação, o qual foi desenvolvido pela equipe de analistas da Prefeitura. O sistema atende às unidades solicitantes sediadas sob seu território e as pactuadas, bem como à Central de Regulação, e respectivas unidades administrativas pertencente as estruturas administrativas da SMS: Superintendência, Diretoria e Gerência.

Todos os dados em relação a procedimentos hospitalares e ambulatoriais são registrados no sistema. Os relatórios advindos desse sistema, assim como os outros disponibilizados pelo M.S. permitem embasar as decisões do gestor.

A exemplo, pelo SIOPS⁵⁷ é possível ter acesso aos dados relativos aos gastos e receitas em saúde pública, pois sua finalidade é coletar e processar essas informações. A partir de tal ferramenta é possível trazer o dado constante na figura 21.

⁵⁷ Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) Categoria: Administração e Planejamento em Saúde Instrumento de coleta e de processamento de informações sobre receitas e gastos públicos em saúde nas três esferas. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf. Acessado em: 10 de out. 2019.

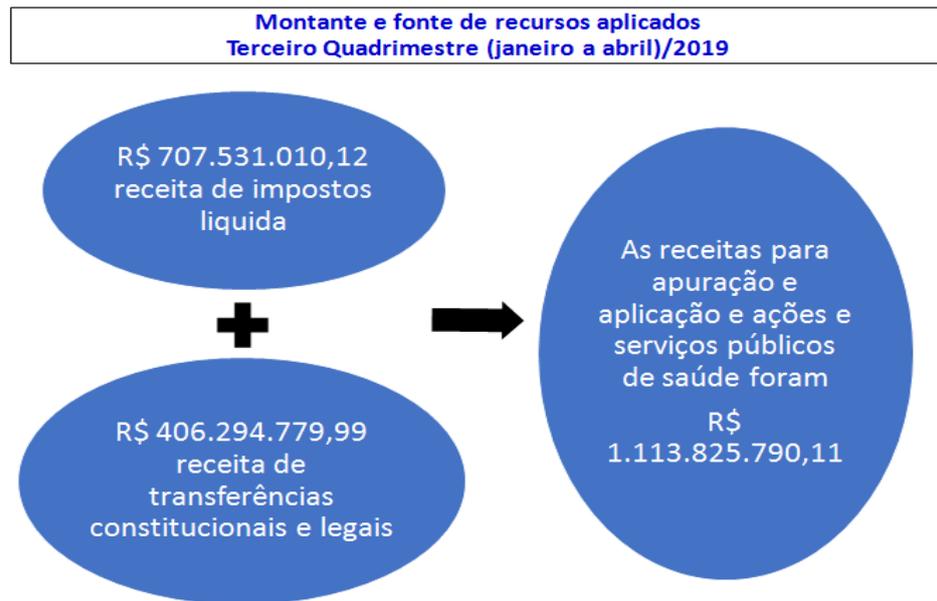


Figura 21. Dados extraídos do SIOPS referente ao montante de recursos aplicados no 3º quadrimestre (jan. a abril) de 2019.

Fonte: SMS Goiânia (2019).

Pelo SIH⁵⁸ é possível visualizar a quantidade de frequência de internação hospitalar no SUS, por grupo ou procedimento relativo ao primeiro trimestre do ano de 2019, conforme pode visualizar na figura 22.

⁵⁸ O SIH-SUS - Sistemas de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) - contém informações que viabilizam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, através da captação de dados em disquete das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Sendo o sistema que processa as AIHs, dispõe de informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS; as principais causas de internações no Brasil; a relação dos procedimentos mais frequentes realizados mensalmente em cada hospital, município e estado; a quantidade de leitos existentes para cada especialidade; o tempo médio de permanência do paciente no hospital. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf. Acessado em: 10 de out. 2019.

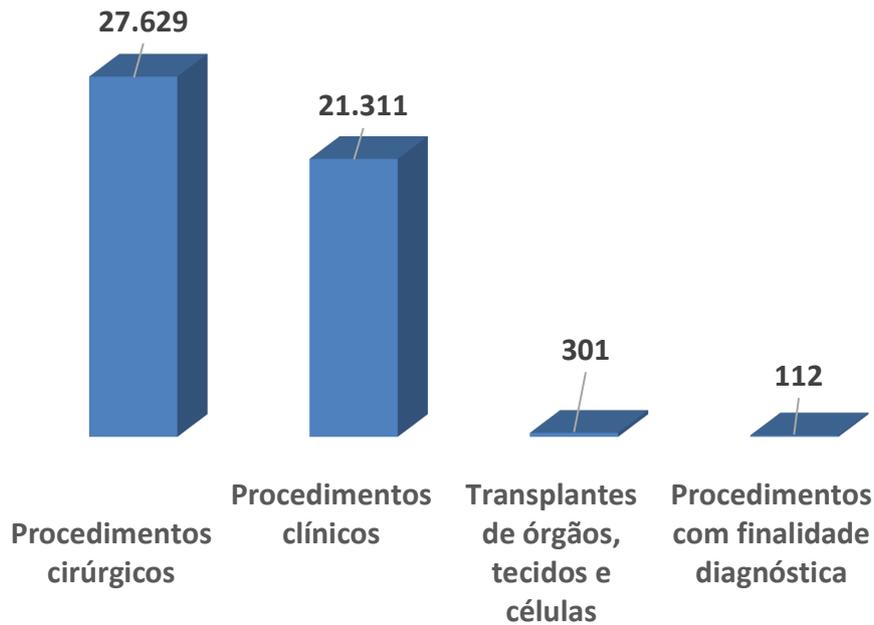


Figura 22. Frequência de internação hospitalar no SUS, por Grupo de Procedimento, Goiânia/ Primeiro Quadrimestre (janeiro a abril)/ Ano 2019.

Fonte: SMS Goiânia (2019).

Pelo gráfico o gestor tem conhecimento de que no primeiro trimestre do ano de 2019 foram realizadas 49.353 internações hospitalares. Diante disso, ele tem os elementos necessários para acompanhar e monitorar as ações e serviços em seu município no que tange às Internações por grupo de procedimento.

Procedência	Frequência		Valor (R\$)		Valor médio (R\$)
	N.º	%	R\$	%	R\$
Residentes em Goiânia	2.326	43	15.857.474,46	41	6.817,49
Outros Municípios	3.067	57	22.491.516,66	59	7.333,39
Total	5.393	100	38.348.991,12	100	7.110,88

Figura 23. Frequência de internação hospitalar no SUS, por Grupo de Procedimento, Goiânia/ Primeiro Quadrimestre (janeiro a abril)/ Ano 2019.

Fonte: SMS Goiânia (2019).

A figura 23 demonstra ao gestor, por sua vez, que no primeiro trimestre já foram realizadas 5.393 internações em UTI; desse total 43% provenientes dos residentes em Goiânia e 57% de outros municípios, sendo faturado até então um

montante de R\$ 38.348.991,12, sendo 41% deste valor com residentes de Goiânia e 59% com outros municípios.

Tais dados permitem ao gestor analisar e propor adequações nas pactuações por meio das instâncias da CIR Central e posteriormente da CIB, para de forma eficiente e eficaz utilize os recursos provenientes dos repasses da União e do Estado.

A partir de então, os gestores podem ter elementos palpáveis para realizar estudos quanto a necessidade ou não da adequação do dimensionamento adequado dos leitos na região central. Além disso deve considerar outros fatores tais como: os motivos de limitações de acesso e a gestão do fluxo de pacientes, realizada por cada unidade executante, em um panorama que associa priorização das solicitações com menor tempo médio de permanência (GOLDWASSER *et al.*, 2016).

Os municípios que possuem a gestão plena estão condicionados a estruturarem a rede de oferta dos serviços, sejam por meio da administração dos serviços próprios, contratualizados ou conveniados, bem como das pactuações existentes.

A partir da formação da rede de serviços já explanados durante o texto, é possível detectar que a capital já detém uma estrutura formada, totalizando 433 leitos disponíveis.

O sistema operacionalizado pelos servidores da regulação, em especial, o médico regulador, permite os seguintes passos: a análise das pendências, os critérios de priorização a serem analisados pelo médico. Por sua vez, vago o leito a codificação é efetuado sob a denominação de "autorização", cuja "confirmação" se dá pela unidade executante, após a ocupação do leito pelo paciente.

Em relação à priorização a Central de Regulação Municipal trabalha com duas situações de priorização, a primeira quando há Mandado Judicial; a segunda se refere as características do doente e do grau de assistência, sendo: idade do paciente, a gravidade do caso e o grau de assistência da unidade solicitante.

Na capital existem os supervisores médicos na mesa de regulação, 24h por dia. A atividade não é regulamentada, no entanto este supervisor é responsável pela discussão do caso clínico quando surge divergência de entendimento do médico regulador municipal e o médico responsável pela unidade executante. Normalmente o contato entre eles se dá via telefone.

Vale dizer que nessas situações caso verificado que não há elementos suficientes para a recusa do paciente, prevalece o entendimento da regulação.

À ocasião da pesquisa restou verificado inexistem protocolos normatizados quanto ao atendimento na central de regulação municipal.

Um dos mecanismos normativos para inclusão assistencial é o complexo regulador, responsável pela organização, controle, gerenciamento, priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, disponibilizando alternativas adequadas à necessidade do cidadão, como os leitos de UTI (FARIAS *apud* GOLDWASSER, *et al.*, 2016)

Portanto, é imprescindível promover estudos dos relatórios extraídos do sistema de informação próprio do município e dos sistemas disponíveis pelo M.S bem como regulamentar os protocolos e fluxos de atendimento. Tais atos, possuem o condão de auxiliar na tomada de decisão do gestor municipal, em seu aspecto amplo quanto ao dimensionamento da rede, e do médico regulador, sob o viés estrito de codificar o paciente para o leito vago e adequado às suas necessidades, atempadamente.

8.2 Diretriz judicial no tocante ao acesso ao serviço público do leito de UTI.

Para além da invocação do art. 196 da C.F./88, a universalidade do acesso aos serviços de saúde, que compõe vastamente as decisões judiciais analisadas neste estudo, é que se propõe, sem exaurir o tema, a elaboração de diretrizes que podem auxiliar na análise das demandas judiciais.

Não é forçoso dizer que é comum deparar com decisões suscitando somente questões jurídicas, com base na teoria dos direitos fundamentais, sem mencionar evidências científicas, ou mesmo a eficácia e eficiência do produto solicitado.

A prescrição médica do médico assistente é aceito pelos Tribunais como suficiente para admissão do pedido. O Judiciário deve, também, exigir a comprovação de que a prescrição do médico atende as melhores práticas de evidência científica, conforme previsão contida nos art. 19-Q, parágrafo segundo inciso I, da Lei nº 8.080/90.

O NATJUS do Estado de Goiás disponibiliza pareceres médicos e farmacêuticos *on line*, buscando trazer mais fundamentos científicos para as decisões. Os pareceres podem ser acessados por qualquer juiz e cidadão.

Outro viés trazido a relevo se refere ao fato de que a totalidade dos mandados estudados, no ano de 2017, são provenientes para tutelar interesses individuais.

Neste aspecto, a psicologia comportamental demonstrou o que se conceituou por “efeito da vítima individualizável”. Ariely apud Morozowski (2019), nos traz que no livro "Positivamente Irrracional", o autor Dan Ariely explica o seguinte: quando temos um rosto, uma imagem e detalhes sobre alguém, sentimos pena, e nossas ações – e dinheiro – seguem como consequência. Contudo, quando a informação não é individualizada, simplesmente não sentimos tanta empatia e, em consequência, não agimos”.

Pode-se inferir que esse "efeito da vítima individualizável", trazido pela psicologia comportamental, é identificável por vezes em algumas manifestações judiciais. É preciso refletir, portanto, sobre os impactos que a decisão trará para a coletividade, uma vez que o financiamento dos serviços é público e finito.

A questão reside no seguinte aspecto por parte do tomador da decisão, o que é mais importante, o que devo ou não deferir, e mais, o que está sendo pleiteado.

Outras diretrizes podem ser traçadas, em relação a alguns critérios objetivos para auxiliar na análise de pedidos para internação em UTI.

A Resolução nº 2.156/2016 do Conselho Federal de Medicina traz em seu art. 6º critérios de priorização de admissão na UTI.

Art. 6º A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios:

§ 1º Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 2º Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 3º Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

§ 4º Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

§ 5º Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

O CFM, utilizando de sua prerrogativa normativa, supriu uma lacuna ao editar a referida Resolução, que trata de um assunto importante para auxiliar não somente os médicos, e unidades de saúde, mas também aos atores envolvidos com o acesso ao serviço de saúde e UTI.

Outro artigo que merece relevo é o 9º, uma vez que estabelece que a atuação judicial deve ter como parâmetro a decisão administrativa que admitiu ou não o acesso e a decisão nestes casos devem se dar sem quaisquer formas de discriminação.

Esse dispositivo vem coadunar com o exposto no Enunciado nº 31 do CNJ que traz um grau de importância considerável ao permitir que o juiz tenha um melhor convencimento sobre os fatos. Referido Enunciado orienta os juízes a ouvir, quando possível, preferencialmente, por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência.

A oitiva prévia pode e muito auxiliar na análise mais adequada da ação judicial. Nesta ocasião, podem ser discutidas questões sobre o censo de leitos, se o paciente está no sistema de regulação de vagas, se há condições clínicas para o transporte do paciente para determinado Hospital, se o demandando na ação é o órgão competente para o cumprimento da decisão, ou ainda se já foi codificado para uma vaga, dentre outros.

O inverso do contido no enunciado acima também pode se dar, ao ser demandado o gestor em saúde pode procurar o magistrado ou sua assessoria para auxiliar na elucidação dos fatos.

A prévia oitiva à prolação da sentença pode ser um meio eficiente e eficaz para o cumprimento da decisão. A exemplo da capital Goiânia é disponibilizado o atendimento via telefone, exclusivamente a juízes, defensores e promotores, 24h por dia, bem como o e-mail institucional da central de regulação.

Ou seja, a teoria dos diálogos institucionais existe para permitir a aproximação entre o gestor de saúde e o magistrado-e todos os atores do sistema de Justiça, com o fim de contribuir para a melhoria da prestação jurisdicional e também o funcionamento da saúde. (SCHULZE, 2018, p. 39).

Neste prisma, fomenta-se um contínuo e permanente diálogo entre o juiz e o gestor em saúde.

Os agentes políticos, no exercício de suas atribuições, precisam manter, sempre que possível, a conversa entre instituições. Sabe-se que todos os agentes

devem obediência à Constituição, e por isso as relações estatais devem se dar em respeito a interpretação das normas constitucionais.

O diálogo é necessário para permitir a independência e a harmonia entre os Poderes, conforme previsão do art. 2º da Constituição Federal.

CONCLUSÃO

Tem-se que alguns fatores como a finalidade de se concretizar de modo adequado o direito a saúde, somado ao fato de o acesso à justiça ser condição essencial para o exercício dos direitos de um cidadão, vem fomentando o fenômeno da judicialização. De modo a garantir a promoção de um acesso integral aos leitos públicos de UTI.

Sabe-se que os sistemas de saúde não são perfeitos e que se encontram em evolução, mediante ajustes de necessidade e viabilidade. Assim, os regramentos e princípios devem nortear as condutas dos agentes públicos envolvidos.

Aos gestores verificam-se decisões calcadas de caráter técnico e de acordo com os regramentos contidos na legislação. Para tanto, aquelas medidas que visam um maior alcance da prestação de serviços a toda a população, devem observar a aplicação de uma sistemática que, de maneira predeterminada, conceitue critérios para o seu atendimento.

Dessa maneira, podem ser aferidas a não preterição de pacientes, a que título for, e a regionalização de serviços. A participação popular, por meio da atuação do controle social, deve auxiliar na construção de uma política pública de saúde equânime. Deve também, ser adotados mecanismos para tornar público a todos os poderes quais são os critérios e elementos adotados pelo gestor para a tomada de decisões, de modo a evitar o mal uso do Poder Judiciário.

O art. 196 da Constituição Federal reza que o Estado é, constitucionalmente, prestador de serviços universais e integrais de saúde. Obriga-se, portanto, na extensão das necessidades de cada cidadão.

A Lei nº. 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, apresenta a organização do Sistema Único de Saúde e estabelece os direitos e deveres para a promoção, proteção e recuperação da saúde e os princípios que devem reger as ações e serviços saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais se utilizam de mecanismos constitucionais e regulamentos derivados para nortear suas ações para a implantação e execução dos serviços.

Essa dinâmica de funcionamento do sistema se dá por intermédio das pactuações entre si. Para tanto, existem diversas instâncias como Conselho e Comissões, cada qual com seus papéis bem delineados, pelo Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, quais sejam: COSEMS, CONASEMS, CONASS, CIB, CIT e a CIR.

Construída toda a rede de acesso ao leito de UTI na capital goiana observando o comando único e as pactuações existentes, é preciso dizer ainda que nem todas as unidades solicitantes serão satisfeitas, uma vez que cada uma é dotada das características e da oferta dos serviços em sua região.

Muito embora, de acordo com a Carta Magna a prestação de serviços além de integrais, não de ser universais e igualitário, indispensável, portanto, a adoção de critérios que permitam o seu acesso de forma adequada, sem discriminação e respeitando-se a regionalização.

Evidenciada está a necessidade de trazer os aspectos que envolvem todo o processo de concessão do leito, até sua efetiva ocupação, expondo os fluxos de entrada e tratamento das demandas judiciais de UTI. Isso deve auxiliar a análise dos juízes ao se depararem com ações prementes, e no modo em que sua decisão pode impactar nos demais pacientes, em especial aqueles que aguardam administrativamente a vaga de UTI.

As demandas judiciais, ora objeto do estudo, se caracterizavam por dar acesso a pacientes já regulados, ou seja, que aguardam a finalização do fluxo administrativo para acesso a vaga. Em sua grande maioria as unidades solicitantes eram provenientes de UPA, CIAMS, CAIS, bem como dos Hospitais Públicos da Capital.

Os maiores demandantes dessas ações são as Defensorias Públicas, mesclam-se entre a Estadual e Federal, e o Ministério Público Estadual, que é sobressai aos pedidos realizados por meio de advogado privado constituído.

Não restou verificado nenhum padrão de escolha para indicação do tempo conferido para o cumprimento das decisões. À ocasião da colheita dos dados foram identificados os prazos compreendidos entre 2h a 72h, e, ainda, aqueles de cumprimento imediato.

Outra característica, é que a maioria das ações não foram provenientes dos plantões judiciais.

De acordo com o fluxo de priorização implementado na Central de Regulação, tem-se que os mandados judiciais são priorizados no sistema pelo

médico regulador. Isso impacta diretamente nas situações em que não há vagas disponíveis no momento promovendo a discriminação de pacientes.

Os Pacientes que não se enquadram dentro dos critérios de priorização da Central de Regulação (idade, gravidade do quadro clínico e o grau de assistência da unidade solicitante), provenientes de mandado judicial, acessam o serviço, preterindo as priorizações clínicas.

Ainda, é preciso ousar a tecer considerações sobre a necessidade de realização de estudos administrativos nas três esferas na tentativa de auferir a efetividade da prestação de serviço do Estado, quando instado pela via judicial, promovendo, para tantos meios de monitoramento e fiscalização.

Ademais, conclui-se que na ausência de regulamentação por parte da SMS Goiânia deve-se utilizar somente o critério clínico para fins de priorização sistêmica.

Portanto, o gestor do SUS deve se debruçar sobre os relatórios extraídos do sistema de informação próprio do município e dos sistemas disponíveis pelo M.S. Vale também, regulamentar os protocolos, o funcionamento e os fluxos de atendimento. Bem como, estabelecer diálogo com o juiz ou sua assessoria a fim de esclarecer os fatos.

Esses aspectos auxiliam o gestor na tomada de decisão quanto ao dimensionamento da rede, e do médico regulador, ao codificar o paciente para o leito vago e adequado às suas necessidades, dentro de prazo.

Para além da necessária discussão quanto a regionalização dos serviços de saúde por todo o Estado, deve considerar os motivos de limitações de acesso oportuno e a gestão do fluxo de pacientes, cujos locais associem a priorização das solicitações com menor tempo médio de permanência.

Sob o viés judicial é necessário utilizar os instrumentos disponíveis para auxiliar nas análises, tais como Pareceres do NATJUS, trazendo evidências científicas nas decisões, Enunciados do CNJ, estabelecer diálogos com o gestor de saúde, seja pessoalmente ou utilizando-se dos telefones e e-mail disponibilizados. E, ainda, priorizar as ações coletivas que tem por escopo atingir uma maior extensão de acesso.

Vale aclarar que o presente estudo não tem a pretensão de criar protocolos de acesso, mas sim, trazer elementos que possam contribuir para o debate sobre o alcance da concretização do direito fundamental à saúde, de forma equânime. Em especial, no que se refere acesso dos leitos públicos de UTI na cidade de Goiânia. As reflexões e os debates sobre a matéria cada vez se aperfeiçoam mais,

contribuindo com mais subsídios que auxiliem na tomada de decisões por parte dos juízes e gestores.

VERSÃO COMPACTA

Judicialização do acesso aos leitos públicos de UTI: uma experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

Judicialization of access to ICU public beds: an experience of the Goiânia Municipal Health Secretariat

Carneiro, Ana Paula Custódio⁵⁹

RESUMO: **Introdução** A Judicialização vem impactando serviços públicos de UTI. **Objetivos** Busca-se descrever os fluxos administrativos e judiciais utilizados para a concessão do leito público de UTI, perquirindo elementos que propiciem um acesso equânime; analisar as características das decisões judiciais, e de que modo impactam nos fluxos administrativos implantados na Central de Regulação, e ao final trazer uma proposta contributiva para a tomada de decisões. **Métodos** Efetuou-se levantamento documental e bibliográfico sobre o acesso ao leito de UTI do SUS. Utilizam-se dados provenientes do IBGE, do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde Estaduais e Municipais, e do Conselho Federal de Medicina relativos à população da capital de Goiânia e regional central, internações, critérios de priorização, fluxos da regulação do acesso, fluxo administrativo e judicial. A análise estatística foi realizada com o programa Excel, com enfoque na capital Goiânia. **Resultados** A SMS Goiânia, no ano de 2017, registrou 471 unidades solicitantes, 21.495 solicitações de UTI, 846 decisões judiciais recebidas, do total 24% é de UTI. Demandantes são as Defensorias Públicas, o Ministério Público Estadual, e a minoria por advogado privado. Os prazos variam de 2h a 72h, e, de cumprimento imediato. **Discussão** É temerário o impacto da judicialização ao acesso integral e equânime, uma desigualdade imprime o desatendimento de situações comprometedoras da vida. **Conclusão** sugere-se a elaboração de fluxos objetivos de regulação dos leitos de UTI, regulamentados e publicados. As priorizações de acesso devem se dar por critérios clínicos normatizados e parametrizados pelo sistema informatização de regulação.

PALAVRAS- CHAVE: Secretaria Municipal de Saúde. Serviço Público de Saúde. Judicialização. UTI

⁵⁹ Advogada. Especialista em Direito Administrativo e Constitucional pela PUC/GO. Servidora Pública do Município de Goiânia. Chefe de Gabinete da SMS Goiânia (2018 até a presente data). Mestranda em Direito da Saúde: dimensões individuais e coletivas - Universidade Santa Cecília - Santos/SP

ABSTRACT: Introduction Judicialization has been impacting ICU public services. Objectives We seek to describe the administrative and judicial flows used to grant the ICU public bed, seeking elements that provide equitable access; analyze the characteristics of judicial decisions, and how they impact on the administrative flows implemented in the Regulation Center, and finally bring a contributory proposal for decision making. Methods A documentary and bibliographic survey on access to the ICU bed of the SUS was performed. Data from the IBGE, the Ministry of Health, the State and Municipal Health Secretariat, and the Federal Council of Medicine regarding the population of the capital of Goiânia and central regional, hospitalizations, prioritization criteria, access regulation flows, administrative and judicial. Statistical analysis was performed using the Excel program, focusing on the capital Goiânia Results SMS Goiânia, in 2017, registered 471 requesting units, 21,495 ICU requests, 846 court decisions received, of the total 24% is from ICU. Claimants are the Public Defenders, the State Prosecutor, and the minority by a private lawyer. Deadlines range from 2h to 72h, and of immediate compliance. Discussion The impact of judicialization on full and equitable access is foolhardy, an inequality imprints on the neglect of life-threatening situations. Conclusion it is suggested the elaboration of objective flows of regulation of ICU beds, regulated and published. Prioritization of access should be based on standardized clinical criteria and parameterized by the regulation computerization system.

KEY WORDS: Municipal Health Secretariat. Public Health Service. Judicialization."ICU"

1. Introdução

A doutrina constitucional brasileira vem se dedicando à interpretação do artigo 196 da Constituição. É irrefutável que existam teses, muitas vezes antagônicas, que atuam em todas as instâncias do Poder Judiciário e no campo acadêmico.

O Estado, por sua vez dispõe de um *quantum* financeiro pré-estabelecido e determinado para manter um aparato suficiente para garantir o direito universal e integral a todos os cidadãos. E, na saúde deve dispor de valores flutuantes em função das necessidades individuais de cada cidadão. A adoção de critérios distributivos, portanto devem ser aplicados pelo gestor público, a fim de efetivar a garantia constitucional, disposta no art. 196 da C.F./88.

O gestor público deve primar pela correta execução dos recursos, isso é fato, mas para satisfazer as necessidades sociais é preciso realizar escolhas alocativas, pois na elaboração de políticas sociais e econômica, deve contemplar a implementação dos direitos sociais.

As escolhas do gestor público, por sua vez, devem observar os critérios de justiça distributiva (quem atender e o quanto a disponibilizar). Significa dizer que as

"macro decisões", que visam atender a maior extensão possível de pessoas, pressupõem a execução de escolhas que limitem direitos individuais.

O que deve ser levado em consideração é o nível de eficiência e eficácia que a política pública implementada visa alcançar.

Por sua vez, o acesso a justiça trata-se de um direito conferido a qualquer cidadão que entenda encontrar-se na violação de seus direitos.

Por outro lado, é preciso argumentar se o Poder Judiciário, muitas vezes não teria meios de, ao analisar determinada pretensão à satisfação de um direito individual, examinar quais seriam as consequências da destinação dos recursos públicos, causando prejuízo para o todo.

Neste aspecto vale trazer os ensinamentos de Borba (2019), ao dizer que a adoção de critérios desta natureza, se puderem ser definidos, representará mais uma forma de introdução de igualdade distributiva, num meio onde a desigualdade parece ser a tônica, e a igualdade de tão difícil obtenção.

2. Objetivos

Objetiva-se descrever os fluxos administrativos e judiciais utilizados para a concessão do leito público de UTI; analisar as características das decisões judiciais, de que modo impactam nos fluxos administrativos implantados na Central de Regulação, da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, e ao, final, a partir da experiência da referida capital buscar a construção de uma proposta contributiva.

É preciso fornecer aos operadores do SUS os critérios que auxiliem na tomada de decisão. O objetivo é trazer a experiência da capital do Estado de Goiás para auxiliar na construção de diretrizes que visem auxiliar os gestores e juízes na tomada de decisões.

Importante, também, apresentar os fluxos administrativos, suas características; bem como o fluxo dos mandados judiciais direcionados ao cumprimento por parte da SMS Goiânia.

Tais critérios podem auxiliar ao Poder Judicial na tomada de suas decisões uma vez que poderá ter ao seu alcance diário a estrutura e os fluxos claros e predefinidos relativos ao acesso do serviço.

3. Métodos

A metodologia utilizada para este estudo foi a revisão bibliográfica e documental. Foi utilizada uma abordagem, descritiva e explicativa, além do recorte

temporal existente, ano de 2017. Diz-se descritiva pois busca saber quais fatores interferem na tomada de decisão dos agentes públicos na concessão de um leito de UTI, tomando a experiência da capital Goiânia. Explicativa, porque pretende propor a elaboração de critérios para auxiliar nas análises do Poder Judiciário e do gestor na implementação de políticas que visem o acesso ao leito de modo equânime.

Para a revisão da literatura foram utilizadas as publicações em língua portuguesa entre os anos de 2010 a 2018. Também, serão delineados os dados referentes à atuação judicial interventiva na saúde, tendo como descritor de busca as expressões: Judicialização da saúde no âmbito do SUS e acesso ao leito público de UTI.

Foram analisadas as produções científicas de artigos oriundos de teses e dissertações publicadas. O local de produção se restringiu à judicialização da saúde pública.

A planilha em *Excel*, alimentada pela assessoria técnica do Gabinete do Secretário foi objeto de estudo. Foram selecionados e trabalhados os dados referentes as demandas judiciais do ano de 2017. Os mandados se encontravam junto à Superintendência de Regulação, Avaliação e Políticas de Saúde e Advocacia Setorial, da SMS Goiânia. Em relação a colheita de dados complementares, foi necessária realizar busca manual, o que não interferiu consideravelmente na pesquisa.

4. Resultados

Examinados todos os mandados recebidos na SMS Goiânia no ano de 2017, foi possível extrair os seguintes dados.

A SMS Goiânia, no ano de 2017, registrou 471 unidades solicitantes, que compreendem os setores que solicitam a vaga de UTI. Das solicitações provenientes dessas unidades resultaram a 21.495 solicitações atendidas de UTI, e 2.463 não atendidas.

Em relação às decisões judiciais foram encontradas, na planilha em *excel* disponibilizada pela SMS Goiânia, 846 decisões judiciais como um todo. Utilizando-se na coluna "assunto" a sigla "UTI", foram selecionados 206 descritores relacionados às decisões que envolvem a concessão de leito de UTI. Desse total, referente ao leito de UTI, somente 3 casos foram identificados como pacientes já internados em leito particular.

As demandas judiciais, ora objeto do estudo, eram provenientes de pacientes já regulados, aguardando a finalização do fluxo administrativo para a efetivação da vaga. Em sua grande maioria as unidades solicitantes eram provenientes de UPA, CIAMS, CAIS, bem como de hospitais públicos da capital.

Os maiores demandantes dessas ações são as Defensorias Públicas, mesclam entre a Estadual e Federal, e o Ministério Público Estadual. Os pedidos realizados por meio de advogado privado constituído era a minoria. Ainda, a maioria das ações não foram provenientes dos plantões judiciais.

Não restou verificado nenhum padrão de escolha para indicação do tempo conferido para o cumprimento das decisões. À ocasião da colheita dos dados foram identificados os prazos compreendidos entre 2h a 72h, e, ainda, aqueles de cumprimento imediato.

Em relação a qualidade dos dados, é preciso dizer que na coluna "assunto", ainda na planilha em *excel*, foram encontrados 128 descritores, distribuídos em ordem alfabética, e ao utilizar a palavra "UTI" no "assunto" restou em 48 descritores.

5. Discussão

No que tange à efetivação dos direitos sociais, como o direito à saúde, há que se considerar a exponencial atividade do Poder Judiciário atuando em paralelo à atuação da gestão pública, sendo esta adstrita em seus atos aos recursos financeiros finitos do Estado, às políticas públicas já implementadas, dentre outros.

Bem, construída toda a rede de acesso ao leito de UTI na capital para atender aos municípios do seu território e as cidades pactuadas, é preciso dizer ainda que nem todas as unidades solicitantes terão suas demandas satisfeitas, uma vez que cada uma é dotada das características próprias da oferta de serviços de sua região.

Muito embora, de acordo com a Carta Magna a prestação de serviços além de integrais, não de ser universais e igualitários. Indispensável, portanto, a adoção de critérios que permitam o seu acesso de forma adequada, sem discriminação e respeitando-se a regionalização.

Evidenciado está a necessidade de trazer os aspectos que envolvem todo o processo de concessão do leito, até sua efetiva ocupação, expondo os fluxos de entrada e tratamento das demandas judiciais de UTI. Isso deve auxiliar a análise dos juízes ao se deparar com ações que demandem urgência, e de que modo sua

decisão vai impactar nos demais pacientes que aguardam administrativamente a conclusão do fluxo.

Pelos dados extraídos percebe-se que, cerca de 11%, das solicitações de UTI não são atendidas. Alguns fatores não trazidos a cabo, portanto, merecem estudo. Ou seja, é preciso identificar quais motivos que levaram ao não atendimento de 11% das solicitações.

De acordo com o fluxo de priorização implementado na Central de Regulação, tem-se que os mandados judiciais são priorizados no sistema pelo médico regulador. Isso impacta diretamente nas situações em que não há vagas disponíveis no momento promovendo uma possível discriminação de pacientes.

Os Pacientes que não se enquadram dentro dos critérios de priorização da Central de Regulação (idade, gravidade do quadro clínico e o grau de assistência da unidade solicitante), provenientes de mandado judicial, acessam o serviço preterindo as priorizações clínicas.

As demandas judiciais, ora objeto do estudo, se caracterizam por disponibilizar acesso aos pacientes já regulados, portanto aguardando a finalização do fluxo administrativo. Importa dizer que, se o paciente está regulado, significa que aguarda o leito com assistência médica, e segundo, se está regulado e não codificado, confere não se tratar de uma questão de priorização.

Em sua grande maioria as unidades solicitantes eram provenientes de UPA, CIAMS, CAIS, bem como dos hospitais públicos da Capital. Independente da forma de acesso desses pacientes, fato é que os pacientes que demandaram a via judicial, já estavam tendo algum tipo de assistência médica.

As Defensorias Públicas, mesclando entre a Estadual e Federal, e o Ministério Público Estadual, revelaram-se os maiores demandantes das ações judiciais estudadas, e sobressaíram aos pedidos por meio de advogado privado constituído.

Praticamente todas as ações analisadas foram conduzidas pela defensoria pública, federal ou estadual, e pelo Ministério Público Estadual, o que pressupõe a hipossuficiência de recursos. A minoria teve condução por um escritório de advocacia privada.

Ao avaliar a origem do pedido de UTI realizado pelo médico assistente verifica-se que os pedidos surgem, em sua maioria, das unidades de saúde que compõem a rede municipal. Mais uma vez as evidências sugerem que a judicialização não é um fenômeno exclusivo das elites. Para corroborar, no ano de

2017, apenas 3 mandados judiciais, do total de 206, partiram de pedidos obtidos por meio da medicina privada.

Por se tratar de uma solicitação de urgência, a maior parte dos requerentes solicita decisão liminar. Destas decisões 100% foram concedidas. Como se trata de demanda por vagas de UTI de indivíduos correndo risco de vida ou agravamento de condição clínica, esse é um resultado esperado.

Inexiste padrão quanto a indicação do tempo conferido para o cumprimento das decisões. À ocasião da colheita dos dados foram identificados prazos compreendidos entre 2h a 72h, e, ainda, aqueles de cumprimento imediato. Essa dissonância de tempo nos permite perquirir quanto a efetividade na indicação de prazo para cumprimento, ou mesmo se é possível padronizá-lo.

Quanto a este tópico, foi escolhido o mês de setembro do ano de 2018, à época que precedeu a criação da ferramenta contida na figura 12, para tratamento dos dados. Foi possível relacionar o tempo entre a solicitação da vaga pelo solicitante até a confirmação da vaga pelo executante e sua proporção. Até 24 h, correspondeu a maioria, um total de 87% dos pacientes, de 24h até 48h, 12%, acima de 48h, 1%.

Tendo em vista que a maioria dos pacientes possuem a vaga confirmada em até 24h, é preciso avaliar qual o grau de efetividade da limitação de prazo para o cumprimento da decisão judicial, por parte do gestor. Essa indagação deve ser mais bem esmiuçada, vez que associada ao fato da maioria dos pacientes provenientes dos mandados de 2017 já se encontravam regulados.

Outra característica, é que a maioria das ações não foram provenientes dos plantões judiciais.

De acordo com o fluxo de priorização implementado na Central de Regulação, tem-se que os mandados judiciais são priorizados no sistema pelo médico regulador. Isso impacta diretamente nas situações em que não há vagas disponíveis no momento promovendo a discriminação de pacientes. Ou seja, o mandado de segurança está preterindo o critério clínico de priorização.

Os Pacientes que não se enquadram dentro dos critérios de priorização da Central de Regulação (idade, gravidade do quadro clínico e o grau de assistência da unidade solicitante), provenientes de mandado judicial, acessam o serviço, preterindo as priorizações clínicas.

Ainda, é preciso ousar a tecer considerações sobre necessidade de realização de estudos administrativos nas esferas na tentativa de auferir a

efetividade da prestação de serviço do Estado, quando instado pela via judicial, promovendo, para tantos meios de monitoramento e fiscalização.

Portanto, o gestor do SUS deve se debruçar sobre os relatórios extraídos do sistema de informação próprio do município e dos sistemas disponíveis pelo M.S.. Vale também regulamentar os protocolos, funcionamento e fluxos de atendimento. Bem como, estabelecer diálogo com o juiz ou sua assessoria a fim de esclarecer os fatos.

Esses aspectos auxiliam o gestor na tomada de decisão quanto ao dimensionamento da rede, e do médico regulador, ao codificar o paciente para o leito vago e adequado às suas necessidades, no prazo.

Para além é necessário discutir regionalização dos serviços de saúde por todo o Estado, considerando os motivos de limitações de acesso oportuno e a gestão do fluxo de pacientes, cujos locais associem a priorização das solicitações com menor tempo médio de permanência.

Sob o viés judicial é necessário utilizar os instrumentos disponíveis para auxiliar nas análises, tais como Pareceres do NATJUS, trazendo evidências científicas nas decisões, Enunciados do CNJ, estabelecer diálogos com o gestor de saúde, seja pessoalmente ou utilizando-se dos telefones e e-mail disponibilizados. E, ainda, priorizar as ações coletivas que tem por escopo atingir uma maior extensão de acesso.

Vale aclarar que o presente estudo não tem a pretensão de criar protocolos de acesso, mas sim, trazer elementos que possam contribuir para o debate, e quem sabe quanto a uma possível solução. As reflexões e os debates sobre a matéria cada vez se aperfeiçoam, contribuindo com mais subsídios que auxiliem na concretização do direito fundamental á saúde de forma equânime.

Com base nisso, não e pode atribuir um erro ao juiz que indefere o pedido de alguém acometido por uma doença rara a pecha de insensível ou desumano. A esse juiz não falta empatia. Ela está apenas sendo direcionada a outras pessoas. E o juiz que defere um tratamento de altíssimo custo a uma pessoa não pode ser ingênuo a ponto de achar que sua decisão só terá efeitos positivos.

6. Conclusão

Frente a judicialização de leitos de UTI, percebe-se um forte e proeminente movimento da promoção da integração entre as Instituições Públicas. Citam-se os papéis dos Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde, Fóruns, Seminários,

Workshops, realizados pelos mais diversos órgãos, bem como do Conselho Nacional de Justiça, Comitês Estaduais de Saúde, Centros de Mediação de Conflitos da área da Saúde.

Os diálogos institucionais (M.S, SES e SMS; Ministério Público, Defensoria, Poder Judiciário; Conselhos e Conferências de Saúde; Comitês Executivos) vem trazendo novos olhares.

As Instituições envolvidas veem entendendo que o diálogo contribui e muito com os estudos relacionados ao acesso integral e universal dos serviços públicos de UTI. Assim, a proposição de diretrizes judiciais que envolvem a concessão de mandados, e ao tratamento do fluxo administrativo do acesso aos leitos, visa, em sobremaneira, a concretização do direito à saúde universal e equânime.

Em relação ao fluxo administrativo na SMS Goiânia, entende-se, em razão da ausência de normativa própria referente aos critérios de priorização de acesso ao leito de UTI, que o critério clínico, e somente ele, seja utilizado. Até que outra regulamentação venha a surgir.

Para tanto, é imprescindível que os estudos tragam mais elementos que possam auxiliar a garantia da Equidade, e implementem ações que visam qualificar as ações judiciais, e institucionalizar as experiências.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/4292ed5b6a888bdcac178d51740f4066.pdf>. Acessado em: 03 fev. 2019.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acessado em: 21 ago. 2019.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado em: 05 jul. 2019.
- BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2018-2021. Goiânia: mar 2018. Disponível em: https://www10.goiania.go.gov.br/DadosINTER/Trans/Plano%20Municipal/Secretaria%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde/0/arq_405755.pdf. Acessado em: 10 jul. 2019.
- EVANGELISTA, P. A., BARRETO, S. M., & GUERRA, H. L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 767-776, 2008.

REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, M.; MARQUES. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência da saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000300006&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 25 de set. 19.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284p. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>. Acessado em: 01 de jul. 2019.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n.1, p. 15-24, 2004.
- BARROS, F. P. C.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUZA, M. F. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 264-71, 2016.
- BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.
- BERCOVICI, Gilberto. Ainda faz sentido a Constituição dirigente. *In*: Streck LL, Chueiri VK. 20 anos de Constitucionalismo democrático: e agora? **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, v. 20, p. 149-162, 2008.
- BORBA, Sylvio Roberto Corrêa de. A desigualdade na distribuição de acesso à saúde no Brasil e o mínimo razoável: uma análise à luz da teoria da justiça distributiva em saúde. Sylvio Roberto Corrêa de Borba, 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/4292ed5b6a888bdcac178d51740f4066.pdf>. Acessado em: 03 fev. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acessado em: 06 ago. 2019.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acessado em: 21 ago. 2018.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acessado em: 05 jul. 2019.
- BRASIL. Decreto nº 7.598, de 7 de novembro de 2011. Declara de utilidade pública, para fins de desapropriação, em favor da concessionária Autopista Fernão Dias S.A., os imóveis que menciona, localizados no Município de Itaguara, no Estado de Minas Gerais. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1029840/decreto-7598-11>. Acessado em: 05 jul. 2019.

- BRASIL. Fórum Nacional de Saúde 20 anos do Sistema Único de Saúde e a implantação dos Medicamentos Genéricos. Senado Federal, Brasília - DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2008.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado em: 05 jul. 2019.
- BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acessado em: 05 jul. 2019.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acessado em: 05 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde/Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 28p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acessado em: 30 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>. Acessado em: 20 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf. Acessado em: 10 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001, 15p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acessado em: 23 de mar. 2019.
- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acessado em: 31 dez. 2019.

- BRASIL. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acessado em: 05 jul. 2019.
- BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acessado em: 05 jul. 2019.
- BRASIL. Portaria nº 356/GM, de 8 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0356_08_04_2013.html. Acessado em: 20 set. 2019.
- BRASIL. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acessado em: 23 fev. 2019.
- BRASIL. Senado Federal. Fórum Nacional de Saúde 20 anos do Sistema único de Saúde e a implantação dos medicamentos genéricos. Brasília, 27 de nov. de 2008. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/1242564/>,. Acessado em: 20 ago. 19.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. AI 808.059/RS-AsR. Primeira Turma. Rel. Min. Ricardo Lewandowski. Julgado em 02 de dezembro de 2010. DJ de 31 de janeiro de 2011. <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/visualizarEmenta.asp?s1=000242670&base=baseMonocraticas>. Acessado em: 07 nov. 2018.
- BRASIL. Portaria Sas/Ms nº 356 De 22 De Setembro De 2000. Disponível em: http://www.lexmagister.com.br/doc_408592_PORTARIA_SAS_MS_N_356_DE_22_DE_SETEMBRO_DE_2000.aspx. Acessado em: 10 de out. 2019.
- CAMPILONGO, Celso Fernandes. **O Judiciário e a democracia no Brasil**. Revista USP. São Paulo, n. 21, p. 116-125: Coordenadoria de Comunicação Social (CCS)/USP, 1994. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/26940/28718>>. Acessado em: 1 nov. 2018.
- SCOREL, S. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Saúde Soc. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. *Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio*, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf>. Acessado em: 07 set. 2019.
- FARIAS, S. F.; GURGEL Jr, G. D.; COSTA, A. M.; BRITO, R. L.; BUARQUE, R. R. **A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar**. *Ciência Saúde Coletiva*. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700037. Acessado em: 10 set. 2019.
- FERRAZ JUNIOR, T. S. O Judiciário frente à divisão dos poderes: um princípio em decadência? **Revista Usp**, n. 21, p. 12-21, 1994.
- GOLDWASSER, R. S.; LOBO, M. S. D. C.; ARRUDA, E. F. D.; ANGELO, S. A.; SILVA, J. R. L.; SALLES, A. A. D.; DAVID, C. M. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 19, 2016.
- GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Plano Estadual de Saúde 2008-2011, Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/p.s.-2008-2011.pdf>. Acessado em: 05 ago. 2019.

- IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goiania/panorama>. Acessado em: 19 de mar. 2020.
- LABRA, M. E. **Conselhos de Saúde. Dilemas. Avanços e desafios**. In: Lima, N.; Gerschaman, S; Edler, F; Suárez, J. (Org). Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, v.1, p. 353-383, 2005.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. reimp. São Paulo: Atlas, p. 310, 2007.
- BRASIL. Lei nº 6591, de 26 de abril de 1988. Reorganiza a estrutura administrativa da prefeitura municipal de Goiânia e dá outras providências. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/go/g/goiania/lei-ordinaria/1988/659/6591/lei-ordinaria-n-6591-1988-reorganiza-a-estrutura-administrativa-da-prefeitura-municipal-de-goiania-e-da-outras-providencias>. Acessado em: 10 de out. 2019.
- MARQUES, Z. F. A.; GARIGLIO, M. T. **A Regulação como estratégia para a gestão do Sistema de Saúde**. Trabalho (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.
- MARQUES, S. B. **Judicialização, integralidade e financiamento da saúde**. Diagn. Tratamento. São Paulo, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13117/14920>. Acessado em: 20 de abr. 2019.
- MELARA, S. V.; BECCARIA, L. M.; CARTA, A.; CONTRIN, L. M. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Arquivo Ciências da Saúde**, v. 13, n. 3, p.128-135, 2006.
- MENDES, Eugênio V. **Os grandes dilemas do SUS: Tomos I e II**. Salvador. BA: Casa da Qualidade Editora, Saúde Coletiva, n. 4, 2001.
- MENDES, Aquilas Nogueira. **Financiamento, gasto e gestão do SUS: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995–2001)**. Tese (Doutorado em Economia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2005.
- MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 72-87, 2006.
- MICHAELIS, Dicionário. Disponível em: www.uol.com.br/michaelis. Acessado em: 20 out. 2011.
- MOROZOWSKI, Ana Carolina. O efeito da vítima individualizável e a judicialização da saúde. Tribunal Regional Federal da 1ª Região, 12 junho de 2019. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/judicializacao-da-saude-valor-economico-12619/>. Acessado em: 09 out. 2019.
- PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, p. 34-46, 2006.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1819-1829, 2007.
- PREFEITURA DE GOIÂNIA. Decreto nº 1982, de 08 de julho de 2016. Aprova o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, Trabalho, Ciência e Tecnologia. Disponível em: https://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete_civil/sileg/dados/legis/2016/dc_2016_0708_000001982.pdf. Acessado em: 10 de out. 2019.
- PREFEITURA DE GOIÂNIA. Decreto nº 2181, de 21 de agosto de 2015. Designa membros para compor o Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete_civil/sileg/dados/legis/2015/dc_20150_821_000002181.pdf. Acessado em: 10 de out. 2019.
- PREFEITURA DE GOIÂNIA. Decreto nº 3724, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a organização administrativa do Poder Executivo Municipal, estabelece um

- novo modelo de gestão e dá outras providências. Disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/download/legislacao/diariooficial/2011/do_20111222_000005253.pdf. Acessado em: Acesso em: 10 de out. 2019.
- PREFEITURA DE GOIÂNIA. Decreto nº 4051, de 02 de setembro de 2013. Aprova o Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: https://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete_civil/sileg/dados/legis/2013/dc_20130902_000004051.pdf. Acessado em: 10 de out. 2019.
- PREFEITURA DE GOIÂNIA. Lei complementar nº 245, de 29 de abril de 2013. Revogada parcialmente pelo inciso VI do art. 69 da Lei Complementar nº 276, de 03 de junho de 2015. Disponível em: https://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete_civil/sileg/dados/legis/2013/lc_20130429_000000245.html. Acessado em: 10 de out. 2019
- PREFEITURA DE GOIÂNIA. Lei complementar nº 276, de 03 de junho de 2015. Dispõe sobre a organização administrativa do Poder Executivo Municipal, estabelece um novo modelo de gestão e dá outras providências. Disponível em: https://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete_civil/sileg/dados/legis/2015/lc_20150603_000000276.html. Acessado em: Acesso em: 10 de out. 2019.
- PREFEITURA DE GOIÂNIA. Lei nº 8.088, de 10 de janeiro de 2002. Cria o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Goiânia e dá outras providências. Disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete_civil/sileg/dados/legis/2002/lo_20020110_000008088.html. Acessado em: 10 de out. 2019.
- PREFEITURA DE GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Goiânia: mar 2018. Disponível em: https://www10.goiania.go.gov.br/DadosINTER/Trans/Plano%20Municipal/Secretaria%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde/0/arq_405755.pdf. Acessado em: 10 de out. 2019.
- PREFEITURA DE GOIÂNIA. Termo de Municipalização da Saúde, 16 de abr. de 1998. Diário Oficial do Município de Goiânia, Ed. nº 2.229 de 15 dez. 1988.
- SANTOS L.; ANDRADE, L. O. M. **Rede interfederativa de saúde**. In: Silva SF, organizador. Rede de Atenção à Saúde no SUS. Campinas: IDISA; 2008. p. 35-65
- SCHULZE, Clenio Jair. **A Judicialização da Saúde no Século XXI**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2018.
- SCHULZE, Clenio; GEBRAN NETO, João Pedro. Direito à Saúde. Revista e Ampliada. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019.
- SOUZA, Jorge Alves de. **Reestruturação das Regionais de Saúde em Goiás: Limites e Possibilidades**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.
- SMS (Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO). Leitos de UTI disponibilizadas pela Rede Pública Municipal. Disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/sistemas/siscv/asp/siscvg0930f0.asp?sel_tp_lto=0. Acessado em: 20 de out. 2019.
- UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, p. 445-452, 1990.
- VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 640-647, 2012.