

INSTITUTO BRASILIENSE DE DIREITO PÚBLICO
ESCOLA DE DIREITO DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM DIREITO CONSTITUCIONAL

SANDRA DE OLIVEIRA DIAS

**A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA:
O DIREITO DE ACESSO A LEITOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM
HOSPITAIS PÚBLICOS DE GOIÂNIA – GOIÁS**

BRASÍLIA - DF
2019

SANDRA DE OLIVEIRA DIAS

**A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA:
O DIREITO DE ACESSO A LEITOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM
HOSPITAIS PÚBLICOS DE GOIÂNIA – GOIÁS**

Dissertação de Mestrado em Direito apresentada ao curso de Pós-graduação Stricto Sensu em Direito Constitucional como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Direito, Estado e Constituição.

Linha de pesquisa: Direito do Estado e Direitos Fundamentais.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Freitas Filho.

Coorientador: Prof. Dr. Denival Francisco da Silva.

BRASÍLIA - DF
2019

DIAS, Sandra de Oliveira.

Judicialização da Política Pública: o direito de acesso a leitos em Unidade de Terapia Intensiva em hospitais públicos de Goiânia-GO. Sandra de Oliveira Dias. 2019. fl.144. il.

Orientador: Roberto Freitas Filho

Coorientador: Denival Francisco da Silva

Dissertação (Mestrado) – Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, 2019.

1. Direito à Saúde. 2. Políticas Públicas de acesso à Unidade de Terapia Intensiva. 4. A Judicialização por vagas em UTI no município de Goiânia. Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP).

SANDRA DE OLIVEIRA DIAS

**A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA:
O DIREITO DE ACESSO A LEITOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM
HOSPITAIS PÚBLICOS DE GOIÂNIA – GOIÁS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional da Escola de Direito de Brasília – EDB/IDP.

Aprovada em 18 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Professor orientador Pós Doutor Roberto Freitas Filho

Professor Doutor Marcos Antônio dos Santos

Professor Doutor Ramiro Nobrega Sant'Ana – UNICEUB

Dedico a Deus pelos anjos enviados durante a realização deste trabalho. Dedico especialmente a meu marido Luiz Claudio, companheiro de todos os momentos sempre incentivando e motivando a seguir em frente. A meus filhos Hugo e Ulysses pela paciência e compreensão. Dedico também aos meus amigos Dr. Denival, Carila, Elka e Gláucia pelo apoio incondicional durante todo o percurso. A meus familiares, amigos e colegas por mais essa conquista. Enfim, muitíssimo obrigada a todos!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelas oportunidades e bênçãos concedidas.

A meu orientador, Dr. Roberto Freitas Filho, e ao coorientador, Dr. Denival Francisco da Silva pela dedicação, compreensão e direção na condução do estudo.

Gratidão aos Professores Dr. Paulo Gonet Branco, Ramiro Nóbrega Sant'Ana e Marcos Antônio dos Santos, componentes da Banca de Qualificação por apontarem os caminhos que deveria seguir na condução da pesquisa.

Agradeço ao meu esposo Luiz Cláudio pela motivação e apoio emocional nos momentos de insensatez.

A meus filhos Hugo e Ulysses que me apoiaram e incentivaram a seguir em frente.

As diletas amigas Carila, Elka, Gláucia, Maria Antônia, solidárias na revisão da escrita.

Ao Dr. Ciro Leite Mendes - Presidente da Sociedade Médica Intensivista do Brasil (AMIB) e ao Dr. Durval Ferreira Fonseca Pedroso - Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva do Estado de Goiás (SOTIEGO), pela motivação, contribuição e compartilhamento de dados e informações sobre terapia intensiva.

Meus sinceros agradecimentos aos colegas de mestrado que se tornaram irmãos durante a caminhada, proporcionando a leveza do fardo, alegria e prazer.

A todos os Professores que fizeram o possível e impossível para transmitir o conhecimento, em especial à Dr^a. Júlia Maurmann Ximenes e Dr^a. Ana Elisa Colares, sempre dispostas a orientar o caminho a seguir.

Agradeço ao Coordenador do Mestrado Dr. João Paulo Bachur e a todos os funcionários do Instituto Brasiliense de Direito Público pela referência no ensino de qualidade, competência, celeridade e na pronta solução nas informações prestadas.

Aos familiares, amigos e colegas que torcem por mais uma vitória em minha vida.

A todos, muitíssimo obrigada!

RESUMO

A dissertação aborda a judicialização da política pública quanto ao acesso a leitos em Unidade de Terapia Intensiva – UTI em hospitais públicos no município de Goiânia, em conformidade com os dados do Processo Judicial Digital (PROJUDI), no período compreendido entre janeiro de 2017 e dezembro de 2018 na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal da Comarca de Goiânia, partindo-se da análise de 3.742 processos, a fim de examinar o conteúdo de 167 decisões liminares que tramitaram na mencionada Vara, utilizando-se da Metodologia de Análise de Decisões – (MAD) para analisar os argumentos e a coerência que fundamentam o deferimento do pleito judicial. E também da metodologia de natureza empírica e qualitativa, do tipo bibliográfico e documental em que levantaram-se dados extraídos da plataforma digital da Auditoria do Sistema Único de Saúde (AUDITASUS) em relação à quantidade de Unidades de Terapia Intensiva – UTI, considerando que o cálculo em média de necessidade de leitos de UTI deveria existir entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares correspondente entre 1 e 3 leitos de UTI para cada 10.000 mil habitantes, conforme recomendação da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB/2010). O resultado da pesquisa expõe que as UTI'S existentes seriam suficientes para atender a população de Goiânia; porém, em razão de haver municípios em Goiás sem hospitais públicos com suporte em UTI, buscam na Capital o suporte desse serviço e a quantidade de vagas insuficientes para atender a todos seria uma das causas da judicialização da política pública. O estudo descreve as críticas quanto à falta de *expertise* do Judiciário na visão dos profissionais da área de saúde na análise do *escore* de risco para indicar o paciente a leito de UTI, expondo que a judicialização ocasiona a distanásia em casos terminais quando os cuidados paliativos poderiam dar dignidade ao morrer. Assinala dificuldades na gestão de leitos, face a judicialização que produz reflexos, como o “fura fila”. Apontam, reflexões sobre a Desvinculação de Receita – DRU quanto a impostos arrecadados destinados à saúde.

Palavras-chave: UTI. JUDICIALIZAÇÃO. POLÍTICA PÚBLICA. MUNICÍPIO DE GOIÂNIA. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE GOIÁS.

ABSTRACT

The dissertation addresses the judicialization of public policy regarding access to beds in the Intensive Care Unit - ICU in public hospitals in the city of Goiânia, in accordance with the data from the Digital Judicial Process (PROJUDI), in the period between January 2017 and December 2018 in the 2nd Municipal Public Finance Court of the District of Goiânia, starting from the analysis of 3,742 cases, in order to examine the content of 167 preliminary decisions that were processed in the mentioned Court, using the Decision Analysis Methodology – (MAD) to analyze the arguments and coherence that support the granting of the judicial claim. And also the methodology of an empirical and qualitative nature, of the bibliographic and documentary type in which data were extracted from the digital platform of the Audit of the Unified Health System (AUDITASUS) in relation to the number of Intensive Care Units - ICU, considering that the average calculation of the need for ICU beds should exist between 4% and 10% of the total hospital beds corresponding between 1 and 3 ICU beds for every 10,000 inhabitants, as recommended by the Brazilian Association of Intensive Medicine (AMIB / 2010). The result of the research shows that the existing ICUs would be enough to serve the population of Goiânia; however, due to the fact that there are municipalities in Goiás without public hospitals with ICU support, they seek support from this service in the Capital and the amount of enough places to serve everyone would be one of the causes of the judicialization of public policy. The study describes the criticisms regarding the lack of expertise of the Judiciary in the view of health professionals in the analysis of the risk score to indicate the patient in the ICU bed, exposing that judicialization causes dysthanasia in terminal cases when palliative care could give dignity when dying. It points out difficulties in the management of beds, in the face of the judicialization that produces reflexes, such as the “long line”. Point out, reflections on the Untying of Revenue - DRU regarding taxes collected for health.

Keywords: ICU. JUDICIALIZATION. MUNICIPALITY OF GOIÂNIA. COURT OF JUSTICE OF GOIÁS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Amostras de dados sobre a judicialização da saúde com descritores solicitados no período compreendido entre 1º/01/2017 a 31/12//2018.	104
Quadro 2 - Ações incluídas e excluídas da pesquisa	108
Quadro 3 - Ações no Projudi 2017-2018, com o quantitativo de pacientes SUS e não SUS em Goiânia	110
Quadro 4 - Representante legal das ações de UTI no Projudi 2017 e 2018.	114
Quadro 5 - Especialidades médicas levantadas nas decisões judiciais de 2017	117
Quadro 6 - Dados de liminares e sentenças das ações no Projudi 2017 e 2018	118
Quadro 7 - Quantidade de óbitos identificados no curso da ação.....	124

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - A evolução temporal da contribuição relativa dos entes federativos	47
Gráfico 2- Setores de investimento dos recursos privados	47
Gráfico 3 - Quantidade de leitos em UTI no Brasil, período 2017	78
Gráfico 4 - Quantidade de leitos em UTI no Brasil, período 2018	79
Gráfico 5 - Quantidade de leitos em UTI no Brasil, período primeiro semestre de 2019	79
Gráfico 6 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade no Brasil, período 2017	84
Gráfico 7 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade no Brasil, período 2018	84
Gráfico 8 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade no Brasil, 1º semestre de 2019	85
Gráfico 9 - Quantidade de leitos em UTI em Goiás, período 2017	86
Gráfico 10 - Quantidade de leitos em UTI em Goiás, período 2018.....	87
Gráfico 11 - Quantidade de leitos em UTI em Goiás, período primeiro semestre de 2019	87
Gráfico 12 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade em Goiás, período 2017	90
Gráfico 13 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade em Goiás, período 2018	90
Gráfico 14 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade em Goiás, período 2019	91

Gráfico 15 - Quantidade média mensal de leitos de UTI, no município de Goiânia, período de 2009 ao primeiro semestre de 2019.....	92
Gráfico 16 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, no município de Goiânia, período 2017	93
Gráfico 17 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, no município de Goiânia, período 2018	93
Gráfico 18 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, no município de Goiânia, junho de 2019	94
Gráfico 19 - Estabelecimentos de saúde citados nas ações nos quais os pacientes aguardavam atendimento em 2017	114
Gráfico 20 - Especialidades médicas levantadas nas decisões judiciais de 2017	115
Gráfico 21 - Estabelecimentos de saúde nos quais os pacientes aguardavam atendimento em 2018.....	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes no Brasil, período 2017	81
Tabela 2 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes no Brasil, período 2018	81
Tabela 3 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes no Brasil, período janeiro a junho de 2019.....	82
Tabela 4 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes em Goiás, período 2017	88
Tabela 5 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes em Goiás, período 2018	88
Tabela 6 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes em Goiás, primeiro semestre de 2018	89
Tabela 7 - Fila de espera por UTI em Goiás	95

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Atribuições da ANVISA e ANS	45
Figura 2 - Estabelecimento com UTI por regiões, período 2016	83
Figura 3 - Página oficial do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás	101
Figura 4 - Janelas de acesso ao processo judicial digital	101
Figura 5 – Consulta processual com inserção de descritor	102
Figura 6 - Página do site do TJGO com o quantitativo de processos	103
Figura 7 - Apresenta a forma como o processo deve ser consultado.....	107

LISTA DE SIGLAS

ADCT - Atos de Disposições Transitórias

AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AUDITASUS – Auditoria Analítica em Internações (SUS)

CAIS - Centro de Atendimento Integral de Saúde

CAPES - Centro Acadêmico de Pesquisa do Ensino Superior

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEJUSC - Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania

CER - Central Estadual de Regulação

CIAMS - Centro Integral de Atendimento Médico de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS-Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CRE - Complexo Regulador Estadual

CSLL - Contribuição Sobre o Lucro Líquido das Empresas

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DRU - Desvinculação da Receita da União

EC - Emenda Constitucional

FPE – Fundo de Participação do Estados

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

GM – Gabinete do Ministro

HGVC - Hospital Geral de Vitória da Conquista

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica Social – INAMPS

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

PI - Imposto sobre Produtos Industrializados

IPTU- imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana

PVA - Imposto sobre Propriedade e Veículos Automotores

IR – Imposto de Renda

ISSQN - Imposto sobre serviços de qualquer natureza

ITBI – Imposto sobre a Transmissão de Bens

ITCMD - Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária

LOA – Lei Orçamentária Anual

LR – Lei de Responsabilidade

NUPEMEC - Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos

PACS - Agentes Comunitários de Saúde -

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PIB - Produto Interno Bruto

PROJUDI – Processo Judicial Digital

PSF - Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISREG - Utiliza o Sistema de Regulação do Ministério da Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

STA - Suspensão da Tutela Antecipada

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WEB – Sistema hipertextual que opera através da internet

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
1 O DIREITO À SAÚDE ELEVADO A DIREITO FUNDAMENTAL	25
1.1 A Administração Pública e o dever de atuar como guardião dos direitos fundamentais	26
1.2 Direitos sociais e a interligação com a saúde como dever estatal de assistir	29
1.3 A dignidade da pessoa humana como princípio reitor do paradigma constitucional democrático	31
1.4 Da cláusula da reserva do possível e a escassez de recursos orçamentários em política pública de saúde	34
1.5 Os custos dos direitos fundamentais na concretização da Saúde	36
1.6 O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil e a sustentação normativa	46
2 JUDICIALIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ACESSO À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI	54
2.1 Judicialização como meio de acesso à saúde	56
2.2 O controle judicial de políticas públicas e a efetivação do direito à saúde por meio da judicialização: questões polêmicas	60
2.3 Aspectos relevantes envolvendo terapia intensiva, sob a perspectiva dos profissionais de saúde	66
2.4 Quantidade de Leitos em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil	76
2.5 Cenário de Leitos em Goiânia	86
3. JUDICIALIZAÇÃO E POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE POR VAGA DE UTI NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA	96
3.1 Metodologia	97
3.2. Embasamento legal e a criação de Varas específicas de saúde	98

3.3. Critérios utilizados na seleção de ações no Processo Judicial Digital (PROJUDI) e obstáculos enfrentados.....	100
3.4 A judicialização por vagas em UTI no município de Goiânia	109
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS.....	128
Anexo 2 - Duplicidades de Ações	140
Anexo 3 - Partes de algumas decisões das ações no Projudi 2017/2018 que evidenciam as multas pelo não cumprimento da decisão judicial	141

INTRODUÇÃO

A judicialização da política pública de saúde para obter o direito de acesso a leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em hospitais públicos na cidade de Goiânia é assunto pouco investigado cientificamente.

Segundo dados do Censo da Associação de Medicina Intensiva do Brasil - AMIB/2010, o cálculo em média de necessidade de leitos de UTI deveria existir entre 4% a 10% do total de leitos hospitalares correspondendo entre 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 mil habitantes por quilômetro quadrado. Todavia, a quantidade de leitos existentes não atende a população de Goiânia, segundo dados disponibilizados nos anos de 2017 e 2018 pelo Ministério da Saúde (MS) e Auditoria do Sistema Único de Saúde (AUDITASUS) que ocasiona a judicialização desta matéria.

Por envolver urgência/emergência na atenção básica de saúde, a discussão judicial sobre o fornecimento de vagas em UTI requer a análise sobre políticas públicas já implementadas que perpassam pela questão orçamentária. Diante dessa complexidade, o fenômeno da judicialização da saúde, que envolve o conhecimento interdisciplinar, a exemplo da medicina e do direito, é passível de críticas, em especial, da classe médica.

Nesse ponto, há críticas quanto à falta de *expertise* do Judiciário no momento em que, por decisão liminar, defere a inclusão do paciente em leito de UTI, sem a orientação de profissionais que detêm conhecimento técnico sobre o *escore* de risco, no sentido de se avaliar as condições fisiológicas se o paciente suportará os procedimentos realizados em UTI e as chances de sobreviver. Outra crítica, se refere à inclusão por meio de ações individualizadas que podem interferir na política pública de saúde, posto que o ente estatal cumprirá a determinação de acordo com o orçamento arrecadado.

Circunscrita a essa realidade, esta pesquisa, de natureza empírica e qualitativa, do tipo bibliográfico e documental tem por objeto investigar se a escassez de leitos em terapia intensiva ocasiona a judicialização e examinar a forma como a política pública de saúde está sendo aplicada e como se dá a atuação do

Poder Judiciário goiano na oferta de vagas de UTI, no período compreendido entre janeiro de 2017 e dezembro de 2018, nos processos oriundos da 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal da Comarca de Goiânia.

Em resposta a essa indagação, situam-se os seguintes objetivos específicos: a) promover o levantamento bibliográfico sobre a temática; b) analisar o contexto do direito à saúde e da judicialização das políticas públicas relativas à oferta de UTI; c) levantar dados sobre as ofertas de UTI em Goiânia; d) analisar a atuação do Poder Judiciário do Estado de Goiás na demanda por vagas em UTI de Goiânia.

Além desta Seção, a dissertação está organizada em três partes: a Seção dois revela-se o direito à Saúde sob o enfoque dos direitos fundamentais, os aspectos históricos, a inserção na Constituição Federal de 1988 e a promessa estatal do dever de assistir ao cidadão como alicerce do Estado Democrático de Direito, exibindo ainda, o viés subjetivo e objetivo, perpassando pelos princípios da constitucionais que alicerçam tal direito, além dos custos dos direitos fundamentais como forma de concretizá-los. Também nela, estão abordados os impostos arrecadados, as Caixas de Pensões, Instituto Nacional de Previdência Social (INSP) e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) relembando a luta do Movimento Sanitarista na criação do Sistema Único de Saúde – (SUS) e a gestão do orçamento público como patrocinador dos direitos fundamentais.

Na Seção três define-se Unidade de Terapia Intensiva (UTI), explicitando sobre a conceituação, a visão dos profissionais de saúde em cumprir o mandado judicial para alocar paciente quando a insuficiência de vagas não atende a todos. Abordam-conceitos e distinções entre eutanásia, ortotanásia, distanásia, cuidados paliativos. Mostram-se, ainda dados sobre a quantidade de leitos de UTI existentes no Brasil e em Goiás, o custo das diárias de terapia intensiva. Em seguida, abordam-se a judicialização e política pública de saúde e as críticas dos profissionais da área da saúde em que a judicialização produz reflexos como o “fura fila”, ou seja, quando o paciente ao judicializar o direito à saúde passa na frente de outro que aguardava a vaga de UTI. E que, nem sempre a indicação em internação pelo Judiciário o paciente possui condições de sobreviver aos procedimentos realizados na retromencionada unidade de saúde, além de provocar a distanásia. No caso de

pacientes terminais, os profissionais de saúde indicam cuidados paliativos, dando-lhes dignidade para morrer e utilizando-se da orntonásia para reduzir o sofrimento, porque as condições fisiológicas do organismo humano não respondem mais aos procedimentos médicos para sobreviver.

Neste percurso de construção dos elementos estruturantes para a compreensão do fenômeno judicialização e a política pública de saúde sobre o acesso de leitos por vagas em UTI, foram utilizados os seguintes referenciais:

- quanto à visão sobre os direitos fundamentais - Sarlet (2004; 2008); Mendes e Branco (2017); Lima (2008); L. Ferrajoli (2002),
- relativos à política pública da Saúde: Bucci (2002) Rosa e Guasque (2017); Sant'Ana (2017); Quintas (2016); Freitas Filho (2013); Santana e Freitas Filho (2018), Barcellos (2010); Bravo (2006); Ávila e Bitencourt (2017); Simão e Orellano (2015);

Na Seção quatro, traz-se o resultado dos dados extraídos dos 3.742 processos analisados sobre a judicialização e política pública em saúde na Comarca de Goiânia, e ainda as variáveis relativas ao perfil dos pacientes, a faixa etária solicitando vaga em UTI, o fenômeno da judicialização para transferir pacientes da rede particular para o SUS, por questões financeiras diante do alto custo; a importância da judicialização da política pública de saúde para que os pleitos judicializados, na maior parte por pessoas de baixa renda, sem planos de saúde se utilizam de mecanismos legais disponíveis para pleitear o acesso à saúde, na maioria portadoras de doenças graves. Observa-se quais especialidade de doenças predominaram; os Centros de Atendimento Integrado de Saúde (CAIS) em que houve maior solicitação de atendimento; o crescimento do número de ações; os maiores demandantes; o conteúdo decisório das liminares, consoante a Metodologia de Análise de Decisões – (MAD) (FREITAS FILHO e LIMA, 2016) e a coerência na decisão; os reflexos produzidos com a concessão liminar quanto a fila virtual e ao sistema de saúde; o critério do deferimento da tutela de urgência; a quantidade de óbitos durante a tramitação do processo;

Para a análise e levantamento dos dados sobre a política pública foram realizadas consultas no *site* oficial do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de

Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde no Brasil (DATASUS), Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Fundo Nacional de Saúde - FNS.

Quanto a judicialização da política pública, foram consultados livros, revistas científicas, teses de doutorado e dissertações de mestrado. Os seguintes campos para categorização da demanda com: item, ano, vara, número do processo, Comarca, natureza, assunto, idade do requerente, rede pública ou rede conveniada, demandante, demandado, origem do paciente (CAIS, CIAMS, UPAS, PARTICULAR), doenças que mais predominaram, liminar deferida ou indeferida. Em seguida, no *site* do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, a busca do Processo Judicial Digital (PROJUDI), se deu por meio de 2 descritores “UTI GOIÂNIA”, foram levantadas 3.742 decisões liminares no período de janeiro de 2017 e dezembro de 2018, e destacadas para análise 167 decisões liminares em ações individuais que tramitaram na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal da Comarca de Goiânia.

A judicialização da política pública de saúde revela resultados sobre insuficiência de leitos de UTI para atender a todos, produz reflexos dentre eles a judicialização e aumenta consideravelmente o número de ações postulando tal direito, formulados principalmente pelas camadas desfavorecidas da sociedade. Dialógos institucionais devem ser promovidos com todos os atores envolvidos para restaurar o equilíbrio entre todos os Poderes constituídos e a sociedade.

1 O DIREITO À SAÚDE ELEVADO A DIREITO FUNDAMENTAL

A pauta do direito à Saúde passa a ser o objeto de monitoramento e fiscalização por órgãos governamentais e não governamentais, realizando-se levantamentos mensais sobre gastos e investimentos em bens, serviços, equipamentos e tecnologias. Avalia-se, analisa-se e mede-se o orçamento público e se o Estado cumpre a promessa de assegurar a Saúde a todos indistintamente, ainda que minimamente.

O Estado do Bem-Estar Social pode ser compreendido como sendo o garantidor e cumpridor dos direitos fundamentais, dentre eles, os direitos sociais. Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988, define responsabilidades que os órgãos governamentais devem seguir para não se afastar dos objetivos constitucionais¹ e evitar criar obstáculos à consecução de tais direitos.

A obrigatoriedade estatal de prestação positiva em dar atenção especial ao direito à Saúde, subjetiva ou objetivamente, seja ainda, sob o viés jurídico, filosófico ou acadêmico, não pode ser descumpridos por colocar em risco o direito fundamental à vida e à integridade pessoal, e tudo isso integra o valor máximo da nossa ordem política/jurídica/constitucional, fixado na dignidade da pessoa humana, princípio no Estado Democrático de Direito.

E não se pode falar em dignidade da pessoa humana sem assegurar o mínimo existencial, com qualidade de vida. A busca para a concretização do direito à saúde, em específico, o acesso a leito de terapia intensiva, deve ser garantida pelo Estado a quem dele necessitar, bastando a comprovação da moléstia e independente de contribuir com recursos orçamentários, por deliberado mandamento constitucional quanto à proteção e asseguramento dos direitos sociais.

A origem dos direitos fundamentais constitucionais pode ser encontrada na Declaração dos Direitos do Povo da Virgínia (1776), na Declaração dos Direitos do

¹ CF/88. Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Homem e do Cidadão em 1789, resultado da Revolução Francesa que provoca a derrocada do regime monárquico e instituição da burguesia na França (SARLET, 2004).

Em razão da ampla discussão, envolvendo o direito à saúde na promoção dos direitos fundamentais elevados à categoria de cláusulas pétreas, ao se atribuir ao Estado o papel de garantir a concretização da seguridade social no Brasil, norteia-se esta pesquisa.

1.1. A Administração Pública e o dever de atuar como guardião dos direitos fundamentais

Na Constituição Brasileira de 1988, os direitos fundamentais são normas de aplicação imediata, consoante artigo 5º, §1º. Obrigam o poder público a observá-los e atendê-los em toda a amplitude e a evitar que se criem normas a impedir ou dificultar a efetividade dos direitos fundamentais (SARLET, 2004). Cabe ao Poder Legislativo, em sua função regulamentar, criar leis ou atos administrativos que possam originar regras restritivas.

O papel do Poder Executivo, por meio de órgãos administrativos, consiste em atuar no interesse público como guardiões e gestores dos bens e serviços voltados a dar equilíbrio e amparar a coletividade, tendo por referencial os direitos fundamentais, a executar as leis dando-lhe eficácia imediata (SARLET, 2004).

A atribuição do Poder Judiciário, no pensamento do constitucionalista português J.J.Gomes Canotilho (2002) visa a concretizar o modelo organizacional, estabelecer critério procedimental judicial orientando o alcance, sentido e conteúdo que determinam e vinculam as decisões judiciais. Nesse sentido, é obrigação do Judiciário interpretar e aplicar a lei, suprimir lacunas e promover a fiscalização dos demais órgãos administrativos quanto à sua observância.

Para o autor italiano L. Ferrajoli (2002), os direitos fundamentais, dotados de universalidade, personalidade, indivisibilidade e irrenunciabilidade, não podem sofrer afronta ou privação. Mais do que isso, diante do paradigma democrático, tem-se no Poder Judiciário o Guardião (SILVA, 2018) que, como um batalhão de reserva, estará na retaguarda pronto para, ao ser acionado, fazê-los seguros e realidades

concretizadas.

Numa visão ampla, os direitos fundamentais, como aqui se concebe, envolvem não apenas aqueles tidos como de *primeira geração* (civis e políticos), como, igualmente, os de *segunda geração* (sociais, econômicos, culturais)².

Os primeiros são, por sua natureza, negativos ao Estado e positivos ao indivíduo. Assim, todos os indivíduos nascem e se preservam livres, nem sofrem restrições por parte do Estado, salvo em caráter excepcional, nos estritos limites previstos no texto constitucional. É o não fazer do Estado, em face à possibilidade de agir do indivíduo. Os segundos, por seu turno, integram o rol dos direitos prestacionais, pelos quais se impõe ao poder público o dever de assegurá-los indistintamente a todo e qualquer indivíduo.

A questão sobre os direitos humanos não é mais debatida filosoficamente, mas de vontade política, dentre eles os direitos de segunda geração, como adverte Bobbio (2004)³, quer sob o viés jurídico ou filosófico quer sob o viés acadêmico. A preocupação do juriconsulto italiano é a concretização dos direitos fundamentais, por se tratar de ordem política, ou seja, de escolhas e vontade política.

Nessa linha de entendimento, para Mendes e Branco (2017) os direitos fundamentais de ordem subjetiva são aqueles em que os cidadãos podem exigir-los dos órgãos estatais, enquanto os de ordem objetiva sustentam o sistema axiológico⁴ do Estado Democrático de Direito.

Ainda, sob o prisma desses autores, os direitos sociais pressupõem conduta positiva estatal. Embasam-se em fatos, reclamam atuação proativa do Estado no campo econômico e social, cujo fim é superar as desigualdades sociais

² A primeira geração, séculos XVII a XIX, inaugura-se com o florescimento dos direitos e garantias individuais clássicos, os quais encontravam na limitação do poder estatal seu embasamento. Abrange os direitos referidos nas Revoluções americana e francesa. (...) prestações negativas, as quais geram o dever de não fazer por parte do Estado. A segunda geração (...) compreende os direitos sociais, econômicos e culturais, os quais visam assegurar o bem-estar e a igualdade, impondo ao Estado uma prestação positiva. BULOS, Uadi Lammêgo. Direito Constitucional ao Alcance de Todos.^{4ª} ed.rev.atual., Ed. Saraiva, São Paulo, 2012, p.330.

³ Para melhor aprofundar sobre o tema consultar a Era dos Direitos. Norberto Bobbio, Tradução Carlos Nelson Coutinho, 7ª Tiragem, Ed. Elsevier Campus, 2004.

⁴ O conceito de axiológico pode ser compreendido como sendo o que designa ou possui caráter de um valor. Dicionário Online de português. Encontrando em dicio.com.br/axiológico/. Acesso em 31.10.2019 às 19h30.

assegurando um tratamento isonômico entre os indivíduos.

As diversas prestações sociais subjetivas criam o objeto dos direitos sociais, de acordo com a disposição constitucional. Diante de tais promessas e compromissos, a preocupação é que sejam efetivamente concretizados, com qualidade e distribuídos de modo equânime, ressaltando o dever de assistir aos mais fragilizados.

A partir da inserção de enorme acervo dos direitos sociais no texto da Constituição, em destaque no art. 6º, deixa-se evidenciado que as políticas e ações voltadas ao atendimento desta demanda não são entregues a um programa de governo, mas constituem, efetivamente, compromissos do Estado brasileiro com tais direitos.

Nesse aspecto, a própria Constituição vincula parcelas do orçamento ao atendimento dos serviços sociais básicos – e neste sentido, são questionáveis manobras ocorridas com relativa frequência, modulando o orçamento para o setor via Emendas Constitucionais⁵ que, a rigor, ao restringir aquilo que fora previsto pelo constituinte originário, afeta sua vontade soberana –, evitando assim, que políticas de governos subvertam a essência desses direitos sociais, sangrando recursos e não dando a importância que se requer (SILVA, 2018).

No conjunto das diretrizes a serem perseguidas pelo Estado, indubitavelmente, a defesa e garantia dos direitos fundamentais é parcela inarredável e prioritária, abarcando por definição óbvia o cumprimento dos direitos sociais. Para isso, compete aos governantes planificar coerentemente trabalhos de desenvolvimento, estruturação e reestruturação das verbas alocadas, bem ainda propiciar a criação de recursos financeiros necessários para atender tais compromissos (SARLET, 2004).

⁵ A Desvinculação de Receitas da União (DRU), instrumento restaurado pela Emenda Constitucional n. 93/2016, que deu nova redação ao artigo 76 da ADCT, trata-se de instrumento que busca garantir a livre alocação de receitas orçamentárias que se encontravam originariamente vinculadas à destinação específica, com o objetivo de ampliar os recursos livres da União, recuperando, em parte, certa margem de liberdade do gestor. FERREIRA, Francisco Gilney Bezerra de Carvalho. LIMA, Renata Albuquerque. **A Desvinculação das Receitas da União (DRU) como Instrumento de Flexibilização do Orçamento Público no Brasil**. Revista de Direito Tributário e Financeiro, e-ISSN: 2526-0138, Curitiba.v.2, n.2, pp. 309-330, Jul Dez/ 2016.

A promessa do Estado na concretização dos direitos fundamentais, seja de ordem subjetiva, seja de ordem objetiva visa a assistir e assegurar plenamente os direitos fundamentais, estabelecer diretrizes para reduzir desigualdades sociais e econômicas para atender e dar acesso aos reclamos da coletividade, parametrizado na dignidade da pessoa humana, cujo objeto será abordado no próximo tópico.

1.2 Direitos sociais e a interligação com a saúde como dever estatal de assistir

A Constituição Federal ao prever normas visando a integração e vinculação entre os poderes, busca dar a efetividade e transformar a sociedade para produzir efeitos e reflexos mais justos na forma de interpretar as normas constitucionais e a restabelecer novos rumos, voltados a criar um país para todos e sociedade mais justa, com acesso de todos ao mínimo existencial e alimentação adequada, ao consumo e à civilização, provocando mudanças na distribuição de renda a promover o acesso à saúde (BARROSO e BARCELLOS, 2003).

Em relação aos direitos sociais, o Estado avoca para si a responsabilidade em garanti-los, alçados à categoria de direitos fundamentais após “o constitucionalismo dito social ou liberal-social da segunda metade do século XX”, conforme ressaltamos em linhas pretéritas (SARLET, 2004).

Os direitos sociais, quanto à saúde, representa a conquista de batalhas por mais de vinte anos para inseri-los na Constituição, por meio de um amplo catálogo de garantias coletivas e individuais que obriga o Estado a cumpri-las por meio de instrumentos processuais para efetivá-los (ASENSI, 2010).

Sob a perspectiva de Lopes (2008) os direitos sociais estendiam-se tanto aos trabalhadores e empregadores ao seguro por acidente e questões conexas. Após a Constituição de 1988, os direitos sociais se fortalecem e passaram a ser previstos nos artigos 196 e 205.

O leque dos direitos sociais amplia-se, incorpora a educação e a Saúde. Nesse primeiro estágio, os direitos sociais persegue a finalidade de promover, proteger e recuperar os indivíduos que se encontra em situação de vulnerabilidade para reintegrá-los à sociedade, concretizando, mediante políticas sociais e econômicas que exigia dos cofres do Estado um custo (LOPES, 2008).

É certo, que a inserção dos direitos sociais na Constituição de 1988 exige esforço conjunto de vários movimentos organizados, profissionais da saúde e intelectuais no sentido de sensibilizar o Constituinte na confecção da Carta Constitucional das necessidades que a sociedade precisa, em momento de transição entre a ditadura Militar e a democracia. A Constituição de 1988 era a esperança que muitos vislumbravam para a concretização de um Estado Democrático de Direito.

Os direitos fundamentais estão previstos em vários dispositivos constitucionais (arts. 5º, 6º, 193, 194, 196, 198 da CF), como sendo direitos de todos e dever do Estado cuja responsabilidade solidária é distribuída entre todas as esferas governamentais (União, Estados, Municípios e Distrito Federal). A normatização constitucional de tais direitos visa, dentre outras pretensões, promover a proteção do indivíduo contra o poder político, torna-se a essência do constitucionalismo moderno (BRANDÃO, 2010).

Entretanto, a concretização dependerá de o ente estatal promover escolhas as quais se dão por meio de políticas públicas, aloca os recursos para distribuir de forma universal, equânime e racional a saúde a todos que dela necessitar.

Lima (2008) defende que o direito social à saúde deve adotar critérios discriminados, racionais, a fim de evitar que a desigualdade entre os indivíduos perpetue para obter acesso às ações e serviços de saúde, educação e segurança, aponta que deve ser levado em consideração, não só o quanto vem sendo gasto, mas a forma de gestão do orçamento público.

Após a Constituição Cidadã, Lima (2008) afirma que todos podem individualmente demandar contra o Estado para requerer prestações, sendo tais direitos levados ao extremo e aplicados de forma irracional. Como consequências têm-se o enfraquecimento do direito social à saúde por estar em colisão com o bem comum. Pontua que os direitos sociais à saúde não pode ser aplicado individualmente, mas sim coletivamente, em respeito ao critério da justiça social, conceder acesso universal e igualitário a todos. Para tanto, no novo modelo proposto por Lima (2008), o Judiciário deve conhecer a atuação do Poder Executivo em relação às políticas públicas e à Legislação existente, pois a difusão da omissão

do Poder Legislativo e do Poder Executivo são inverdades que não apresenta a realidade vivenciada por estes órgãos.

Na visão de Lima (2008), a atuação do Poder Executivo está comprometida em dar sustentabilidade ao direito social à saúde, nos termos fixados pela Constituição Federal, não se pode invocar escassez de recursos orçamentários ou o princípio da reserva do possível para eximir-se de sua obrigação. Defende, todavia, que as finanças públicas devem ser levadas em consideração para atender ações individualizadas, exige-se cautela ao se conceder ao prestador de serviços ou depósito de dinheiro a médicos ou pacientes fora do Sistema Único de Saúde.

Mendes e Branco (2017) posicionam-se no mesmo sentido por considerar ser dever do Estado garantir o direito social à saúde a todos, seja individual e público, subjetivo ou coletivo no sentido de promover, proteger e recuperar de forma universal e igualitária e desenvolver políticas públicas que materializam a prestação positiva.

A eficiência econômica deve ser perseguida pelo ente estatal, principalmente em políticas públicas que são o modo de agir do estado na concretização dos direitos sociais com o escopo de reduzir a exclusão social, inserção de grupos vulneráveis à sociedade e na promoção do acesso de todos à Saúde. Tais políticas públicas exigem recursos orçamentários que são finitos. O Estado deve fazer escolhas na alocação de recursos orçamentários diante dos custos do direito (BARCELLOS, 2007).

1.3 A dignidade da pessoa humana como princípio reitor do paradigma constitucional democrático

É preciso pontuar que o constitucionalismo acolhido pelo Brasil, a partir da Constituição de 1988, abraça a proteção dos direitos fundamentais como premissa do seu paradigma democrático, por ser normas mandamentais e cogentes, por “suas naturezas e expressa determinação constitucional do art. 5º, § 1º: As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” (SARLET, 2004, p. 61).

Por tudo isso, o Estado não pode subverter o compromisso de atender o

direito à saúde, elementar ao asseguramento da dignidade humana, ou fazer escolhas, preterir ou adiar, mesmo diante da urgência (o que é pior, com claro intento de que pereça), um pleito individualizado.

A dignidade da pessoa humana assegura o compromisso de tratamento isonômico, a todo e qualquer ser humano, a fim de lhe garantir a prevalência dos direitos fundamentais. E é com referência nesse compromisso que se impõe ao poder estatal, por suas agências e agentes, o dever de elaboração de políticas, programas e ações, cuja finalidade se propõe a aplicar, integrar e interpretar os direitos fundamentais à luz da Constituição (SARLET, 2004).

Por esse aspecto, não se tolera uma análise pura sob a perspectiva utilitarista de John Mill e Jeremy Bentham do século XVIII, cujo critério de solução pauta-se objetivamente na satisfação do interesse “maior” em sacrifício daquele que aparenta de “menor” relevância. Sob esse viés utilitarista⁶, a dignidade humana estaria secundada, pois que nenhum interesse individual poderá ser atendido se para isso houver necessidade de afetar, ainda que em tese, interesses para além do particular, mas de grupos ou coletivos (SILVA, 2018)

Essa discussão tem enorme relevância no debate dos direitos fundamentais, mormente quando se toca no tema do direito à saúde. Mesmo que pouco difundido no âmbito do direito nacional – e isso se justifica, por certo, por conta de que a corrente utilitarista tem seus princípios na Inglaterra, porquanto de tradição jurídica diversa da nossa – são recorrentes textos acadêmicos e decisões judiciais que enfatizam a limitação dos recursos à saúde e que, porquanto, a necessidade de destiná-la ao maior grupo possível. Em face de tais posições, nega-se individualmente, atendimentos de urgências quando se busca o socorro estatal para assegurar o direito fundamental à saúde (SILVA, 2018).

Reforçar a dignidade da pessoa humana como princípio que rege os direitos

⁶ Por princípio da utilidade entende-se aquele princípio que aprova ou desaprova qualquer ação, segundo a tendência que tem a aumentar ou a diminuir a felicidade da pessoa cujo interesse está em jogo, ou, o que é a mesma coisa em outros termos, segundo a tendência a promover ou a comprometer a referida felicidade (BENTHAM, Jeremy, 1748-1832. Uma introdução aos princípios da moral e da legislação/ Jeremy Bentham tradução de Luiz João Baraúna. Sistema de lógica dedutiva e indutiva e outros textos/ John Stuart Mill: traduções de João Marcos Coelho, Pablo Rubén Mariconda – 3. Ed. – São Paulo: Abril Cultural, 1984. Coleção os Pensadores, pág. 4.

fundamentais garante o respeito que todos devem ter ao mínimo para o indivíduo existir e acessar a prestação dos serviços de saúde previstos na Constituição Federal.

O mínimo⁷ existencial, “revela-se como valor-fonte de todo o sistema moral e jurídico das sociedades contemporâneas, emergido como matriz de todos os direitos e garantias fundamentais” (FRANCISCO, 2010, p. 859). Segundo Barcellos (2000), constitui-se em três elementos materiais e um instrumental que são educação, saúde, assistência aos desvalidos e acesso à justiça, cujo fim é dar o suporte à sobrevivência digna.

O mínimo existencial liga-se ao princípio da dignidade da pessoa humana, previsto na Constituição Federal, no artigo 6º, como direitos sociais primordiais à sobrevivência, como: “trabalho, a moradia, lazer, segurança, previdência social, a proteção à maternidade, e à infância, a assistência aos desamparados” (SARLET, 2004, p. 308).

Sob o mesmo enfoque de Sarlet (2004), Leivas (2010) também defende que o mínimo existencial, vigora no sentido de assegurar os direitos fundamentais quando se nega a inserção de indivíduos que se encontrem em condições precárias (físicas, mentais ou econômicas) e não têm meios de subsistência para reintegrar-se à sociedade.

O mínimo existencial não é aceito de forma unânime, encontrando em Torres (2010) posição pragmática de contenção aos direitos fundamentais ao apontar que encontra limites nos custos orçamentários. Para este autor, não cabe ao ente estatal ser a salvaguarda a todos de forma universal e igualitária, nos casos em que ocorram desordens, guerras e calamidade pública.

O propósito, portanto, do princípio do mínimo existencial consiste em evitar que indivíduos sejam rebaixados à miséria, desprovidos de moradia, saúde, alimentação com redução do desenvolvimento físico e mental, não pode interligar-

⁷ Os mínimos sociais, expressão escolhida pela Lei n. 8.742/93, ou mínimo social (social minimum), da preferência de John Rawls, entre outros, ou mínimo existencial, de larga tradição no direito brasileiro e no alemão (Existenzminimum), ou direitos constitucionais mínimos, como dizem a doutrina e a jurisprudência americana, integram o conceito de direitos fundamentais.

se à cláusula da reserva do possível que se vale da escassez de recursos financeiros como apresenta a seguir.

1.4 Da cláusula da reserva do possível e a escassez de recursos orçamentários em política pública de saúde

A expressão reserva do possível, da mesma forma que o mínimo existencial, adveio do direito alemão em posicionamento firmado pelo Tribunal Constitucional da Alemanha no caso emblemático de um jovem que ingressou na justiça postulando o acesso gratuito à universidade. O Tribunal alemão considerou não ser razoável exigir tal pretensão do Estado quando caberia ao indivíduo arcar com o direito invocado (ÁVILA e BITENCOURT, 2017).

No Brasil, a reserva do possível passa a ser adotada como motivação para refutar os direitos fundamentais pelo ente estatal, sob a assertiva de que os recursos são escassos e limitados para concretizá-los (SARLET, 2004). Mas, na verdade, tais argumentos encobrem a utilização dos recursos orçamentários para alocar em outras situações diversas dos fins a que foram arrecadados (BRAVO, 2006).

A reserva do possível no contexto em que a utiliza nas ações envolve o direito à Saúde desvirtua o instituto, segundo a orientação de Mendes e Branco (2017) e Sarlet (2004). Defendem que a cláusula da reserva do possível não pode se valer da justificativa da escassez de recursos financeiros para reduzir o investimento em políticas públicas com a finalidade de aplacar a mitigação da desigualdade social. A dignidade da pessoa humana deve ser superior e urgente a outros gastos previstos na Constituição Federal.

Um dos obstáculos na concretização dos direitos fundamentais é a dívida pública que, nas lições de Caliendo (2008) e Lopes (2008), além de contribuir para manter a alta carga tributária aos brasileiros, reduz o investimento dos direitos sociais. Sem recursos financeiros não há direitos fundamentais. A indisponibilidade econômica se relaciona à escassez e promove a desigualdade. Nem todos podem usufruir desses direitos, ou apenas alguns poderão obtê-los. O custo não causa obstáculo à ação, mas dificulta a decisão na escolha de qual política pública os recursos serão alocados. Priorizar uma área significará que outra sofrerá com a

insuficiência de recursos.

Wang (2008) também questiona a aplicação de recursos escassos para conceder os direitos sociais e defende que:

As políticas públicas para efetivação de direitos sociais demandam, na grande maioria das vezes, gastos de recursos públicos. [...] uma decisão judicial para a tutela de um determinado direito social no caso concreto pode obrigar o Estado a realizar gastos públicos e, uma vez que os recursos públicos disponíveis são menores do que o necessário para oferecer a todos os cidadãos todos os direitos que a Constituição prevê, muitas vezes a Administração não tem ou não pode dispor dos recursos necessários para atender a decisão judicial sem prejudicar a tutela de outro direito que o Poder Público entendeu ser mais importante [...] (WANG, 2008, p. 540).

A carência de verbas impõe que a Administração Pública decida sobre onde alocar os recursos arrecadados, implica em desproteger outros setores que também necessitam de recursos financeiros, busca, no Poder Judiciário, a salvaguarda desses direitos que foram preteridos (WANG, 2008). A crescente preocupação com os custos dos direitos fundamentais traz à tona a argumentação mais voraz com o objetivo de evitar o investimento na efetivação do direito à saúde.

O Direito à Saúde é o assunto mais debatido em 3 décadas no Brasil. Inserido na Constituição Federal de 1988, de lá para cá, a questão orçamentária é um dos problemas a serem enfrentados para assegurar os tratamentos de Saúde. Sem recursos financeiros não há como atender aos reclamos da sociedade. Sem verbas não há como assegurar os direitos fundamentais. Por isso, o orçamento público, mantido com a arrecadação de impostos, tem por objetivo financiar o direito à Saúde no Brasil.

Nessa temática há discussões sobre os custos dos direitos à Saúde que arrebanham duas correntes. A primeira segue o pensamento do constitucionalismo garantista e defende que a saúde é direito de todos em respeito à dignidade da pessoa humana. A segunda, de cunho neoliberal, em sentido contrário, preconiza que o Estado deve levar em consideração a reserva do possível, em razão da limitação dos recursos escassos.

Questão pontual que causa mais problemas à saúde é a utilização do imposto de Desvinculação de Receitas da União (DRU) que retira 30% do orçamento e o

aloca em outras políticas públicas reduzindo assim, o investimento em direitos sociais, fins dos impostos arrecadados. Sobre estas questões passaremos a analisar a seguir, de forma detalhada.

1.5 Os custos dos direitos fundamentais na concretização da Saúde

A escassez de recursos limitados deve ser compreendida para a adequada análise do custo-benefício na concessão do direito, diante da premissa de reduzir a desigualdade social que deve perseguir o Estado Democrático de Direito. Embora os direitos fundamentais sejam dotados de eficácia no texto constitucional, tanto aqueles que impõem uma prestação negativa como positiva demandam custos (HOLMES e SUNSTEIN, 2000).

Na segunda metade do século XIX e início do século XX, o liberalismo Estatal passa a rever e a prever novas formas e garantias de capital e trabalho, transmutando-se do Estado Mínimo para o Estado do Bem-Estar Social⁸. Modifica a aplicação da perspectiva social positiva e assume a defesa dos direitos fundamentais tais como: à vida, igualdade, justiça social, econômica e cultural, transformando-se no Estado Democrático de Direito (ROSA, 2017).

A efetividade dos direitos fundamentais pode ser analisada diante da visão neoliberal pelo poder econômico que se utiliza de várias facetas para enfraquecer a pauta dos direitos sociais. O neoliberalismo⁹ prima pela política livre de mercado, volta-se para a iniciativa privada, livre concorrência de acordo com a preferência do indivíduo. Vende-se a ideia de que o neoliberalismo será a opção mais coerente,

⁸ Estado do Bem-estar social “com base na concepção do Estado de direito como órgão de produção jurídica e, no seu conjunto, como ordenamento jurídico. Com a evolução do Estado de direito para o Estado social volta a ter prestígio a visão do Estado como forma complexa de organização social, da qual o direito é apenas um dos elementos constitutivos. (BUCCI, Maria Paula Dallari. Direito Administrativo e Políticas Públicas. Ed. Saraiva, São Paulo, 2002 p. 244-245)”

⁹ O neoliberalismo é o paradigma econômico e político que define o nosso tempo. Ele consiste em um conjunto de políticas e processos que permitem a um número relativamente pequeno de interesses particulares controlar a maior parte possível da vida social com o objetivo de maximizar seus benefícios individuais. Inicialmente associado a Reagan e Thatcher, o neoliberalismo é a principal tendência da política e da economia globais nas últimas duas décadas, seguida, além da direita, por partidos políticos de centro e por boa parte da esquerda tradicional. Esses partidos e suas políticas representam os interesses imediatos de investidores extremamente ricos e de menos de mil grandes empresas. (CHOMSKY, Noam. O Lucro ou as pessoas? Tradução Pedro Jorgensen Jr. – 5ª ed.- Rio de Janeiro. Ed. Bertrand Brasil. 2006, p.7).

reta, eficiente de bens e serviços para a sociedade (CHOMSKY, 2006).

Em razão de uma racionalidade de um estado mínimo, os defensores do neoliberalismo reprimem a ação governamental quanto ao investimento e cuidado ao meio ambiente e direitos sociais. Justificam a redução da carga tributária de grandes empresas. Os reflexos da ação neoliberal acarretam aumento da assimetria econômica e social, marcada pela miséria e abismo entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, desequilíbrio e abundância ilimitada para investidores (CHOMSKY, 2006, p.8).

Em contraposição à visão neoliberal quanto à garantia dos direitos fundamentais, o Estado do Bem-Estar Social reconhece “o mínimo existencial com dignidade, exigindo-se que seja cumprida a pauta dos direitos fundamentais” (SILVA, 2017).

A questão dos custos dos direitos perpassa pelas escolhas políticas, visto que as necessidades humanas são infindáveis enquanto os recursos são escassos, engloba assim, uma perspectiva da análise econômica como determinante na efetivação dos direitos. A questão central, porquanto, é a capacidade de definição política das prioridades e estabelecer parâmetros mínimo para os campos de atuação imprescindíveis, e que tange aos direitos fundamentais.

Os Estados se valem de duas fontes de recursos. Uma originária na qual as receitas são adquiridas por exploração direta de uma atividade econômica pela prestação de serviços ou administração de patrimônio público. A outra, derivada de tributação que permite a maior arrecadação de recursos públicos. Carvalho e Lima (2015) admitem que haja

uma preponderância dos sistemas político e financeiro em detrimento do sistema jurídico, haja vista que a concretização dos direitos fundamentais encontra-se na dependência da vontade política e da previsão orçamentária. (CARVALHO e LIMA, 2015, p. 215).

Segundo Souza e Oliveira (2017), o Brasil encontra-se entre os países latinos com menor percentual de investimento nas políticas públicas de saúde, cujos gastos relativos aos serviços públicos correspondem a 1,8% do PIB (IPEA, 2015, p.161), demonstrando assim, a deficiência quanto aos investimentos nas políticas públicas

nesta área.

Mendes, Coelho e Branco (2008, p. 711), esclarecem que:

[...] apesar da realidade da escassez de recursos para bancar políticas públicas de redução de desigualdades, é possível, sim, estabelecer prioridades entre as diversas metas a atingir, racionalizando a sua utilização, a partir da ideia de que determinados gastos, de menor premência social, podem ser diferidos, em favor de outros, reputados indispensáveis e urgentes – afinal de contas, todos sabemos que a fome não pode esperar –, quando mais não seja por força do princípio da dignidade da pessoa humana, que, sendo o valor-fonte dos demais valores, está acima de quaisquer outros, acaso positivados nos textos constitucionais.

As reflexões apontadas nos relembram a fragilidade dos direitos fundamentais na visão neoliberal diante do poder econômico que se utiliza de várias facetas para enfraquecer a pauta dos direitos fundamentais.

O orçamento público advém das Leis de Plano Plurianual, Orçamento Anual e Diretrizes Orçamentárias (BARCELLOS, 2018). A Lei de Plano Plurianual dispõe sobre o planejamento estratégico para estabelecer objetivos e resultados a curto, médio e longo prazo a todas as esferas governamentais para arrecadar recursos orçamentários a fim de promoção de ações continuadas visando atender à pauta da agenda definida previamente, em um planejamento para quatro anos. O planejamento orçamentário abrange os três últimos anos do mandato dos chefes do Poder Executivo e o primeiro ano do mandato do próximo candidato eleito, visando a dar continuidade aos projetos em que foram alocados recursos financeiros (BARCELLOS, 2018).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias dispõe sobre os rumos e as preferências para a destinação do orçamento no próximo ano, prevendo recursos que serão gastos pelos Três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), incluindo o Ministério Público e Defensoria, Autarquias e Sociedade de Economia Mista em que houver a participação de capital com direito a voto e à seguridade social. Deve ser realizado o impacto orçamentário de benefícios financeiros, tributário e créditos (BARCELLOS, 2018)..

A Lei Orçamentária Anual estabelece o percentual de receita e planejamento de gastos para o ano seguinte, concretiza a aplicação dos recursos escolhidos pelo

Chefe do Poder Executivo. Ambas seguem as determinações de médio prazo previstas na Lei de Plano Plurianual (BARCELLOS, 2018).

A Lei de Responsabilidade Fiscal estipula que a Lei de Diretrizes Orçamentárias esclareça sobre a compensação de renúncia de receita e ao aumento de gastos em caráter continuado; demonstre a compatibilidade do planejamento orçamentário com os projetos e as metas fiscais; verifique se há reserva de verbas em caso de contingências, montante da dívida pública e as receitas que as atenderão; análise de refinanciamento de dívida, e se esta consta em separado na lei orçamentária e nas de crédito adicional (BARCELLOS, 2018).

A EC-29/03 estabeleceu a forma como os estados e municípios devem fiscalizar, controlar e constituir os fundos arrecadados para receber receita local e os recursos transferidos relativos à saúde, além de criar Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde com a finalidade de gerir a fiscalização e alocação dos recursos.

Isso porque, se a União repassa ao Estado 5% por cento do Produto Interno Bruto (PIB) para distribuir aos Municípios, se o Estado destina 12% dos impostos arrecadados com ICMS – Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços; IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores; ITCMD – Imposto Transmissão sobre causa mortis e doação; FPE – Fundo de Participação do Estado transferência da União; cota parte do IPI – Imposto sobre Produtos Industrializado, além do IR - Imposto de Renda retido na fonte, outras receitas correntes, tais como dívida ativa de impostos e multas, como prevalecer os argumentos de que os recursos orçamentários são insuficientes? (SIMÃO E ORELLANO, 2015).

É bom ressaltar que o Estado não assume sozinho a responsabilidade pela arrecadação do orçamento para garantir os direitos fundamentais. Há a participação solidária de 15% com os Municípios que advém de cinco tributos arrecadados que são: ISSQN, IPTU, ITBI, FPM¹⁰, IR cota-parte que o Estado realiza aos Municípios

¹⁰ ISSQN – Imposto sobre serviços de qualquer natureza; IPTU- imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana; ITBI – sobre a transmissão de bens imóveis; FPM cota-parte da do Fundo de Participação dos municípios; IR – Imposto de Renda retido na fonte transferências da cota-parte que o Estado realiza aos Municípios com a arrecadação do ICMS, IPVA e IPI – Exportação e outras receitas correntes (receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos) (SIMÃO E ORELLANO, 2015).

com a arrecadação do ICMS, IPVA e IPI – Exportação e outras receitas correntes (receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos), ou seja, a soma dos impostos da União, Estado e Municípios totalizam 32% de arrecadação (SIMÃO E ORELLANO, 2015).

Esse raciocínio nos leva a pensar que, se a EC-29/03 estabelece a forma como os Estados e Municípios devem fiscalizar, controlar e constituir os fundos arrecadados para receber receita local, além dos recursos transferidos relativos à saúde e a criar Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde com a finalidade de gerir a fiscalização e alocação dos recursos, por meio do “Pacto pela Saúde” para a gestão eficiente com os cuidados em Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, o que deu errado? (SIMÃO E ORELLANO, 2015).

Na visão de Bravo (2006) a arrecadação de tais impostos está vinculada ao percentual de 12% referente ao Estado e 15% em relação aos Municípios e os demais o percentual corrigido em 5% do Produto Interno Bruto – PIB de responsabilidade da União, anualmente repassados ao Estado. Entretanto, os direitos fundamentais sofrem retrocesso com a criação do instrumento de Desvinculação da Receita da União (DRU).¹¹

A Desvinculação da Receita da União (DRU) é um imposto instituído que provoca a escassez de recursos destinados a garantir os direitos fundamentais, por flexibilizar e direcionar os recursos arrecadados para outras políticas públicas de acordo com a discricionariedade do gestor público, afetando significativamente a Saúde (FERREIRA e LIMA 2015).

Isso porque o poder político, por intermédio da utilização de Projetos de Emendas Constitucionais (PECs) prorrogam por meio dessas sucessivas

¹¹ A Desvinculação das Receitas da União (DRU), instrumento restaurado por meio da recente Emenda Constitucional n. 93/2016, que deu nova redação ao Art. 76 do ADCT, trata-se de um instrumentos que busca garantir a livre alocação de receitas orçamentárias que se encontravam originariamente vinculadas à destinação específica, com o objetivo de ampliar os recursos livres da União, recuperando, em parte, certa margem de liberdade do gestor (FERREIRA, Francisco Gilney Bezerra de Carvalho. LIMA, Renata Albuquerque. A desvinculação das receitas da União (DRU) como instrumento de flexibilização do orçamento público no Brasil: necessidade ou distorção Revista de Teorias e Filosofias do Estado. Revista de Direito Tributário e Financeiro. e-ISSN: 2526-0138. Curitiba.V.2.n. 2, p. 309-330. Jul/Dez. 2016. DOI:10.21902)

desvinculações da receita por meio da DRU (EC n. 42/03 vigorou até 2007; EC n. 56/2007 prorrogou para valer até 2011; EC n. 68/2011 prorrogou para 2015; pela EC n. 93/2016 o prazo de vigência da DRU será até o ano de 2023).

Antes, a parcela de arrecadação prevista para União era de 20%, percentual este destinado a pagamento de dívidas primárias sem vinculação às políticas públicas de educação e saúde. Mas em razão da edição da EC n. 93/2016, houve também a extensão da desvinculação para estados e municípios no percentual de 30%, permitindo desse modo, a aplicação destes recursos em áreas não vinculadas aos direitos sociais. Dito de outro modo, anteriormente, somente a União poderia desvincular as receitas, por conseguinte com a EC 93/2016, houve a extensão de tais prerrogativas para os estados e municípios, flexibilizando, assim, a destinação dos recursos arrecadados para outros setores diversos (FERREIRA e LIMA, 2015).

A Desvinculação de Receita da União provoca a redução de investimento no direito à saúde afetando as políticas públicas de saúde, é o que será apresentado na próxima seção.

1.6 As transformações da saúde no Brasil

O sistema de Saúde no Brasil remonta ao império. Todavia, entre 1920 e a década de 1980, ocorrem as maiores transformações no direito à Saúde, por ser este considerado o percurso com maiores reivindicações, planejamento e elaboração que culminaram na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA 2013). Segundo Bravo (2001), foi a partir da década de 30 que ocorreu no Brasil, uma intervenção estatal mais efetiva.

Na década de 20, infere-se que a saúde pública adquiriu importância no discurso do poder, com enfoque em questões de higiene e saúde do trabalhador, constituindo-se “embrião do esquema previdenciário brasileiro” (Bravo, 2001, p. 3). No Brasil, havia três opções de acesso à saúde. A primeira consistia na utilização dos serviços privatizados, por um grupo minoritário que possuía condições financeiras para arcar com os custos, sem intervenção do governo. A segunda opção era adotada por uma maioria que aguardava o fornecimento de serviço estatal em um universo de insuficiência de recursos para atender à demanda,

enquanto a terceira opção constituía-se por um grupo de pessoas vinculadas a setores governamentais, menos estruturados e com dificuldades financeiras para arcar com os custos em saúde (SILVA, 2013).

A primeira previdência surge no ano de 1923 com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), financiada pela União (BRAVO, 2001). Tratava-se de uma organização realizada entre empregados e os patrões, sem interferência estatal. As CAPs abrangiam principalmente a classe de ferroviários, marítimos e portuários por meio de “socorros médicos dos trabalhadores ou de suas famílias, medicamentos com preços mais baixos, aposentadorias e pensões para os herdeiros em caso de morte”. (SILVA, 2013, p. 134).

As atribuições das CAPs eram previstas em lei, de acordo com um atendimento em ordem de prioridade. Primeiro, eram destinados os cuidados médicos ao associado e seus dependentes e descontos nos medicamentos. Em segundo, eram prestados os serviços previdenciários como concessão de aposentadorias e pensões em caso de morte ou invalidez.

Na década de 1930, momento intenso de processo de industrialização, redefinição do papel estatal, o surgimento das políticas sociais e atendimento de algumas reivindicações trabalhistas (BRAVO, 2001). A CAPs é substituída pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs) com maior participação de trabalhadores. Caracteriza-se por uma inversão de prioridade em que foram enfatizados os serviços da previdência se comparada às demandas por saúde que foram relegadas a segundo plano. Nessa fase, a assistência médica e hospitalar não foi integrada às instituições previdenciárias e os cuidados médicos estiveram limitados à previsão legal. Dessa forma, a assistência à Saúde não seria mais prioridade do IAPS, que passa a delegar ao Estado (SILVA, 2013).

Com a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs), a atribuição restringe-se a gerenciar os recursos da previdência. O Estado e setores ligados ao governo assumem a responsabilidade pelos cuidados médicos. De acordo com Bravo (2001, p. 4):

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsectores: o de saúde pública e o de medicina

previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

Em 1966, cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS que unifica a previdência e a saúde, sob a responsabilidade do Estado (SILVA, 2013). Em regra, a utilização dos serviços de saúde e previdência dependia de trabalho com carteira assinada e contribuição para Previdência Social. O cidadão que não preenchesse tais requisitos não poderia acessá-los, ficando à mercê da caridade (SILVA, 2013).

A intenção do governo com a incorporação dos IAPs pelo INPS, numa institucionalização dos serviços, era modernizar a máquina estatal, assim como aumentar o poder regulatório e desviar a classe trabalhadora do jogo político (SILVA, 2013).

Já em 1977, ocorre nova modificação nas regras de acesso à Saúde e Previdência com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica Social (INAMPS) cuja autarquia era um braço do Ministério da Previdência e Assistência Social com a finalidade de realizar atendimento médico hospitalar e ambulatorial, restrito aos contribuintes do antigo INPS. Secretarias municipais e estaduais de saúde, que estavam vinculadas ao Ministério da Saúde eram responsáveis pelas pessoas que não possuíam vínculo contributivo com o INPS (SILVA, 2013). Sob o comando do Ministério da Saúde, os recursos federais para atender a demanda eram cada vez mais limitados, apresenta desigualdade na prestação de serviços (SILVA, 2013).

Durante os anos de 1976 a 1980, houve significativo crescimento de hospitais, clínicas, laboratórios e rede ambulatorial de prestação de serviço de saúde pelo setor privado em todo o Brasil, com o objetivo de obtenção de “maior efetividade no enfrentamento da ‘questão social’, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares” (BRAVO, 2001, p. 7). Os recursos federais oriundos da contribuição destinada ao INPS eram transferidos para o INAMPS.

Em 1980, surgem movimentos de vários grupos constituídos de intelectuais,

partidos políticos opositores, profissionais de saúde, Movimento Sanitarista e de moradias “na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil” (BRAVO, 2001, p. 8).

A pauta de reivindicações abrange acesso universal e gratuito à saúde, atribui aos estados e municípios o dever de concedê-la e financiá-la a quem dela necessitasse e implica na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, ambos organizados de forma hierárquica, mediante a participação e controle da população por meio de Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001).

Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político (BRAVO, 2001, p. 12).

Com a redemocratização do Brasil, rompido o período de ditadura militar e a democracia, houve um movimento de descentralização da saúde mediante transferência de recursos aos governos estaduais e municipais. Os Municípios seriam os responsáveis pela gestão e alocação dos recursos destinados à saúde com o apoio do Ministério da Saúde (BRAVO, 2001).

Após a promulgação da CF/1988, torna-se necessário o debate acerca de uma Lei Orgânica da Saúde pela qual seriam detalhadas as diretrizes para o novo sistema de saúde (SILVA, 2013). As primeiras legislações voltadas para o SUS surgem a partir da década de 1990, concomitantemente com uma política neoliberalizante, voltada ao mercado, pautada em contenção dos gastos com racionalização da oferta e descentralização entre os entes estatais de forma a isentar a responsabilidade do poder central (BRAVO, 2001) numa inflexão da atuação estatal.

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde,

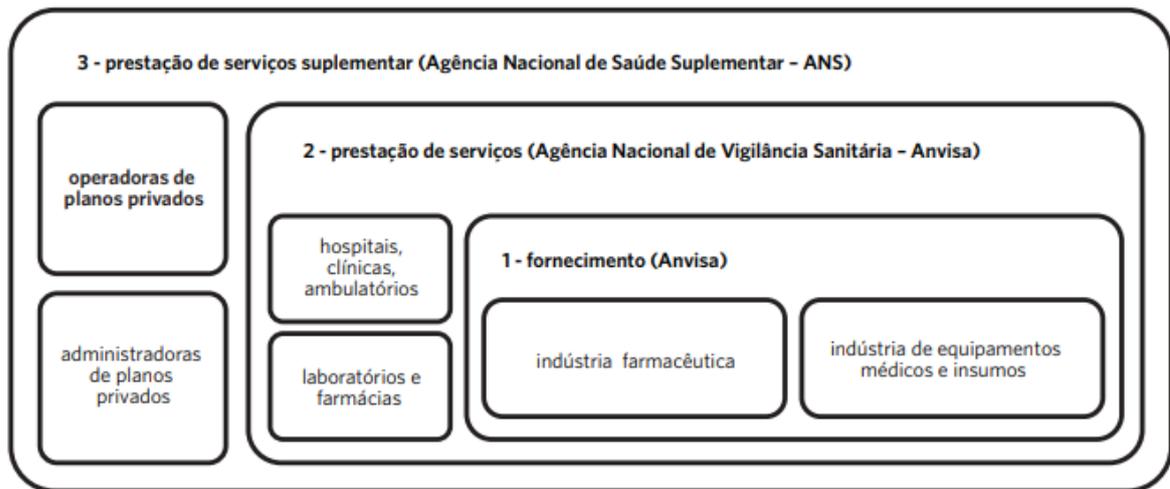
ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (BRAVO, 2001, 15).

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela Lei n. 8.080/90 que estabeleceu diretrizes e princípios a serem perseguidos (SILVA, 2013), visando a fiscalização e controle; constituição do SUS pela integração dos serviços públicos de forma descentralizada por regiões e com atendimento integral; participação do setor privado de forma complementar (TEIXEIRA, 1989). A missão do SUS visa a atender a todos de forma universal, igualitária, gratuita, preventiva, com responsabilidade solidária entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

No artigo 194 da Constituição Federal, a previdência social e a saúde passam a inserir a seguridade social, pensadas como forma de proteger a sociedade. Os Estados da mesma forma inserem em suas Constituições o dever de assistência e de arrecadação de impostos para o financiamento.

Com tal reordenação da política pública surgem novos problemas na forma de gestão do Sistema Único de Saúde. No que se refere ao SUS, Bravo (2001) indica que o comprometimento como política social se dá pelo desrespeito ao princípio equitativo na alocação de recursos, por não haver a unificação orçamentária entre os entes federados e não se priorizar a assistência médico-hospitalar, dando maior prioridade em ações preventivas de proteção da saúde. A relação pública privada passou a ser, também, uma das dificuldades enfrentadas na gestão desse sistema, visto que o Ministério da Saúde passa a regular a saúde suplementar sobre os setores privados no Brasil, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme figura abaixo:

Figura 1- Atribuições da ANVISA e ANS



Fonte: Reis *et al* (2016, p. 127)

A forma de gestão da saúde agrava-se ainda, em razão da política neoliberal adotada pelo governo federal ao abortar a idealização da proposta inicial do Sistema Único de Saúde. Transfere ao setor privado e à sociedade a responsabilidade financeira de custeio da Saúde. Reduz repasses de verbas aos Estados e Municípios e realiza-se cortes de despesas, além de promover o sucateamento da saúde em afronta à Constituição de 1988 (BRAVO, 2006).

Diante desse quadro, como gerir a saúde se não há recursos financeiros? O governo federal aponta como solução promover política pública de contenção de despesas e racionalizar a oferta, ao conceder serviços de saúde a indivíduos em situação de vulnerabilidade, além de autorizar a saúde suplementar, por meio de planos de saúde destinados ao setor privado, a atender pessoas que possam suportar o ônus (BRAVO, 2006).

A integralidade do Sistema Único de Saúde deve ser reorganizada na totalidade. Ademais, os recursos destinados às despesas com a saúde passam a ser o ponto mais emblemático.

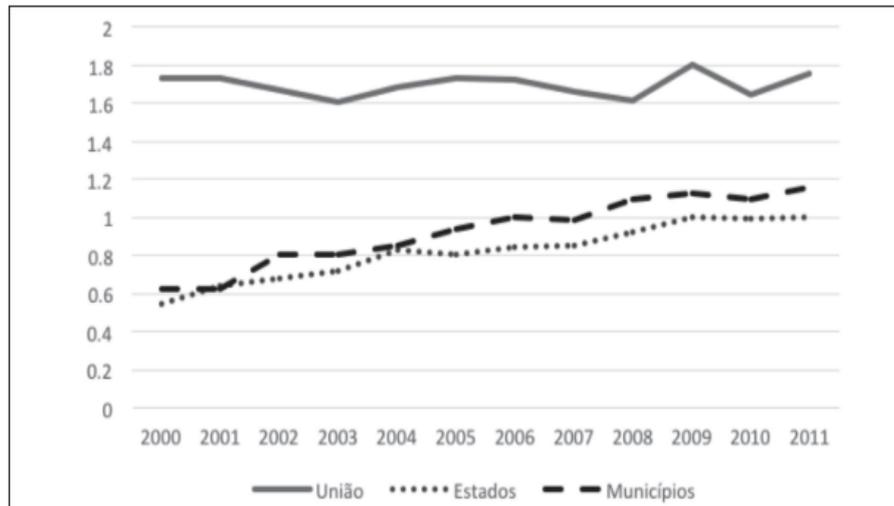
1.7 O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil e a sustentação normativa

O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil, desde a extinção do INPS e INAMPS transforma-se em acirrados debates nas esferas governamentais

quanto ao orçamento que deve ser destinado para manter o funcionamento da saúde.

O financiamento da saúde no Brasil oscila ao redor de 8% do Produto Interno Bruto (PIB), apresenta evolução temporal da contribuição relativa dos entes federativos (SALDIVA e VERAS, 2018), conforme se vê no seguinte gráfico:

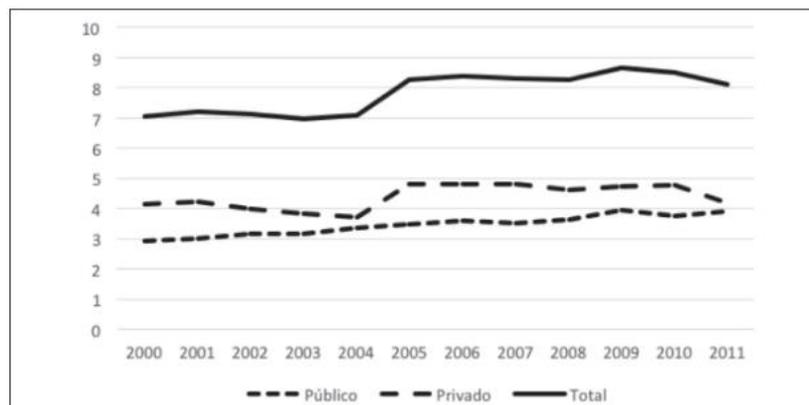
Gráfico 1 - A evolução temporal da contribuição relativa dos entes federativos



Fonte: Saldiva e Veras (2018, p. 51)

Demonstram ainda os autores o crescente investimento dos recursos em saúde na rede privada:

Gráfico 2- Setores de investimento dos recursos privados



Fonte: Saldiva e Veras (2018, p. 51).

Inferem os autores que grande parte do financiamento é destinado a cerca de 23% da população concentrada no sistema privado de saúde. “A situação acima exposta é ainda mais preocupante, pois a cobertura à qual têm acesso os 23% da população que pagam por isso é bastante desigual” (SALDIVA e VERAS, 2018, p. 51) aliada ao incentivo federal para a criação de planos de saúde mais populares, com menor cobertura para doenças mais graves.

Em outras palavras, os planos de saúde, incentivados pelo governo, cobrem as doenças de menor custo. Uma vez que ocorra uma intercorrência mais grave, como uma neoplasia ou a necessidade de um transplante, a cobertura dos planos aprovados mais simples não acontece, onerando o SUS, o qual, por sua vez, não é ressarcido. Esse sistema visa favorecer o capital privado em detrimento do sistema público. Resumindo, vários atores obtêm vantagens e somente um perde, perde a maior parte da população brasileira, aquela situada nos estratos inferiores de renda familiar (SALDIVA e VERAS, 2018, p. 52).

Todo esse cenário contribui para as dificuldades de gestão do Sistema Único de Saúde, como a precariedade na ausência de concursos públicos, redução de salários e terceirizações, impactam o desempenho e resultado para os usuários do sistema de saúde, inexistindo recursos para manter e fazer a estrutura funcionar, tais como equipamentos, medicamentos e demais itens necessários à saúde (SANTOS, 2008).

De igual modo, o setor privado, credenciado ao Sistema Único de Saúde, também desregulamenta e deixa de prestar os serviços aos usuários, em razão da tabela de repasse das prestações de serviços serem abaixo do valor de mercado (SANTOS, 2008). Nos Estados, as dificuldades de reaparelhamento da saúde e da gestão de pessoas:

gerou a permissibilidade para delegação de responsabilidades do Estado a entes privados em situações casuísticas, como fundações privadas de apoio, Organização Social – OS, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP e outras “(SANTOS, 2008, p.106).

O resultado dessa forma de gestão gera corporativismo, clientelismo e desperdícios. Além de manter a estrutura do Ministério da Saúde ligado a vários Ministérios da Saúde vinculado a interesses corporativos, clientelistas e financeiros com representações na Sociedade, Governo e Parlamento (SANTOS, 2008). A sustentação normativa do sistema de saúde concentra-se na CF/1988 e nas leis nº

8.080/90 sobre o SUS e nº 8.142/90 acerca da participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e nº 9.656/98 sobre os planos de saúde, além de outras leis e atos específicos do Ministério da Saúde (MS) e de suas agências reguladoras.

Em relação ao fundo de financiamento do Sistema Único de Saúde, o objetivo era qualificar e implantar melhores ações e serviços de saúde com responsabilidade, planejamento, fiscalização, controle aplicação dos recursos de forma a zelar pelo dinheiro público e a desenvolver e criar novas unidades de saúde de forma estruturada com a quantidade necessária de profissionais, equipamentos para realizar procedimentos, medicamentos, criação de atendimento odontológico e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (SIMÃO e ORELLANO, 2015).

Em 1996, houve a criação do imposto de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF com a finalidade de destinar os recursos arrecadados para financiamento da saúde. A alíquota inicial na época era de 0,2%. Em cada renovação da Medida Provisória o governo aproveitava para aumentar a alíquota que chegou a 0,38% (SANTOS, 2008).

A contribuição para a União subfinanciar o Sistema Único de Saúde foi fixada no percentual de 5%, que deveria ser a partir do ano de 2000, mas com o empenho que deveria ter sido realizado em 1999. Nos anos seguintes, a Emenda Constitucional (EC) nº 29/03 estabelece aumento de receitas que deve ser igual à receita do ano anterior, de acordo com os valores do Produto Interno Bruto (PIB) (SANTOS 2008).

O governo federal pode financiar indiretamente empresas privadas de planos e seguros de saúde com a dedução no Imposto de Renda, co-financiamento de planos privados de servidores públicos “incluindo as estatais, do não ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totalizava mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas” (SANTOS, 2008, p.105).

A EC nº 29/03 estabelece a origem da receita para custear a saúde. A cota

parte destina-se aos Estados que permanece da seguinte forma:

a receita dos estados é proveniente de quatro fontes: (i) impostos estaduais (ICMS – sobre a circulação de mercadorias e serviços; IPVA – sobre a propriedade de veículos automotores; ITCMD – sobre heranças e doações), (ii) transferências da União (cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE); cota-parte do IPI-Exportação; transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir), (iii) imposto de renda retido na fonte e (iv) outras receitas correntes, como a receita da dívida ativa de impostos e multas. Para o cálculo da base de receitas dos estados sobre a qual se aplica o mínimo de 12% para o financiamento à saúde, deve-se subtrair, da soma das fontes listadas acima, o montante em transferências constitucionais e legais que é encaminhado dos estados aos municípios (SIMÃO E ORELLANO, 2015, p.37-38).

O imposto que os Municípios devem arrecadar para custear a saúde será no percentual de 15% sobre a receita dos seguintes impostos:

Já no caso dos municípios, a base para o cálculo dos 15% sobre a receita é composta pela soma de cinco fontes: (i) impostos municipais (ISS – sobre serviços de qualquer natureza; IPTU – sobre a propriedade predial e territorial urbana; ITBI – sobre a transmissão de bens imóveis), (ii) transferências da União (cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM); cota-parte do ITR; transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir), (iii) imposto de renda retido na fonte, (iv) transferências do Estado (cota-parte do ICMS; cota parte do IPVA; cota-parte do IPI-Exportação) e (v) outras receitas correntes (receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos) (SIMÃO E ORELLANO, 2015, p. 37-38)

Em relação ao fundo de gestão do Sistema Único de Saúde, as finalidades são para qualificar e implantar melhores ações e serviços de saúde com responsabilidade, planejamento, fiscalização, controle aplicação dos recursos de forma a zelar pelo dinheiro público e a desenvolver e criar novas unidades de saúde de forma estruturada com a quantidade necessária de profissionais, equipamentos para realizar procedimentos, medicamentos, criação de atendimento odontológico e serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) (SIMÃO e ORELLANO, 2015).

Há ainda, a possibilidade dos Estados e Municípios realizar convênios com a União para promover ações de saúde mútua, condicionada à transferência de recursos, de acordo com uma contrapartida, seja devolução de impostos ou prestação de serviços. Como podemos analisar, a transferência dos recursos para a gestão do SUS se dá mediante finalidades específicas (SIMÃO e ORELLANO, 2015).

A interferência política do governo com poder hierarquicamente superior por

meio do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), desde 1989 impõe desafios na gestão dos recursos repassados, que paulatinamente vem sendo reduzidos, ainda que haja pressão para evitar a diminuição, obriga o Ministério da Saúde a ter controle rígido quanto aos repasses de financiamento para Estado, Municípios e Distrito Federal e a estabelecer um teto; os serviços são pagos mediante produção e os valores fixados em tabela não obedecem ao valor de mercado e somente se forem serviços que envolvam tecnologia e bens mais complexos é que o pagamento poderá ser equiparado à tabela de mercado (SANTOS, 2008).

O orçamento público encontra-se atrelado à destinação específica, ocasiona dificuldades ao gestor público em flexibilizar a alocação de recursos em casos imprevisíveis e emergenciais, obsta a ação governamental. Diante disso, Ferreira e Lima (2016) explicam que o governo federal cria por meio da EC n. 93/16 a possibilidade de Desvinculação de Receitas da União – DRU, modifica o artigo 76 dos Atos de Disposições Transitórias – ADCT.

A instituição da DRU ocorre no ano de 1994. Ferreira e Lima (2015) explicam a trajetória e asseveram que inicialmente:

A DRU teve início com a Emenda Constitucional de Revisão nº 1, de 1º de março de 1994, à época da implementação do Plano Real, como medida de estabilização da economia e reserva emergencial, criando-se o Fundo Social de Emergência – FSE. Posteriormente, este foi alterado pela EC nº 10, de 4 de março de 1996, passando a ser denominado Fundo de Estabilização Fiscal – FEF, que vigorou até 31 de dezembro de 1999. A intenção inicial era criar um mecanismo temporário de auxílio ao Governo no período de queda da inflação, enquanto as reformas fiscais não fossem aprovadas. Todavia, o que seria meramente temporário, passou a tornar-se instrumento de governo mais duradouro. Por meio da EC nº 27, de 21 de março de 2000, foi então criada a Desvinculação de Receitas da União (DRU), com validade até 2004, sucedendo aqueles primeiros Fundos (FSE e FEF). (FERREIRA e LIMA, 2015, p. 320-321).

A DRU transforma-se em mecanismo definitivo do governo federal para utilizar o orçamento para outras finalidades diversas dos impostos que foram arrecadados, conforme afirmam Ferreira e Lima (2015). Por intermédio da utilização de PECs ocorrem sucessivas prorrogações como a EC n. 42/03 cuja prorrogação foi até 2007; em seguida pela EC n. 56/2007 que prorroga até 2011; pela EC n. 68/2011 até 2015, e pela EC n. 93/2016 até o ano de 2023. Também há alteração

quanto aos percentuais, visto que antes, a DRU estava estipulada em 20% do percentual do imposto arrecadado, mas com a EC n. 93/2016 houve o aumento para 30%.

As modificações ocorridas com a EC n. 93/2016, na avaliação de Ferreira e Lima (2015) foram diversas das anteriores. Relatam que nas EC anteriores a prorrogação era de 04 (quatro) anos e agora passa a ser de 08 (oito), pode ser renovada por igual período. As taxas federais também podem ser desvinculadas, o que antes não era permitido.

Anteriormente a desvinculação era apenas para a União, mas o disposto nos artigos 76-A e 76-B, do ADCT autoriza os Estados, Distrito Federal e Municípios a utilizar a DRU nos impostos arrecadados. A conclusão de Ferreira e Lima (2015) é que a forma como está sendo utilizada a DRU há desobediência à Constituição de 1988, por alocar recursos em áreas sem o controle e fiscalização dos gastos públicos de acordo com a livre discricionariedade dos governantes.

A solução seria a reforma de todos os impostos que se encontram vinculados, o que por certo exigiria maior renegociação política e embates, razão pela qual o governo federal prefere burlar a Constituição por meio da DRU. Na visão de Ferreira e Lima (2015) a DRU:

é espécie anômala ao ordenamento jurídico brasileiro, que escapa aos reais objetivos e princípios constitucionais. Trata-se de obra do famoso "jeitinho brasileiro", conhecido aliado dos grupos de poder, tão sutilmente aplicado à política brasileira e que, novamente, teima em entrar em cena. Em que pese as consideráveis razões acerca da necessidade de sua implantação, tal mecanismo não se sustenta do ponto de vista jurídico, a não ser que se entenda a Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias como uma colcha de retalhos, manipulável a qualquer momento. (FERREIRA e LIMA, 2015, p.324).

As premissas adotadas para justificar o desvio de recursos para outras políticas públicas afrontam a finalidade estabelecida pela Constituição Federal. Os entes governamentais não podem suprimir a responsabilidade do uso correto do orçamento público e, que o uso do orçamento, por ser limitado, deve ser aplicado com cautela, não se pode invocar argumentos de que em razão da escassez de recurso possa realizar a gestão das finanças públicas de acordo com a sua discricionariedade (FERREIRA e LIMA, 2016).

A alocação do orçamento destinado à seguridade social e educação em outras políticas públicas “acarreta violação pelos entes estatais de direitos públicos subjetivos dos indivíduos, universalizados e assumidos como dever intrínseco ao Estado, que conformam e se confundem com a dignidade de sua pessoa” (FERREIRA e LIMA, 2016, p. 326).

As “necessidades públicas são dinâmicas, flutuam no tempo, razão pela qual engessar a aplicação das despesas a setores pré-estabelecidos, sem maior folga para otimização gerencial, é tema preocupante e que merece reflexão” (FERREIRA e LIMA, 2016, p. 327). Entretanto, “os fins não justificam os meios. Minguar a afetação dos recursos públicos e obter a livre alocação de receitas à revelia dos preceitos constitucionais” (FERREIRA e LIMA 2016, p.327). Além de modificar o percentual de 20% para 30%, sendo que a previsão era para ser provisório torna-se permanente.

A forma como o governo federal flexibiliza a DRU para atender grupos econômicos e o Fundo Monetário Internacional – FMI provoca preocupação quanto às garantias futuras se a DRU não se tornará permanente, pois poderá:

eventual futura emenda constitucional não venha aumentar o percentual da DRU para 40% (quarenta por cento), ou ainda, para 50% (cinquenta por cento)? O que garante que não venha haver nova prorrogação prolongando a validade até 2030, ou então, vire um instituto permanente (como, de fato, já tem sido)? Como garantir que nova alteração não abra espaço para incluir no cálculo da DRU outra parcela de receita vinculada? O que poderemos ter em um futuro breve, inexistindo segurança jurídica a impedir eventuais manobras que frustrem a real destinação constitucional orçamentária? (FERREIRA e LIMA 2016, p. 327).

A conclusão que se extrai é a de que as entidades governamentais impõem aos cidadãos brasileiros alta carga tributária para custear a saúde, sob o argumento de que será igualitária, universal, integral para todos, mas na verdade utilizam os tributos arrecadados para outras finalidades, por consequência, a saúde no Brasil torna-se precária, com o sucateamento da estrutura hospitalar, desabilitação de hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde e redução de leitos em Unidade de Terapia Intensiva, cuja abordagem será examinada na próxima seção.

2 JUDICIALIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ACESSO À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

Mas uma coisa é proclamar esse direito, outra é desfrutá-lo efetivamente. A linguagem dos direitos tem indubitavelmente uma grande função prática, que é emprestar uma força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros a satisfação de novos carecimentos materiais e morais; mas ela se torna enganadora se obscurecer ou ocultar a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido. (BOBBIO, 2004, p. 11).

Como maneira de efetivação dos direitos fundamentais, encontra-se, *a priori*, a realização das políticas públicas, e que são definidas por Bucci (2002, p. 241) como “programas de ação governamental visando a coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados”. Acrescenta a autora, que as políticas públicas envolvem um problema de direito público com metas coletivas conscientes.

O termo política pública surge pela primeira vez em 1936, por meio dos estudos de Harold Dwight Lasswell (1956) que procurou aproximar a produção de ações governamentais no conhecimento científico com o acadêmico em torno do tema. Para Riscado, Ribeiro e Menezes (2015, p. 15), “Não existe apenas uma definição para a interpretação do conceito de políticas públicas. Ao longo das décadas o conceito foi sendo ressignificado”. Muito utilizada é a definição trazida por Lasswell de que a política pública consiste em responder à indagação quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

A competência para definir as políticas públicas (programas e metas) cabe ao poder legislativo, que embasa na Constituição Federal, por meio de leis infraconstitucionais (LOA, LDO e LR)¹² materializa os direitos sociais que será executado pelo Poder Executivo, por meio de seus órgãos administrativos para “constituir uma ordem local” (BUCCI, 2002, p. 249). As políticas públicas são os meios escolhidos pelo governo para dar coerência e organizar os rumos da sociedade com a finalidade de alcançar melhorias quer sejam de matriz econômica, social ou cultural. A título de exemplo adota-se o artigo 196 da Constituição Federal

¹² Lei Orçamentária Anual, Lei de Diretrizes Orçamentária e Lei de Responsabilidade Fiscal).

que define a saúde como política pública, vejamos

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1996, p. 104).

As políticas públicas definidas pela Constituição Federal são concorrentes e privativas entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios para distribuir a competência e fixar critérios para solução de conflitos, conforme explica Barcellos:

a própria Constituição procura fornecer critérios para a solução das disputas. Os parágrafos do art. 24 tentam demarcar o espaço de atuação da União – normas gerais – e o espaço dos Estados e do Distrito Federal. Em relação às competências comuns de natureza político-administrativa, previstas no art. 23, seu parágrafo único prevê que lei complementar deve fixar normas para a cooperação entre os entes (BARCELLO, 2018, p. 256).

A separação entre os poderes advém de John Locke (1632-1704) e Montesquieu (1689-1755) que repercutiram a ideia de compartilhar e executar o poder político, entre diversos poderes constituídos e inter-relacionados, defendida por Aristóteles, com a finalidade de evitar a concentração do poder nas mãos de uma só pessoa a evitar a tirania (BARCELLOS, 2018).

O conflito surge diante da interferência do Poder Judiciário nos demais Poderes Executivo e Legislativo respectivamente, em se aponta como causas a omissão do Poder Legislativo e a inoperância do Poder Executivo. Diante dessas lacunas, o Judiciário, uma vez acionado é obrigado a agir para cumprir a pauta dos direitos sociais reclamados para reparar o gravame, surgem críticas nessa forma de atuar, principalmente na implementação de políticas públicas de saúde e a forma de financiar o Sistema Único de Saúde (SUS), na gestão de leitos em UTI que ocasiona o crescente fenômeno da judicialização da saúde, em momento *a posteriori* da efetivação deste direito (SILVA, 2018).

As políticas públicas podem ser compreendidas como metas previamente definidas pelo Poder Público para atender a pauta dos direitos sociais (saúde, educação, cultura etc), eleitas para ser priorizadas, em razão da limitação de recursos para atender a todas as necessidades da população. Além disso, devem ser definidos quais instrumentos ou mecanismos que a Administração Pública poderá se utilizar para atingir os resultados esperados.

2.1 Judicialização como meio de acesso à saúde

A judicialização da política em relações sociais, é um fenômeno em que se busca no Poder Judiciário decisões sobre assuntos que deveriam ser atribuições do Poder Executivo ou Legislativo, à exemplo como temas relacionados a aborto, eutanásia, uniões entre pessoas do mesmo sexo, saúde, moradia, educação, meio ambiente, maioria penal, reforma fiscal, política, tributária, judiciária, eleitoral dentre outros temas, em que Hirsch (2006) o denominou de constitucionalização, fenômeno global adotado em várias nações do mundo.

Esse protagonismo judicial confere aos tribunais superpoderes. Com isso, todos os tipos de demandas são postulados. Provoca o aumento de processos, que, em assuntos relacionados à saúde já chegam há mais de um milhão de ações (SCHULZE, 2018). Mas não é só isso, os temas em que se busca por decisões no Poder Judiciário já ultrapassam os poderes que lhes são conferidos, compreendido fora do contexto do ativismo judicial que, segundo Hirsch:

a judicialização da política é confundida com uma versão genérica do ativismo judicial, prestando-se pouco ou nenhuma atenção à diferença entre atribuir aos tribunais a definição do escopo do direito a um julgamento justo, por exemplo, e confiar a eles a solução de delicadas questões de identidade coletiva que se encontram no coração dos processo de construção da nação (HIRSCH, 2006, p. 140).

Este fenômeno crescente de judicialização significa então que, “algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais” (BARROSO, 2012). Campilongo (2000) apresenta a judicialização das políticas como o direcionamento ao Poder Judiciário de requerimentos por implementação e controle de políticas.

O Poder Judiciário ingressa, no cenário político após a Constituição de 1988 que lhe atribui o papel de guardião do Estado Democrático de Direito, confere-lhe potenciais poderes para concretizar as promessas dos direitos fundamentais, de forma a distribuir a justiça as minorias e à parcela excluída da sociedade. Neste Poder, debates são travados ante a judicialização da política em reclames da sociedade que busca por educação, moradia, saúde (medicamentos, internação em UTI, cirurgias, exames e etc) (VIANNA, 2008).

A judicialização da política pode ser compreendida, ainda, como a possibilidade de conferir ao Poder Judiciário a atribuição de decidir sobre normas e procedimentos que antes poderiam ser solucionados mediante a conciliação e negociação de conflitos entre as partes sem a interferência do Judiciário, na visão de Hirsch (2006).

O viés da interferência da judicialização da política atribuído ao Poder Judiciário para decidir sobre política pública, sob o enfoque da “justiça processual e a equidade formal e processos decisórios” em direitos fundamentais é o fenômeno mundial em questões que envolvem:

(...) garantias do processo legal na esfera criminal ou sobre aspectos variados dos direitos à privacidade e à igualdade formal - todos eles no sentido de expandir e reforçar as fronteiras da proteção constitucional à esfera individual, geralmente tida como ameaçada pela longa e invasiva mão da regulação estatal (Hirsch, 2006, p. 143).

Mas atrás da concessão de direitos que acarretam alterações de ordem social e que abarcam classes menos favorecidas economicamente, deve também existir estrutura organizacional estatal que lhes dê o suporte jurídico para reclamar a efetividade de tais direitos prometidos na Carta Cidadã e que a população acredita na publicidade de que as instituições estão comprometidas em conceder os direitos reivindicados (HIRSCH, 2006).

Segundo Streck (2003), a autonomia conferida ao Poder Judiciário para decidir assuntos polêmicos, após a Constituição de 1988, “não nasceu”, afirma o autor que:

o Direito e a dogmática jurídica (que instrumentaliza) não conseguem atender as especificidades das demandas originadas de uma sociedade complexa e conflituosa” [...] “o paradigma liberal-individualista-normativista está esgotado” (STRECK, 2003, p. 259).

A corrente procedimentalista defendida por Habermas,¹³ dentre outros¹⁴

¹³ Consultar HABERMAS, J. Direito e democracia - entre factividade e validade. vol. I e II. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997, especialmente p. 297 e segs (I) e 170 e segs. (II).

¹⁴ Grapon e Ely, apresenta consideráveis divergências com a corrente substancialista, sustentada por autores como Mauro Cappelletti, Bruce Ackerman, L.H. Tribe, M. J. Perry, H. H. Wellington, em alguma medida por Dworkin, pelo menos na literatura dele faz Robert Alexy, e no Brasil por juristas como Paulo Bonavides, Celso Antônio Bandeira de Mello, Fábio Comparato, Eros Grau (STRECK, Lênio Luiz. Jurisdição Constitucional e Hermenêutica de Concretização dos Direitos Fundamentais-Sociais no Brasil.. Rev. Novos Estudos Jurídicos. V.8. n. 2. p.257-301, maio/agos.2003).

discordam da judicialização da política em submeter questões sociais ao judiciário, por compreender que a ideia de função jurisdicional deve preservar os interesses das minorias contra o desejo das maiorias, critica a interferência do direito em questões sociais extensivo ao substancialismo defendido por Alexy construído por Dworkin, em que o Judiciário torna-se gigante e político, transforma tribunais constitucionais em “instância autoritária” em que não há mais esperança para os desvalidos (STRECK, 2003).

O que Habermas propõe é que sejam seguidos e definidos procedimentos que “assegurem a formação democrática de opinião e da vontade e que exige uma identidade política não mais ancorada em uma nação de cultura, mas sim em uma nação de cidadãos” (STRECK, 2003, p. 262). A interpretação da Constituição deve ser restrita ao procedimento estabelecido na Constituição. Nesse mesmo sentido segue a opinião de Garapon que acredita no enfraquecimento da democracia quando há invasão do Tribunal em imiscuir-se na judicialização da política em questões sociais e políticas públicas (STRECK, 2003). Habermas, em suma, defende o procedimentalismo e a limitação da interpretação constitucional.

Contraopondo-se à teoria procedimentalista, surgem os defensores da tese do substancialismo, dentre eles Cappelletti, refuta os argumentos procedimentalista e que se deve levar em consideração valores substantivos inseridos em todos os documentos (primeira emenda, abolição da escravatura etc), além do significado e a finalidade da norma que regula os procedimentos, por compreender que a interpretação hermenêutica da Constituição é ampla não pode ser reduzida a um processo que mitiga a atuação na defesa das minorias (STRECK, 2003).

Mais do que isso, o papel do Judiciário, sob o ponto de vista da corrente substancialista deve primar por:

equilibrar e harmonizar os demais poderes, o judiciário deveria assumir o papel de um intérprete que põe em evidência, inclusive contra maiorias eventuais, a vontade geral implícita no direito positivo, especialmente nos textos constitucionais, e nos princípios selecionados como de valor permanente na sua cultura de origem e na do Ocidente. (STRECK, 2003, p. 271).

Após tais explanações, a compreensão dos termos judicialização e ativismo judicial devem ser compreendidas como espécie do gênero protagonismo judicial que, segundo Viaro (2015) abrange duas vertentes: a judicialização da política, sob o prisma político-institucional na perspectiva de mudança da interligação entre os Poderes constituídos e a judicialização das relações sociais, em que se preocupa com questões sociocultural voltado a problemas da sociedade e a “relações entre agentes” (VIARO, 2015, p.238).

Ativismo judicial, expressão de origem norte-americana, remete à decisão judicial em “defesa dos direitos das minorias e das classes mais pobres; juízes ativistas com ênfase nos direitos de liberdade” (VIARO, 2015, p. 238). Mas a expressão ativismo judicial pode ser empregada para outras modalidades de interpretação da constituição, com carga valorativa positiva ou negativa, de acordo com a análise do julgador. Sob o enfoque positivo, adota-se o argumento do neoconstitucionalismo, em que os princípios sobrepõem às regras. Sob o aspecto negativo, as críticas apontam a “autocontenção ou auto restrição judicial”, a impedir distorções na forma de proferir julgamento (VIARO,2015, p. 238) alerta ainda que:

Na perspectiva positiva, a postura ‘proativa’ do juiz é aclamada como atuação ‘funcional necessária e oportuna’, como forma de ‘fazer valer a primazia da Constituição. [...] Já perspectiva negativa, o ativismo judicial é depreciado como ‘ultrapassagem das linhas demarcatória da função jurisdicional’ descambando o juiz para o voluntarismo ou ‘decisionismo judicial’ (VIÁRIO, 2015. p. 239).

Os motivos justificadores em se transferir a tribunais as decisões políticas “difíceis” têm a finalidade de mitigar riscos à classe política em razão dos inconformismos manifestados pela sociedade em razão da “transferência de ‘abacaxis’ políticos para os tribunais” isenta os políticos de culpa, pois na acepção deles o ideal é se acovardar em apontar ou negar uma solução para os problemas “difíceis” do que sofrer as críticas da população (HIRSCH, 2003, p. 165).

Mas não é só isso, o que a classe política almeja ao inserir os tribunais nessas disputas é obter a legitimação do ato, por ter o apoio da sociedade ou também se encontra escondida a intenção em preservar os poderes de “grupos sociopolíticos dominantes que estejam com receio de perder seu controle sobre o exercício do poder político” (HIRSCH, 2003, p. 165).

A atribuição conferida ao Poder Judiciário para dirimir questões polêmicas sobre políticas públicas de saúde traz reflexão e debates sobre a legitimidade e interferência do judiciário em assuntos em que a atribuição deveria ser do Executivo e Legislativo, cujo objeto será abordado no próximo item.

2.2 O controle judicial de políticas públicas e a efetivação do direito à saúde por meio da judicialização: questões polêmicas

A atuação nas políticas públicas por meio de fiscalização e controle conferidos ao Poder Judiciário pela Carta Constitucional é assunto polêmico e criticado, em razão da atuação jurisdicional interferir de certa forma nas políticas públicas, cuja atribuição pertence ao Poder Executivo e na esfera legislativa quando se declara a constitucionalidade ou inconstitucionalidade de uma lei, função regulamentar do Poder Legislativo (GRINOVER, 2013).

As políticas públicas, conforme afirmado anteriormente, são estabelecidas para atender as diretrizes definidas nos programas de governo federal, estadual, distrital e municipal para cumprir a implementação de melhorias para a coletividade. Os direitos sociais judicializados significam, portanto, a busca por direitos já consagrados por saúde educação e moradia.

Cita-se como causas para ocorrer a interferência do Poder Judiciário, a inércia do Legislativo em estabelecer as leis e na omissão da Administração Pública por desperdício de verbas ao eleger gastos em determinadas metas que não atendem aos desejos da população. Além do mais, há corrupção e desvio de poder, cabendo ao Poder Judiciário realizar o controle dos atos administrativos, como forma de obrigar o Estado a cumprir a Constituição Federal (GRINOVER *et al*, 2014). Os serviços de saúde apresenta campo fértil para a judicialização das políticas públicas com aumento crescente e repercussão em todas as esferas públicas (SANT'ANA, 2009).

Os motivos para o controle judicial de política pública pelo Poder Judiciário são apontados por Silva (2018) como sendo: a justificativa para promover a demanda se dá em virtude da omissão do Estado em conceder ao cidadão o direito que almeja; a motivação para o ajuizamento das ações são a propagação de um

Judiciário forte e independente, devendo ser preservada a hegemonia e equilíbrio entre os poderes constituídos, sob pena de acarretar rupturas na democracia e ocasionar o totalitarismo; a interpretação judicial em questões políticas diante da omissão estatal. A judicialização seria a “conveniência, o medo de se comprometer” do Executivo e Legislativos, que conforme explica Hirsch (2003), a responsabilidade sobre decisões polêmicas afetará apenas o Poder Judiciário que terá que submeter-se às críticas da sociedade por suas decisões.

A busca de direitos por meio do controle judicial da política pública não é vantagem para a sociedade por demonstrar que os poderes constituídos perderam a visão da missão constitucional (SILVA, 2018).

Em relação à atuação do Poder Judiciário interferir em política pública, Capelletti (1999) a considera legítima por ser imparcial, atrelar-se a um caso concreto para se proferir decisão, em que o juiz atua mediante provocação das partes interessadas, respeitando-lhes a atuação nos atos processuais, mediante a atuação do juízo natural da causa para dirimir a lide, em que o Estado Democrático de Direito sobrevive mediante a atuação do sistema de justiça que assegure direitos e liberdades fundamentais (CAPPELLETTI, 1988).

A possibilidade de o Judiciário intervir em políticas públicas, não se quer colocar o primeiro como salvador da pátria ou como protagonista de um processo de transformação e de redução de desigualdades em nossa sociedade, e sim que ele atue junto com os outros poderes e possa, por meio da efetivação dos direitos fundamentais sociais, melhorar o processo democrático existente. Até porque, muitas vezes, é o Judiciário quem está mais próximo dos cidadãos, que podem, diretamente, lá reivindicar a satisfação de seus direitos constitucionais. Assim, a efetivação dos direitos sociais pela jurisdição constitucional pode muito bem promover o processo democrático (BARBOZA e KOZIK, 2012).

Há autores que afirmam que o controle judicial pelo Judiciário, por meio de demandas individuais é ineficaz (ARENHART, 2015), além de não promover a solução que a política pública reclama ao tratar do problema. O direito individual camufla a política pública ineficiente que deveria ser solucionada para todos e não para quem judicializa a demanda em relação ao direito coletivo, Arenhart (2015)

também a refuta por restringir a atuação a interesses metaindividuais, não apresentando uma solução ao problema e a decisão atinge apenas parte da coletividade, nos mesmos modos da ação individual, restrito ao pleito inicial “a todas as consequências dessa lógica, os mesmos defeitos que se vê em um processo individual podem também ser vistos no processo coletivo” (ARENHART, 2015, p.3).

Nesse aspecto a alocação de recurso coletivo em que se aplica ao direito individual, na visão de Santana e Freitas Filho (2018), a decisão deverá se pautar sob ângulo econômico, teórico e político, em que se o magistrado deve levar em consideração o aspecto financeiro que gera resultado trágico; se optar por questões teóricas acarretará contornos indefinidos e contraditórios quanto a distribuição de renda que deve pautar-se o livre arbítrio do indivíduo; se pretender o enfoque político entre a lei e o Estado Democrático de Direito, permanecerá racional acarreta a exclusão da “piedade, caridade, questão psicológica do sentimento de culpa” (SANTANA e FREITAS FILHO, 2018, P. 80).

Arenhart (2015), esclarece que:

Talvez a mais importante de todas seja a relevância das soluções consensuais, trabalhadas a partir do diálogo entre as partes. Sem dúvida, esse tipo de solução é muito melhor do que a imposição de uma decisão do órgão imparcial, que pode desagradar a todas as partes do processo e a toda a sociedade atingida. Essa solução consensual, sem dúvida, contribui também para a obtenção de soluções que sejam tecnicamente factíveis, sem perder de vista as exigências do Direito (ARENHART, 2015, p. 6).

No que se refere à judicialização da Saúde, Ávila e Melo (2017) identificam três orientações na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF). A primeira consiste numa atuação tipicamente jurisdicional pela qual o Poder Judiciário defere a prestação diante de um direito declarado e de uma política pública existente. A segunda orientação jurisprudencial o Poder Judiciário concede uma prestação que não foi previamente incluída pelo Poder Público dentro da política pública existente. Nesse caso, há um manifesto ativismo judicial na imposição de deveres estatais sem prévia determinação legal e previsão orçamentária que torna-se uma questão passível de críticas “à medida que concessão de medicamentos e terapias não registrados pressupõe conhecimentos técnicos que os magistrados geralmente não possuem” (ÁVILA e MELO, 2017). A última orientação do STF e nova tendência da Corte ocorre nos casos de omissão total do Estado pela ausência de política pública

determinando o Judiciário sua formulação e implementação, num processo dialógico.

Sempre há questionamentos quanto ao limite para a intervenção do Poder Judiciário na intervenção em políticas públicas. Pereira (2018) adverte que deve cumprir os fins sociais da missão estatal para atender a todos e não realizar a compensação pela ineficiência do Estado, do sistema político e social em relação a determinada parcelas de pessoas, mas se volta a construir diálogos com o foco em “práticas reflexivas e críticas para superar desigualdades, e aproveitar os espaços democráticos para fazer avançar a justiça social através de propósitos claros e de iniciativas sólidas” (PEREIRA, 2018, 112).¹⁵

Em relação às questões invocadas para apontar a judicialização da saúde como sendo a causa para alavancar os custos, além dos limites orçamentários e críticas aos mecanismos utilizados para promover demandas, se coletiva ou individual, Sant’Ana (2017) apresenta outro enfoque, a partir de suas experiências como defensor público, defende os argumentos de que:

Atualmente, há uma série de iniciativas voltadas para orientar, racionalizar ou limitar a atuação dos magistrados no que tange às demandas por medicamentos não padronizados, mas praticamente nenhum esforço ou planejamento em âmbito nacional para se imaginar como o sistema de justiça pode contribuir para que o SUS atenda suas promessas não cumpridas, ou seja, para que os princípios constitucionais e as políticas públicas de saúde sejam efetivamente implementadas e os cidadãos tenham acesso à saúde no tempo e forma adequados. (SANT’ANNA, 2017, p. 330)

Por outro lado, o incrementalismo (*incrementalism*) pode ser apontado, também, como solução da judicialização dos direitos sociais no Estado Democrático de Direito. A definição de incrementalismo, sob o ponto de vista de Quintas (2016) seria:

um método de gestão e de tomada de decisões por atores racionais atuando sob circunstâncias de severa complexidade e ampla incerteza, o qual teve grande impacto na teoria das organizações e na administração pública (especialmente na prática orçamentária). A ideia básica é que, em situações complexas e cercadas de incertezas, há dificuldade de tomar decisões com base no modelo racional.(QUINTAS, 2016, p.43).

¹⁵PEREIRA, Sylvia Patrícia Dantas. A Efetivação do Direito à Saúde no Contexto da Judicialização da Política Pública . **Rev.Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. v. 2., CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, 2018.

O incrementalismo seria possibilitar ao juiz realizar uma interpretação do processo decisório no sentido de identificar as necessidades que devem ser aprimorados na política pública e decidir de forma a corrigi-las, levando em consideração a boa-fé dos agentes políticos na realização dos direitos sociais, em que as demandas individuais são analisadas com cautela:

com observância das regras procedimentais do contraditório, da ampla produção de provas para aumentar o controle sobre as decisões judiciais, com remédios não intrusivos e com decisões que podem ser revistas (QUINTAS, 2017, p.43).

As vertentes apontam os debates sob o contexto de judicialização da saúde. Também deve-se observar os reflexos que as decisões judiciais provocam no sistema de saúde, sob a ótica dos profissionais que atuam na área médica quanto ao cumprimento das liminares por ordem judicial para a internação em leito de UTI, como aponta Luz *et al*, que representa:

uma sentença contemporânea no panorama de assistência à saúde no Brasil, concretizada, essencialmente, pelos mandados judiciais para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, consultas, internações e dispensação de insumos médico cirúrgicos. No contexto da UTI, a judicialização, também, se dá pela internação por ordem judicial. As internações por decisões judiciais ocorrem quando o município ou o Estado não possui condições ou meios de garantir uma assistência adequada ao paciente grave, em situações de urgência/emergência que representam risco à vida deste indivíduo (LUZ, *et al*, 2019, p.3).

A negativa de leito e a gravidade da doença, na visão dos profissionais de saúde, seria o motivo para que os familiares do paciente, diante da necessidade de um leito em UTI, ou em outro centro, acionam o Ministério Público ou advogado para promover a judicialização, quando requer a tutela antecipada. Luz *et al* (2019), aponta, ainda que em 2011, houve a judicialização de mais de 240 mil processos por prestações em saúde que representa as necessidades individuais e coletivas de saúde, aponta que o procedimento mais solicitado é a internação hospitalar, dentre eles, a UTI.

Um dos argumentos que Luz *et al* (2019) apontam seria também a demora no diagnóstico aliada à insuficiência de vagas, acarreta e impede o acesso ao leito de UTI. Os autores apresentam o reflexo da decisão judicial ao afirmar que:

presenciam vulnerabilidades extremas e desigualdades sociais, o agravamento de pessoas que não têm acesso a determinados recursos

terapêuticos indispensáveis para sua recuperação, a obrigatoriedade de execução imediata de um mandado judicial, nem sempre tecnicamente indicado e muitas vezes repercutindo na alta precoce de outro paciente para a liberação de leito de UTI. (LUZ, *ET AL*, 2019, p.4).

Na pesquisa qualitativa exploratória e analítica com 42 enfermeiros intensivistas dos seguintes estados brasileiros: nove do Rio Grande do Sul; sete de São Paulo; seis de Minas Gerais e cinco do Espírito Santo, do Paraná, do Rio de Janeiro e de Santa Catarina, realizada por Luz *et al* (2019). O período de coleta de dados ocorreu entre janeiro e dezembro de 2016, por meio de entrevistas, o resultado da pesquisa promove reflexão de como a decisão é imposta ao gestor público, destinatário final para cumpri-la, cujas críticas apontam que o juiz não detém conhecimento técnico para avaliar as condições fisiológicas dos enfermos para determinar que este ou aquele deverá ocupar um leito de UTI, e as decisões provocam mais injustiças e desigualdades. Vejamos dois depoimentos quanto a percepção no cumprimento da decisão judicial pelos enfermeiros pesquisados:

Uma situação marcante foi quando um juiz determinou que internasse um paciente proveniente do pronto socorro, utilizando o critério do paciente que estivesse há mais tempo naquele local. Conclusão: recebemos uma paciente estável, com cateter nasal para oxigenioterapia, enquanto havia pacientes graves no pronto socorro em ventilação mecânica esperando leito (RS4, 38 anos, 17 anos de formada, há 16 anos na UTI).

Acho difícil essa questão da ordem judicial porque ao mesmo tempo não sei se o paciente realmente precisa de um cuidado intensivo. O juiz analisou, mas ele tem conhecimento suficiente pra dizer que ele realmente precisa? Na maioria das vezes é acatado quando se tem leito porque ninguém quer se incomodar, mas se fosse avaliado, não sei se o paciente precisaria (RS6, 29 anos, 5 anos de formado, há 1 ano na UTI). (LUZ, *et al*, 2019, p.5).

Os pesquisadores, Luz *et al* (2019) afirmam que o magistrado concede a liminar baseada em laudo médico, muitas vezes este desconhece a necessidade de avaliar o *escore* de risco para indicação em terapia intensiva e se o paciente seria indicado a ocupar um leito de UTI. Sugerem que antes de proferir a decisão o juiz deveria submeter a avaliação do pedido a um comitê técnico para auxiliar na avaliação quanto a conceder ou não o direito, em que as decisões devem ser tomadas com cautela para evitar injustiças e insatisfação. E, levar em consideração a comprovação da necessidade clínica, por existir pleitos injustificados de leito de UTI, por existir a possibilidade de que determinados profissionais podem elaborar

laudo para outras finalidades. As perícias devem ser realizadas antes de mandar expedir o mandado de cumprimento da ordem, porque o judiciário transforma-se em porta de entrada do sistema de saúde, além de “furar a fila” de espera.

O estresse dos médicos aumenta ainda mais porque são obrigados a atender as ordens judiciais sem evidência médica de benefício, o que gera frustração em que muitas vezes:

à falta de estrutura nas enfermarias gerais e o despreparo das equipes foram levantados pelos médicos como barreiras, tanto para admissão quanto para alta dos pacientes, com impacto no acesso. Além disto, a falta de comprometimento e motivação de alguns profissionais criava grandes dificuldades para o fluxo de leitos (GOLDWASSER, *et al*, 2018, p.353).

A desigualdade entre as regiões e os municípios quanto às políticas públicas de oferta de UTIs, é outro alerta, diante da urgência de mobilização em torno da efetividade do direito à saúde, a fim de promover o direito fundamental como prestação positiva determinada ao Estado. Tal desigualdade na oferta repercute, assim, na judicialização que admite configurações diferentes em cada estado como se verifica na próxima seção, esforço desta pesquisa quanto à análise deste fenômeno no município de Goiânia.

2.3 Aspectos relevantes envolvendo terapia intensiva, sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

De todas as formas de desigualdade, a injustiça nos cuidados de saúde é a mais chocante e desumana (Martin Luther King Jr, 1963).

Antes de adentrar ao cenário sobre terapia intensiva é importante contextualizar sobre a origem e os conflitos vivenciados pelos profissionais de saúde quanto aos reflexos provocados com a judicialização e a política pública de saúde.

A Unidade de Terapia Intensiva surge em um contexto de conflitos na chamada Guerra de Criméia¹⁶, em que foi criada a coligação integrada pelo Reino

¹⁶ A Guerra da Crimeia foi um conflito que se desdobrou de 1853 a 1856, na península da Crimeia (no mar Negro, ao sul da atual Ucrânia), no sul da Rússia e nos Bálcãs. Envolveu de um lado a Rússia e, de outro, uma coligação integrada pelo Reino Unido, França, Piemonte-Sardenha (na atual Itália) - formando a Aliança Anglo-Franco-Sarda - e o Império Turco-Otomano (atual Turquia). Esta coligação foi formada com o objetivo de conter a expansão russa. Disponível em: <https://www.sohistoria.com.br/ef2/crimeia/> acesso em 16.11.2019.

Unido, França, Piemonte-Sardenha (na atual Itália) - formando a Aliança Anglo-Franco-Sarda - e o Império Turco-Otomano (atual Turquia), entre 1853-1856 para conter a invasão Russa. Em 1854, durante a guerra, na cidade de Scuri, localizada na Turquia, no hospital Barrack, os feridos eram encaminhados para cuidados curativos (CUCI, 2009).

Florence Nightingale, voluntária, convocada pelo governo inglês era a responsável pelos voluntários na atenção básica de saúde aos lesionados. Florence. Após constatar as péssimas condições de limpeza e a enorme quantidade de óbitos entre os soldados, muda a estratégia. Separa os feridos de acordo com o grau de gravidade, coloca os mais graves próximos às enfermeiras e médicos, passa a observá-los com mais atenção. Com o simples procedimento, reduziu a quantidade de morte (CUCI, 2009). Nasce, aí, a primeira terapia intensiva.

No início do século XX, houve a criação das “salas de recuperação” no Hospital Johns Hopkins (EUA), destinada aos pacientes pós-cirúrgicos em neurocirurgia. No Brasil, as terapias intensivas surgem em 1970, sendo o pioneiro o hospital Sírio Libanês em São Paulo. Havia dez leitos (CUCI, 2009). O legado de Florence Nightingale foi aperfeiçoado com melhoramento de equipamentos tecnológicos e medicamentos para dar suporte à recuperação do paciente.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser compreendida também como sendo um espaço físico hospitalar, com suporte de equipamentos e medicamentos, com profissionais capacitados em medicina intensiva para dar condições de atendimento a pessoas que se encontrem com quadro de saúde de média ou alta gravidade. A finalidade das UTI's são: reduzir a dor, sofrimento e restaurar a saúde do enfermo (HAJJAR, 2019).

Os espaços físicos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são padronizados e dentro dos requisitos da Resolução nº 7, de 25 de fevereiro de 2010 do Ministério da Saúde, com previsão de recursos humanos especializados no atendimento a pacientes graves e com alto risco de perder a vida, com dependência ininterrupta de enfermagem e médicos com especialidade em terapia intensiva,

equipamentos tecnológicos e mecanização em que serão realizados todos os procedimentos e técnicas necessárias à restauração de saúde do paciente (SANTANA *et al*, 2017). Mas há critérios para encaminhá-lo para UTI que será de acordo com a gravidade entre média e alta, em que a vida corre risco. O protocolo técnico deve ser seguido, com a finalidade de dar maior segurança ao paciente e equipe intensivista (Luz *et al*, 2019).

Quanto ao procedimento para tratamento em UTI, Elias *et al* (2006)¹⁷ apontam que o paciente será encaminhado para um leito de uma Unidade de Terapia Intensiva de acordo com o quadro de gravidade da doença. O índice de gravidade é mensurado se a intervenção terapêutica será a mais adequada e exige somar escores numéricos que representam a disfunção orgânica e modificações clínicas e laboratoriais de pacientes e a quantidade de procedimentos a que submeteu. A utilização do *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS 28) - “classifica a gravidade do paciente, quantificando as intervenções terapêuticas de procedimentos médicos e de enfermagem utilizados” (ELIAS *et al*, 2006, p.325).

A gravidade da doença aumenta quando o paciente é submetido a mais procedimentos cirúrgicos e quanto maior a delonga no atendimento (ELIAS *et al*, 2006). O TISS 28 estabelece 7 (sete) categorias para classificar o risco de gravidade da doença, que são:

atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. Cada uma dessas categorias é constituída de itens específicos, com pontuações que variam de um a oito (ELIAS *et al*, 2006. P. 325).

O paciente após ser avaliado é classificado de acordo com a gravidade da enfermidade, em quatro grupos, mediante a necessidade de atenção e tratamento intensivo. A classe I varia de 0 a 19 pontos em que o paciente precise vigilância e cuidados, mas fisiologicamente estável e observação profilática; o paciente na classe II com pontuação entre 20 a 34 pontos estáveis fisiologicamente, requer

¹⁷ ELIAS, Adriana Cristina Galbiatti Parminondi. MATSUO, Tiemi. CARDOSO, Luciene Tibery Queiroz. GRION, Cíntia Magalhães Carvalho. Aplicação do Sistema de Pontuação de Intervenções Terapêuticas (TISS 28) em Unidade de Terapia Intensiva para Avaliação da Gravidade do Paciente. Ver. Latino-am Enfermagem 2006, maio-junho 14 (3):324-9. www.eerp.usp.br/rçae. Enfermeira do Hospital Universitário; Doutor em Estatística, Docente; Docente, Chefe do Serviço de Terapia Intensiva do Hospital Universitário; Docente, Médica da UTI do Hospital Universitário. Universidade Estadual de Londrina.

cuidados intensivos de enfermagem e monitorização contínua; o paciente na classe III, entre 35 a 60 pontos encontra-se em estado grave e instável hemodinamicamente, o paciente na classe IV com mais de 60 pontos são indicados para internação em UTI, com assistência médica e enfermagem contínua e especializada (ELIAS *et al*, 2006).

A morte e o processo de morrer, na visão de Vicensi (2016) mostra a percepção dos profissionais de saúde que embora lidam com essa situação quase todos os dias, despertam emoção sobre a impotência diante do inevitável, em que alguns vê na UTI um lugar de morrer e outros para sobreviver, e para tanto, acreditam que os equipamentos avançados em tecnologia e ciência podem solucionar o problema da terminalidade da vida. Na visão de um profissional intensivista, a UTI é desconhecido para a população brasileira que acredita que seja um lugar destinado ao término da vida, com pacientes graves, envolve tecnologia e equipamentos avançados, um local fechado com possibilidade de realizar procedimentos invasivos e dolorosos, isolamento da família, estigmatizado com a “fantasia da morte e estão relacionadas às vivências e informações recebidas anteriormente à hospitalização”, mas ao contrário é a unidade destinada a manter a vida (LEITE *et al*, p.540).

O custo de uma Unidade de Terapia Intensiva é elevado. A cada procedimento realizado no paciente vão somando-se os valores com exames, medicação, necessidade de utilização de equipamentos artificiais para substituir a respiração, função renal, cardíaca, procedimentos cirúrgicos, equipe de recursos humanos especializados em terapia intensiva. Sá *et al* (2015) realizaram um estudo em 2015 para apurar o custo diário de uma UTI, resultando na quantia de R\$ 3.864,86. Entretanto o SUS repassa o valor de R\$ 478,00, mediante a comprovação de internação com a Autorização de Internação Hospitalar (AIH)¹⁸, e que:

independente do valor informado ao SUS pelo hospital, a verba repassada é sempre a mesma R\$ 478,00. A discrepância entre os valores, já havia

¹⁸ A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do Sistema de Informação Hospitalar. É gerada quando ocorre uma internação em um prestador público ou privado/conveniado ao SUS e é enviada ao gestor da Unidade Prestadora de Serviços. disponível em; http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&responsa=1559&historico=20553642. Acesso em 16 nov. 2019

sido alertada pelo chefe do setor de faturamento, ao afirmar que o hospital tinha “prejuízos” com cada leito de UTI e a fonte de maior receita repassada pelo SUS era na área obstétrica (Sá *et al* 2015, p. 15).

Surgem perspectivas pragmáticas em relação à UTI. A população passa a ter expectativa de vida mais longa, com isso, há maior possibilidade de ocorrer doenças crônicas (câncer, insuficiência renal, cardíaca, respiratória, hepática, dentre outras), sendo essas apontadas como causas de mortalidade. Diante disso, a busca por leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) passa a ser a realidade brasileira.

Mas, há outros desafios mais trágicos a serem enfrentados, principalmente, pelos profissionais de saúde como os relatos da médica intensivista Ludmila Abrahão Hajjar aponta a realidade trágica vivenciada por médicos intensivistas: a insuficiência de leitos para atender a todos. E isso, ocorre tanto no SUS quanto na rede privada, embora o SUS encontra-se em situação mais grave por não haver recursos humanos, equipamentos tecnológicos que possam dar a viabilidade de atendimento e com estrutura física precária, fato midiático que repercute na mídia (HAJJAR, 2019).

HAJJAR (2019) relata as dificuldades do cotidiano de um médico intensivista no Brasil em hospital público em que são obrigados a decidir a quem deve ocupar o leito de uma UTI, quando os pacientes se encontram com o mesmo quadro de gravidade da doença. Questões como, qual dentre os pacientes deverá realizar hemodiálise, por não haver equipamento para atender a todos; deixar de prescrever antibiótico para solucionar a doença, por não ter medicamento no hospital; realizar procedimento menos eficiente, como exemplo, deixar de enviar o paciente à UTI por não ter profissional em fisioterapia intensiva contratado, não permitir o acesso da família ao paciente, porque a estrutura não suporta; não conceder ao paciente a dignidade para morrer.

Ressaltam Luz *et al* (2019) que a Unidade de Terapia Intensiva, por possuir alta tecnologia para precaver e curar doenças, com alto custo, limitação de recursos financeiros, não é disponibilizada a todos. Em que pese o Ministério da Saúde e Associação de Medicina Intensiva do Brasil estabelecer o percentual de 4 e 10% de leitos de UTI e que um estabelecimento de saúde deve conter entre 1-3 leitos de

UTI para cada 10 mil habitantes por quilômetro quadrado, entretanto, o SUS oferece acesso a 0,9 leitos de UTI por 10.000 habitantes; enquanto o setor privado possui acesso a 4,14 leitos por 10.000 habitantes por quilômetro quadrado.

A desigualdade do acesso a leitos de UTI aumenta em municípios e nos estados com menores condições financeiras no Brasil. Soma-se a isso que 44% dos estabelecimentos com UTI são instituições privadas. 26% são filantrópicas e 28% são de estabelecimentos públicos. Traduz-se em um paradoxo, por ser a saúde considerada bem inalienável, concretizada na Constituição da República e na legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), como um direito que deve ser assegurado. Por não haver leitos para todos, a negativa do ente estatal é veemente, sendo está uma das causas apontados para promover a judicialização da política pública de Saúde com o objetivo de obter um leito de terapia intensiva (LUZ, *et al* 2019).

O tema UTI é assunto complexo, em que o percentual de leitos estabelecidos leva em consideração “apenas na média populacional como um substituto para a demanda epidemiológica, sem levar em consideração a percepção das partes interessadas” (GOLDWASSER, *et al*, 2018, p.348). Diante das dificuldades da insuficiência de leitos para atender a todos, o SUS cria a Central Estadual de Regulação (CER), cuja finalidade visa realizar a gestão da demanda existente com a disponibilidade de recursos para analisar a admissão ordenada de cidadãos aos serviços e procedimentos de alta e média complexidade, com a meta de ofertar cuidado em prazo adequado, baseado em critérios técnicos de prioridade a pacientes mais graves, mediante protocolos hierarquizados (GOLDWASSER, *et al*, 2018).

A complexidade pela escassez de leitos aumenta ainda mais porque os médicos sabem que há uma fila invisível de espera fora do hospital, mas há dentro do hospital pacientes graves que aguardam leito. Nesse contexto, ambos pacientes concorrem para ocupar uma única vaga. O médico é submetido a “forte pressão dos familiares, dos colegas e do gestor do hospital para decidir qual paciente obterá o maior benefício na UTI”. (GOLDWASSER, *et al*, 2018, p. 352). Some-se a isso a divergência entre os profissionais da medicina quanto à dificuldade na avaliação dos critérios que devem ser levados em consideração para internar o paciente em

UTI, cada um olhando sob o enfoque de sua especialidade:

Para os representantes do pronto-socorro, a fila consistia de todos os pacientes graves do pronto-socorro, e todos eles necessitavam ser admitidos em ordem de chegada, sem um protocolo. Em contraste, os representantes da UTI priorizavam a gravidade clínica e reconheciam diversas filas simultâneas dentro do hospital, de outros hospitais e do centro de regulação (GOLDWASSER, *et al*, 2018, p. 353).

A ausência de políticas públicas sociais também foi lembrada como sendo a causa da escassez de leitos em UTI por Godwasser *et al* (2018), já que a dimensão social, com o descontrole urbano da violência, insuficiência de investimento em condições sanitárias que acarretam doenças à população, o desconhecimento do cidadão com bons hábitos que provocam doenças cardiovasculares e diabetes e a irresponsabilidade com os pacientes que se encontram na fila:

Ele é um ninguém, e eu o indico à UTI para se tornar alguém”, sintetizou o consenso de médicos, considerando que os pacientes, tanto na fila, quanto no pronto-socorro como na UTI, deviam ter uma abordagem humanitária (GOLDWASSER, *et al*, 2018, p.353).

A utilização dos cuidados paliativos como forma de evitar admissão desnecessária de paciente em fase terminal em UTI, por não se beneficiar com procedimentos que são realizados para manter a vida do paciente são apontados por (MAZZUTTI *et al*, 2016). Cuidados paliativos seria o procedimento utilizado a pacientes graves em fase terminal “sem intubação orotraqueal, a hemodiálise, o uso de drogas vasoativas e a ordem para não ressuscitar, tratamentos que potencialmente prolongam a vida do paciente com prognóstico reservado” (MAZZUTTI *et al*, 2016).

Os cuidados paliativos podem ser compreendidos como um meio para amenizar o sofrimento do paciente terminal, mediante explicação da situação aos familiares para compreender a gravidade da enfermidade para tomar a decisão em não o internar em Unidade de Terapia Intensiva. Pelos dados obtidos com a pesquisa foi possível constatar que:

Sem dúvida, o tempo maior de internação está associado à gravidade e às múltiplas comorbidades que apresentam, porém é de altíssima importância ressaltar que, após as decisões de limitações terapêuticas, a maioria (73,3%) faleceu fora da UTI. Portanto, os cuidados paliativos integrados na UTI podem trazer vários benefícios, como vistos neste trabalho: praticamente 100% dos pacientes que entraram no programa foram poupados de tratamentos sem benefícios e puderam estar mais próximos

de seus familiares nos momentos finais, com mais dignidade e com menor tempo até o óbito (MAZZUTTI *et al* (2016) p.298).

A sugestão de Mazzutti *et al* (2016) é evitar a internação em Unidade de Terapia Intensiva a pacientes com *escore* de risco acima de 60 pontos acometidos de doenças crônicas e graves, muitos deles idosos com idade mais de 70 anos em que são submetidos a procedimentos de intubação, traqueostomia, hemodiálise, uso de drogas vasoativas e ressuscitamento, cujo procedimento não terá nenhum benefício, ante a falência dos órgãos que não respondem ao tratamento, ocasionando mais sofrimento ao paciente e familiares.

Mas sim, que os pacientes terminais e familiares sejam assistidos por profissionais capacitados que lhes dê o suporte emocional e psicológico para enfrentar a morte de uma forma digna e no leito ao lado de familiares, com a possibilidade de sedação paliativa para evitar o sofrimento, dor, além de dar conforto e eliminar a angústia. Não é eutanásia e sim “ortotanásia o não prolongamento da vida de um paciente terminal por meios artificiais” (MAZZUTTI *et al*, 2016, p.).

Os cuidados paliativos podem ser compreendidos como sendo uma forma de conceder ao paciente acometido de doença incurável, na fase inicial e terminal da doença e aos familiares, a conscientização de que não há solução para a moléstia, esclarecendo as fases em que os sintomas da doença se agravam, procedimentos menos invasivos como a ortotanásia que possam transformar dor em alívio, angústia em paciência, com atendimentos psicológico e espiritual para dar apoio a todos para evitar que o paciente seja colocado em uma Unidade de Terapia Intensiva fora do convívio familiar (BURLÁ, 2011, p.45)¹⁹

O procedimento de ortotanásia, por sua vez está regulamentado pela Resolução n. 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina e na visão de Sanches e Seidl (2013):

é o não-investimento de ações obstinadas, e mesmo fúteis, que visam postergar a morte de um indivíduo cuja doença de base insiste em avançar acarretando a falência progressiva das funções vitais. Na medida em que os recursos terapêuticos não conseguem mais restaurar a saúde, as

¹⁹ MORITZ, Rachel Duarte org. Conflitos bioéticos do viver e morrer. Conselho Federal de Medicina. Brasília 2011.

tentativas técnicas tornam-se uma futilidade ao intensificarem esforços para manter a vida (SANCHES E SEIDL, 2013, p. 24).

A ortotanásia não pode ser confundida com a eutanásia e a distanásia. A eutanásia seria ação ou omissão de alguém em provocar ou acelerar a morte de uma pessoa, caracteriza-se por eutanásia ativa em que submete o paciente a determinado procedimento que venha resultar em morte. Na eutanásia passiva ou por omissão, o paciente necessita que seja realizado determinado procedimento, porém não é feito, vindo a óbito. Na ortotanásia, independentemente de procedimento, por ser fatal a enfermidade, o paciente virá a falecer. A distanásia é ao contrário das duas. O objetivo é preservar a vida e combater a morte a “qualquer custo, prolongando o sofrimento e agonia desnecessários...pode-se dizer que é uma deformidade da conduta médica” (SANCHES E SEIDL, 2013, p. 24).

A Resolução n. 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina já foi objeto de questionamentos pelo Ministério Público Federal sendo julgada improcedente pela 14ª Vara Federal em 2010, reconhecendo o direito do Conselho Federal de Medicina deter competência para legislar sobre ética médica e estabelecer sanções disciplinares. A referida Resolução visa transformar-se em lei sobre ortotanásia. Tramita no Congresso Nacional o projeto lei sob o n. 6.715/09. O que Sanches e Seidl (2013) propõem discutir são:

os princípios éticos, pois neles se devem basear as decisões a tomar. Assim a autonomia deve ser suscitada, protegida, reforçada e respeitada, devendo ser evitada qualquer pressão ou imposição sobre o paciente e familiares (SANCHES E SEIDL, 2013, p. 25).

A referida Resolução, ao tratar da limitação do suporte de vida, com a sigla LSV, também conhecida por “limitação do esforço terapêutico”, concede ao médico autorização para avaliar as condições fisiológicas do paciente e tomar a decisão para “limitar ou suspender procedimento que prolonguem a vida do doente em fase terminal, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (NUNES e SOUSA, 2017, p.555).

A tomada de decisão para a limitação do suporte de vida (LSV) é adotada em diversos países do mundo, que segundo Nunes e Souza (2017), após realizar pesquisa descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, em duas UTI's adulto do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), instituição estadual da região

sudoeste da Bahia com 14 médicos plantonistas das referidas unidades de terapia, afirmam que é cercada por temor, discussão, justificava legal, desconfiança para ser aplicada.

A ortotanásia exige o preparo dos profissionais especializados em terapia intensiva e familiares para aceitar a impotência diante da “condição natural da fsiopatologia do indivíduo se impõe a todos os esforços curativos, e o organismo não responde mais ao tratamento” (SANTANA *et al*, 2017, p.163), em que é necessário colocar o paciente sob cuidados paliativos para dar-lhe dignidade ao morrer. Quando os familiares e profissionais não aceitam a ortotanásia, o paciente é submetido a todas as tecnologias e mecanização em saúde para prolongar a vida, conhecida pelo termo de distanásia.

A ortotanásia traz reflexões e resultam em avaliação da conduta ética médica, provoca questionamentos sobre os procedimentos realizados e que, se incompreendidos pela sociedade, produz danos irreparáveis para a profissão e vida social do profissional de saúde.

Na distanásia, é a “tentativa de prolongar a vida a qualquer custo provoca cada vez mais sofrimento nos pacientes, visto que continuam em UTI com prognóstico sequer razoável” (SANTANA *et al*, 2017, p.161). Esse assunto é abordado na pesquisa exploratória, descritiva qualitativa realizada entre agosto e setembro de 2012 no Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), em Belo Horizonte com a participação de 12 enfermeiros, dentre as entrevista chama a atenção a descrição do enfermeiro 5 que relata: “É que os profissionais não aceitam a morte, eles fazem de tudo, de tudo mesmo” (SANTANA *et al*, 2017, p.161).

A eutanásia é a morte sem dor ou sofrimento, prática utilizada na Alemanha nazista durante a II Guerra Mundial, em que consistia na eliminação da vida humana por considerá-la inútil aos fins de Hitler. No século XX retoma-se a discussão quanto à sua aplicação com ou sem o consentimento do paciente acometido de enfermidade terminal (Castro *et al*, 2016).

Outro ponto que preocupa a comunidade de medicina intensiva são as

sequelas mentais, cognitivas e físicas dos egressos de terapia intensiva (UTIs) denominada de síndrome pós-intensivo (PICS) que podem durar anos ou meses. Cabe aos profissionais em cuidados intensivos preparar o paciente e familiares para a ocorrência da possível síndrome, que Segundo Ariyo e Swoboda (2013) apontam:

os sintomas de ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, profunda fraqueza neuromuscular, e os déficits neuropsiquiátricos e cognitivos podem afetar a reabilitação de sobreviventes de UTI. Problemas na deglutição e fala e dificuldade em dormir devido aos pesadelos e à fadiga podem interferir com a capacidade de executar atividades diárias de rotina (ARIYO e SWOBODA, 2013, p.2).

Sobre a denominada “vaga zero” introduzida pela Portaria 2.048/2002 pelo Ministério da Saúde instituiu a obrigatoriedade de os estabelecimentos hospitalares credenciados e públicos receber pacientes sem que tenha leitos disponíveis para recebê-los, em face de inexistência de outro local para encaminhá-los. O hospital é obrigado a utilizar a vaga zero que provoca o excesso de demanda exige que o gestor tome providências para internar pacientes sem que tenha o leito disponibilizado, fato que ocasiona estresse no gestor do hospital (MS 2003). Tal preocupação pode ser comprovada com o levantamento dos dados sobre a quantidade de leitos em Terapia Intensiva no Brasil, como veremos a seguir.

2.4 Quantidade de Leitos em Unidade de Terapia Intensiva no Brasil

A escassez de leitos em terapia intensiva e a judicialização da política pública por acesso a vagas, são assuntos poucos investigados cientificamente. Trata-se de uma das políticas públicas mais importantes no sistema de saúde brasileiro, por envolver urgência/emergência e a demora na internação pode provocar danos irreparáveis nas condições fisiológicas do paciente para se recuperar. Quanto ao direito de acesso a leitos em Unidade de Terapia Intensiva – UTI, os dados do Censo da Associação de Medicina Intensiva do Brasil - (AMIB 2010) informam que o cálculo em média de necessidade de leitos de UTI deve existir entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares, correspondendo entre 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 mil habitantes por quilômetro quadrado, enquanto a Portaria n. 1.101/2002/GM do Ministério da Saúde estabelecia os parâmetros de cobertura assistencial, leitos hospitalares entre 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes entre estabelecimentos públicos e na rede conveniada, entretanto foi revogada.

A realidade é que a quantidade de leitos está aquém desse percentual. Embora o Censo tenha sido realizado em 2010, não há mudanças para solucionar o problema. Segundo dados de junho de 2019 da Auditoria Analítica em Internações – Sistema Único de Saúde (AUDITASUS), a média atual é de 2,17 leitos, sendo 1,05 (SUS) e 1,12 (NÃO SUS) para cada 10.000 habitantes, o que demonstra uma escassez de leitos em UTI, frente à quantidade da população brasileira estimada em 210.147.125 (duzentos e dez milhões, cento e quarenta e sete mil, cento e vinte e cinco) habitantes.

Jornais e revistas de grande circulação em todo o país abordam a questão sobre escassez de Unidade de Terapia Intensiva. A Revista Veja²⁰ publicou a manchete de que as “UTI estão na UTI” em 1º de março de 2019. O Jornal Popular²¹ em 21.06.2016 veiculou a manchete “Deflagrada operação contra pagamento de propina a funcionários do SAMU²² em Goiás”. É que, o jornal noticiou fato investigado pelo Ministério Público na operação denominada de “SOS SAMU”, em que se apura o envolvimento de 31 pessoas dentre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, motoristas de ambulância, bombeiros e administradores de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), denunciados por corrupção passiva e ativa por integrar uma organização criminosa, com suposto pagamento de propinas para que servidores encaminhem pacientes associados a planos de saúde para determinados hospitais, com a finalidade de interná-las em UTIs, para promover fraudes à Agência de Regulação de Leitos da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. A ação penal instaurada encontra-se em andamento para apuração dos fatos.

Com o objetivo de levantar os dados sobre o cenário de leitos de Unidade de Terapia (UTI) no Brasil foram consultados bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, Datasus, Fundo Nacional de Saúde, Associação Médica Intensivista do Brasil (AMIB) e Auditoria Analítica em Internações - SUS

²⁰ <https://veja.abril.com.br/saude/as-utis-estao-na-uti/>

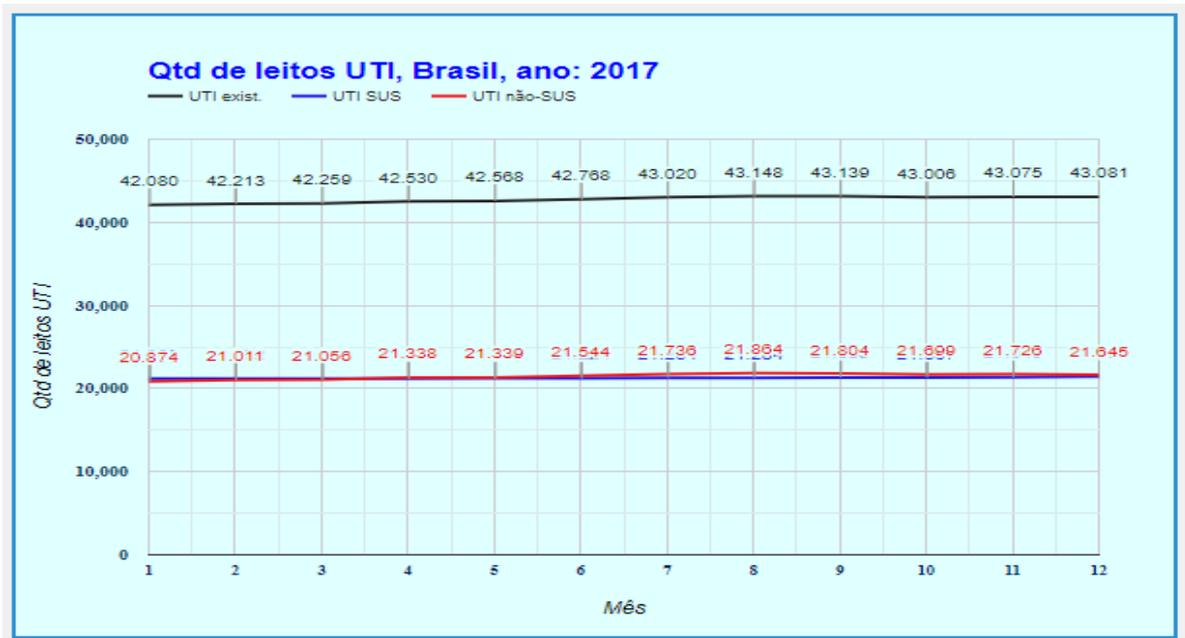
²¹ <https://www.opopular.com.br/noticias/cidades/deflagrada-opera%C3%A7%C3%A3o-contra-pagamento-de-propina-a-funcion%C3%A1rios-do-samu-em-goi%C3%A1s-1.1105381>.

²² O SAMU é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, que atende os casos de urgência e emergência, financiado pelo Governo Federal, Estadual e Municipais, com a finalidade de melhorar o atendimento a população. Foi criado em 2003 e faz parte do Política Nacional de Urgências e Emergências. <http://www.cissulsamu.com.br/samu/o-que-e-o-samu>. Acesso em 16.11.2019.

(AUDITASUS).

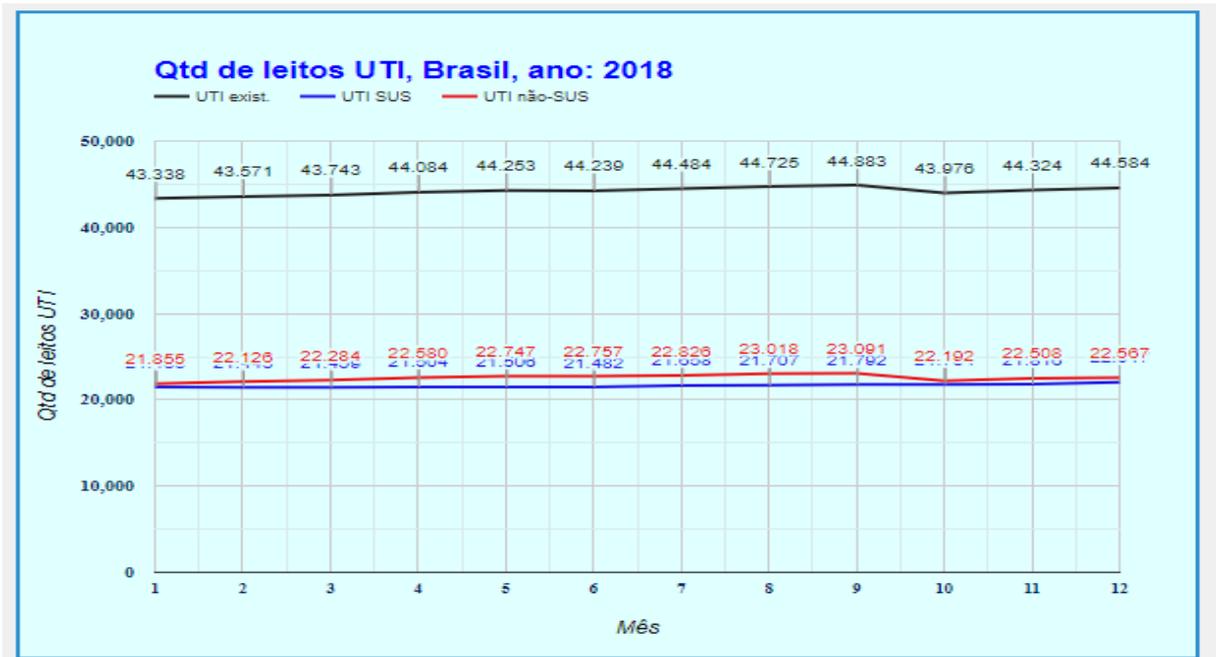
Segundo dados extraídos de AUDITASUS, nos anos de 2017, 2018 e primeiro semestre de 2019, a quantidade de leitos de UTI no Brasil se apresenta consoante Gráficos a seguir:

Gráfico 3 - Quantidade de leitos em UTI no Brasil, período 2017



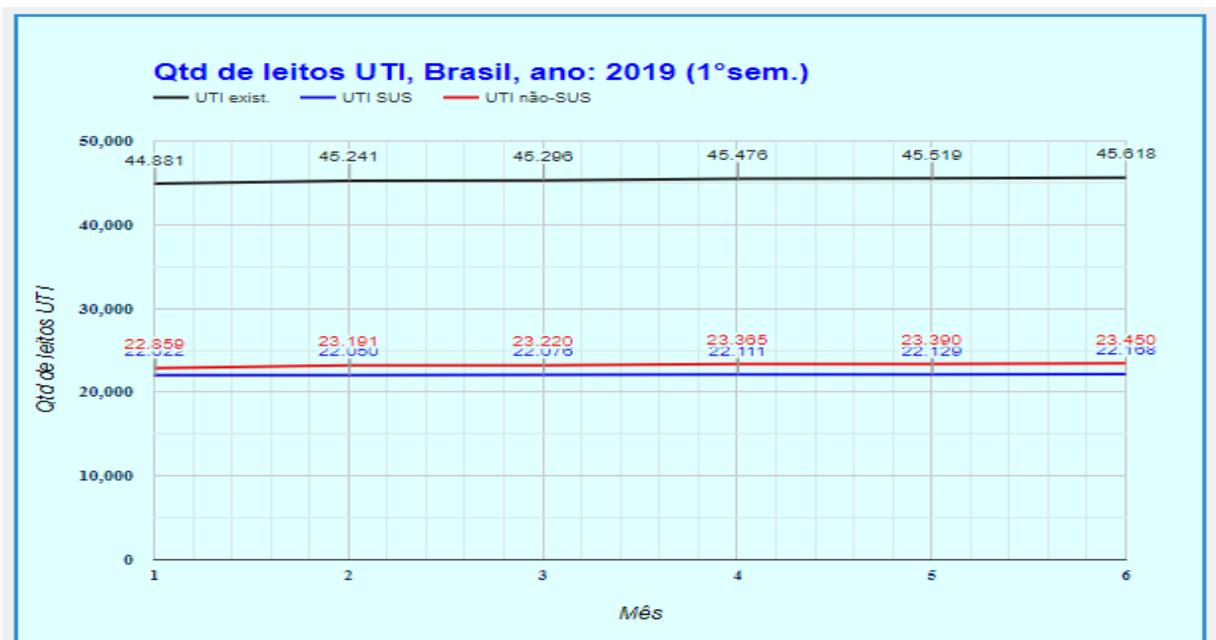
Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Gráfico 4 - Quantidade de leitos em UTI no Brasil, período 2018



Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Gráfico 5 - Quantidade de leitos em UTI no Brasil, período primeiro semestre de 2019



Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Entre janeiro de 2017 a junho de 2019 houve um aumento de 3.538 vagas no país. Verifica-se pelos Gráficos (3,4 e 5) acima a equivalência entre a quantidade de leitos de UTI na rede SUS e na rede privada. Todavia, houve aumento a partir de 2019 na rede privada. Tal aumento comprova que o setor privado obtém mais recursos dos entes governamentais e os planos de saúde beneficiam-se de tal política pública, e provoca a desigualdade entre setor público e privado que Bravo (2008) alerta, conforme pode ser comprovado nos dados a seguir.

Esses dados podem ser confrontados com as informações sobre vagas de UTI para cada 10 mil habitantes por quilômetro quadrado no Brasil, conforme Tabela 1. No ano de 2017, ocorreu variação de quantidade de leitos entre 42.080 no mês de janeiro e 43.081 em dezembro para atender a uma população de 207.660.929 que corresponde à existência de 1,03 leitos UTI na rede SUS e 1,04 leitos UTI na rede não SUS, conforme os dados de dezembro daquele ano. Houve equivalência entre a quantidade de leitos de 1,03 (SUS) e 1,04 (NÃO SUS).

Tabela 1 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes no Brasil, período 2017

QTD LEITOS DE UTI P/ CADA 10K HAB, BRASIL, ANO: 2017							
MÊS	EXIST.	SUS	NÃO-SUS	POP.	TOTAL UTI	EXIST.	TOTAL UTI SUS
1	2,03	1,02	1,01	207.680.929 hab.	42.080		21.206
2	2,03	1,02	1,01	207.680.929 hab.	42.213		21.202
3	2,04	1,02	1,01	207.680.929 hab.	42.259		21.203
4	2,05	1,02	1,03	207.680.929 hab.	42.530		21.192
5	2,05	1,02	1,03	207.680.929 hab.	42.568		21.229
6	2,08	1,02	1,04	207.680.929 hab.	42.768		21.224
7	2,07	1,02	1,05	207.680.929 hab.	43.020		21.284
8	2,08	1,02	1,05	207.680.929 hab.	43.148		21.284
9	2,08	1,03	1,05	207.680.929 hab.	43.139		21.335
10	2,07	1,03	1,04	207.680.929 hab.	43.006		21.307
11	2,07	1,03	1,05	207.680.929 hab.	43.075		21.349
12	2,07	1,03	1,04	207.680.929 hab.	43.081		21.436

Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

No ano de 2018 (Tabela 02), a quantidade de leitos de UTI para cada 10 mil habitantes por quilômetro quadrado para uma população de 208.325.737, consta o total de UTI's existentes de 43.338 (janeiro) e de 44.584 (dezembro), o que corresponde a 2,14 leitos de UTI para este universo. Enquanto a rede SUS apresentou média de 1,06, sendo que na rede privada apresenta média de 1,08, apresentando aumento de leito UTI para a rede não SUS e decréscimo para a rede SUS.

Tabela 2 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes no Brasil, período 2018

QTD LEITOS DE UTI P/ CADA 10K HAB, BRASIL, ANO: 2018							
MÊS	EXIST.	SUS	NÃO-SUS	POP.	TOTAL UTI	EXIST.	TOTAL UTI SUS
1	2,08	1,03	1,05	208.325.737 hab.	43.338		21.483
2	2,09	1,03	1,06	208.325.737 hab.	43.571		21.445
3	2,10	1,03	1,07	208.325.737 hab.	43.743		21.459
4	2,12	1,03	1,08	208.325.737 hab.	44.084		21.504
5	2,12	1,03	1,09	208.325.737 hab.	44.253		21.506
6	2,12	1,03	1,09	208.325.737 hab.	44.239		21.482
7	2,14	1,04	1,10	208.325.737 hab.	44.484		21.658
8	2,15	1,04	1,10	208.325.737 hab.	44.725		21.707
9	2,15	1,05	1,11	208.325.737 hab.	44.883		21.792
10	2,11	1,05	1,07	208.325.737 hab.	43.976		21.784
11	2,13	1,05	1,08	208.325.737 hab.	44.324		21.816
12	2,14	1,06	1,08	208.325.737 hab.	44.584		22.017

Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Já no ano de 2019, verifica-se que a quantidade de leitos destinada ao universo de 10 mil habitantes foi maior na rede privada, visto que apresentou a média de 1,12 em relação à rede SUS com 1,05, conforme dados de dezembro de

2019. Dessa forma, para uma população de 210.147.125, há um total de 2,17 leitos de UTI abaixo do índice recomendado pelo Ministério da Saúde e pela Associação Brasileira de Médico Intensivista (AMIB).

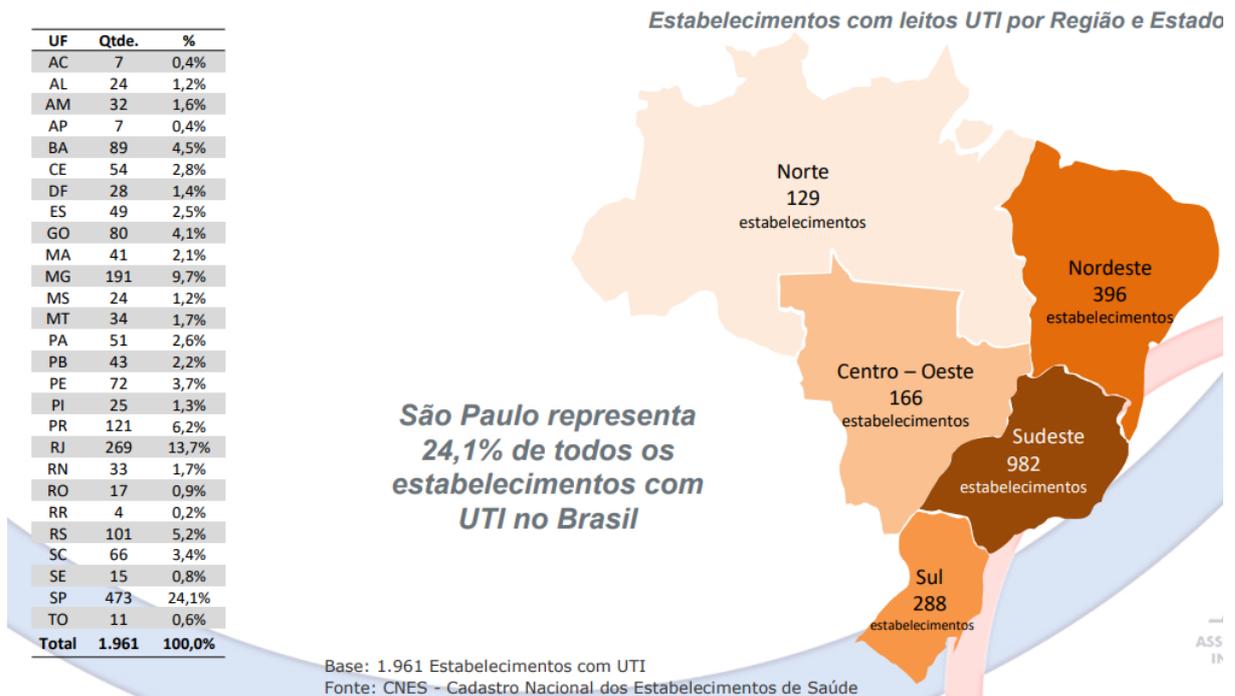
Tabela 3 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes no Brasil, período janeiro a junho de 2019

QTD LEITOS DE UTI P/ CADA 10K HAB, BRASIL, ANO: 2019 (1ºSEM.)							
MÊS	EXIST. SUS	NÃO-SUS	POP.	TOTAL UTI EXIST.	TOTAL UTI SUS		
1	2,14	1,05	1,09	210.147.125 hab.	44.881	22.022	
2	2,15	1,05	1,10	210.147.125 hab.	45.241	22.050	
3	2,16	1,05	1,10	210.147.125 hab.	45.296	22.076	
4	2,16	1,05	1,11	210.147.125 hab.	45.476	22.111	
5	2,17	1,05	1,11	210.147.125 hab.	45.519	22.129	
6	2,17	1,05	1,12	210.147.125 hab.	45.618	22.168	

Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019).

Pelas informações acima se constata que a realidade de quantidade de leitos está aquém desse percentual. Segundo dados de junho de 2019 da AUDITASUS, a média atual nacional é de 2,17 leitos, sendo 1,05 (SUS) e 1,12 (NÃO SUS) para cada 10.000 habitantes, o que demonstra uma escassez de leitos em UTI frente à quantidade de população brasileira estimada em 210.147.125 habitantes neste período. Ademais, a distribuição geográfica de leitos se dá de forma desigual visto que a região Sudeste dispõe da maior quantidade de leitos se comparadas a regiões Norte e Nordeste, conforme Figura 1. Destaca-se que Goiás, em 2016, apresentou índice de 4,1% do total de leitos no país:

Figura 2 - Estabelecimento com UTI por regiões, período 2016



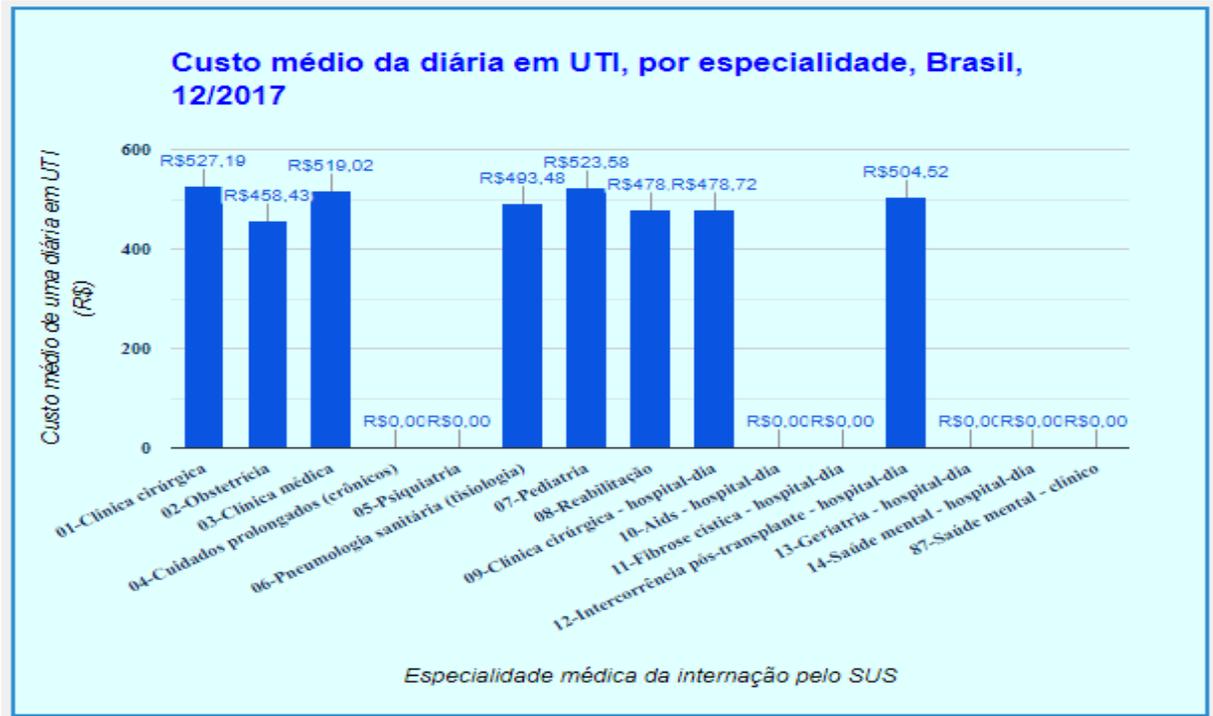
Fonte: AMIB (2016)

Nos gráficos abaixo constam os custos médios da diária em UTI, por especialidade. No ano de 2017 foi R\$ 458,43 para obstetrícia e R\$ 527,19 para clínica cirúrgica. Com relação ao custo médio da diária em UTI, por especialidade no ano de 2018, o valor foi de R\$ 466,73 e R\$ 527,19 para a especialidade de obstetrícia e clínica cirúrgica respectivamente, sendo percebido um aumento no valor de R\$ 8,30, enquanto a clínica cirúrgica manteve-se no mesmo valor.

No primeiro semestre de 2019 o custo médio da diária em UTI, por especialidade apresentou o menor valor de R\$ 478,72 reais para a especialidade em reabilitação e o maior foi de R\$ 566,52 reais para a clínica cirúrgica hospital.

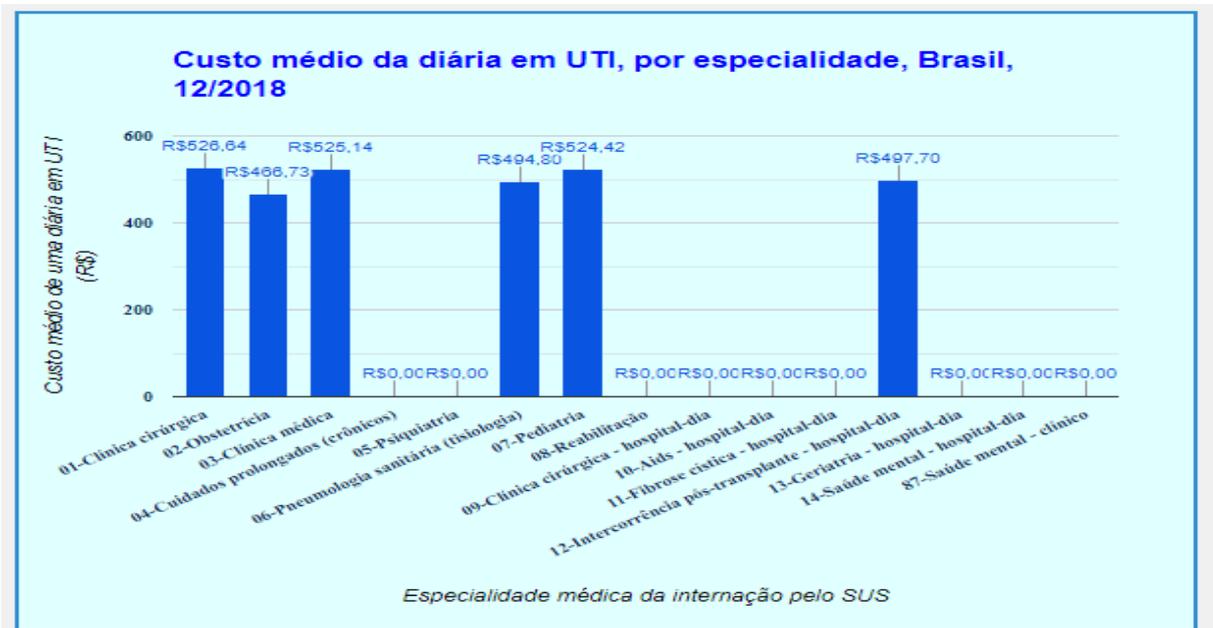
Diante desses valores percebe-se que nesses anos analisados não houve reajuste para a especialidade de menor valor, entretanto para a especialidade em clínica cirúrgica houve reajustamento de preço de R\$ 39,33.

Gráfico 6 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade no Brasil, período 2017



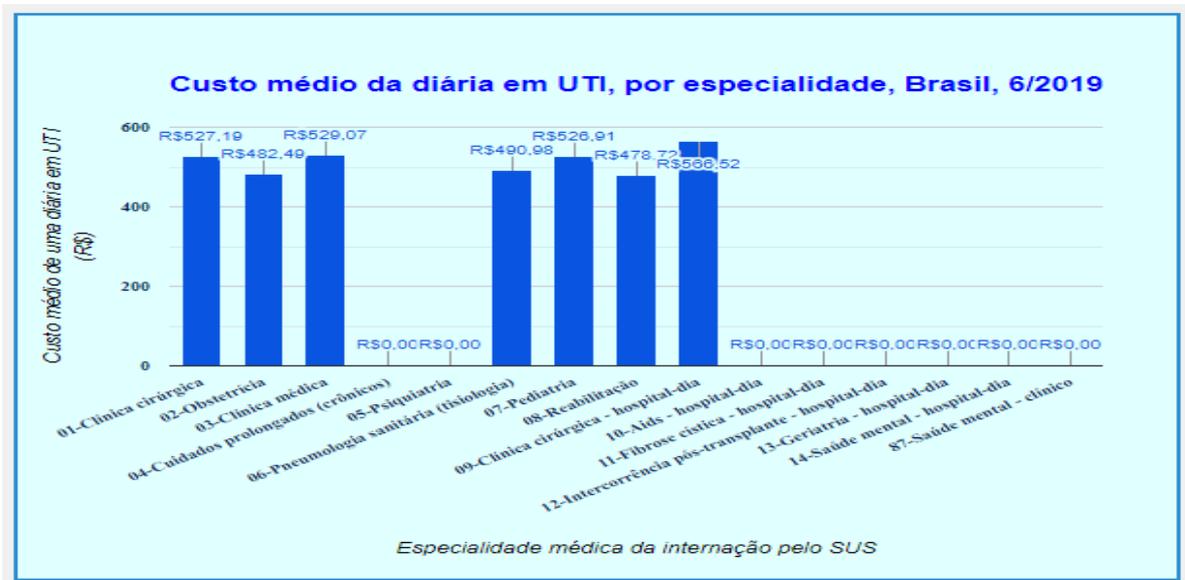
Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Gráfico 7 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade no Brasil, período 2018



Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Gráfico 8 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade no Brasil, 1º semestre de 2019



Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

O custo de uma Unidade de Terapia Intensiva é elevado. A cada procedimento realizado no paciente vão somando-se os valores com exames, medicação, necessidade de utilização de equipamentos artificiais para substituir a respiração, função renal, cardíaca, procedimentos cirúrgicos, equipe de recursos humanos especializados em terapia intensiva. De acordo com os valores acima apontados, confirma-se a pesquisa realizada por Sá *et al* (2015) de que apesar dos custos com os procedimentos realizados na Unidade de Terapia Intensiva o Sistema Único de Saúde não atualiza a tabela para adequar à inflação, o que poderá ocasionar a desabilitação de leitos pela rede conveniada ao SUS, ou prejuízo financeiro ao hospital que não poderá arcar com os custos, além de reduzir a quantidade de vagas em terapia intensiva, porque essa unidade de Saúde possui um custo muito elevado que em 2015 resultava em R\$ 3.864,86.

A questão emblemática é que os valores da diária de UTI são pagos ao setor privado, quando o magistrado determina a permanência do paciente na UTI de desse hospital, tendo em vista que o valor da diária será de acordo com a tabela de mercado, ou ainda para atender planos de saúde privados e filantrópicos pelo SUS. O que se vê é a ampliação do mercado privado com foco na desestabilização

do Sistema Único de Saúde, apoiado pelo centro-direita, e, por consequência vai gerar a segregação social, já alerta Bahia (2018) conforme afirmado anteriormente.

A Unidade de Terapias Intensivas torna-se mercadoria de saúde com foco no lucro. O direito à vida possui um alto preço. Quem não possuir recursos financeiros ou plano de saúde não terá direito a tal benefício. Essa forma de tratar a saúde, com objetivo econômico e mercadológico, em altas cifras já está promovendo desigualdade de atendimento na atenção básica de saúde e ninguém poderá arcar com o custo da diária de UTI, comprova as afirmações de Cintra (2009).

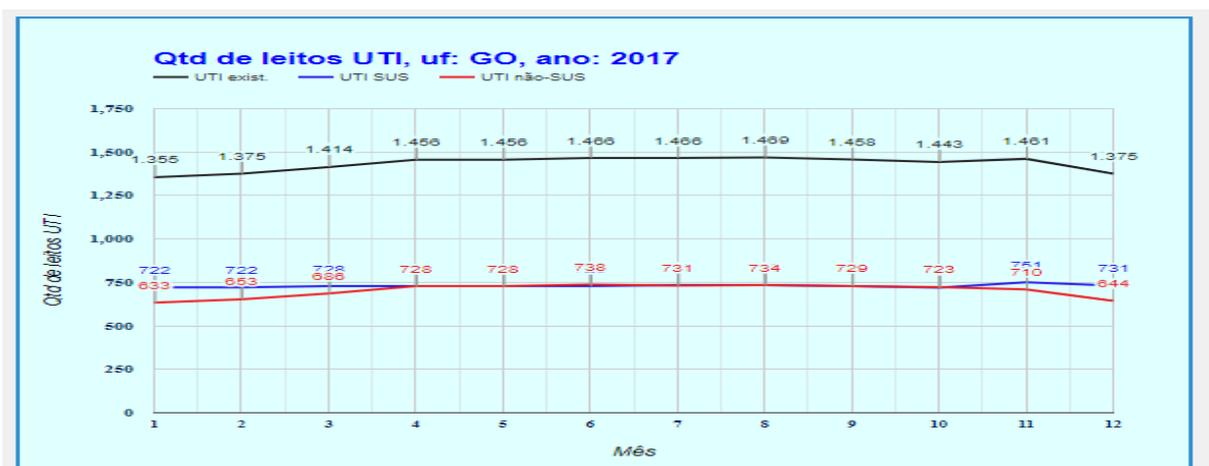
No próximo item veremos se a quantidade de leitos existentes em Goiás e Goiânia são suficientes para atender a Capital.

2.5 Cenário de Leitos em Goiânia

Com o objetivo de levantar os dados sobre o cenário de leitos de Unidade de Terapia (UTI) em Goiás e Goiânia foram consultados bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, Datasus, Fundo Nacional de Saúde, Associação Médica Intensivista do Brasil (AMIB) e Auditoria Analítica em Internações - SUS (AUDITASUS).

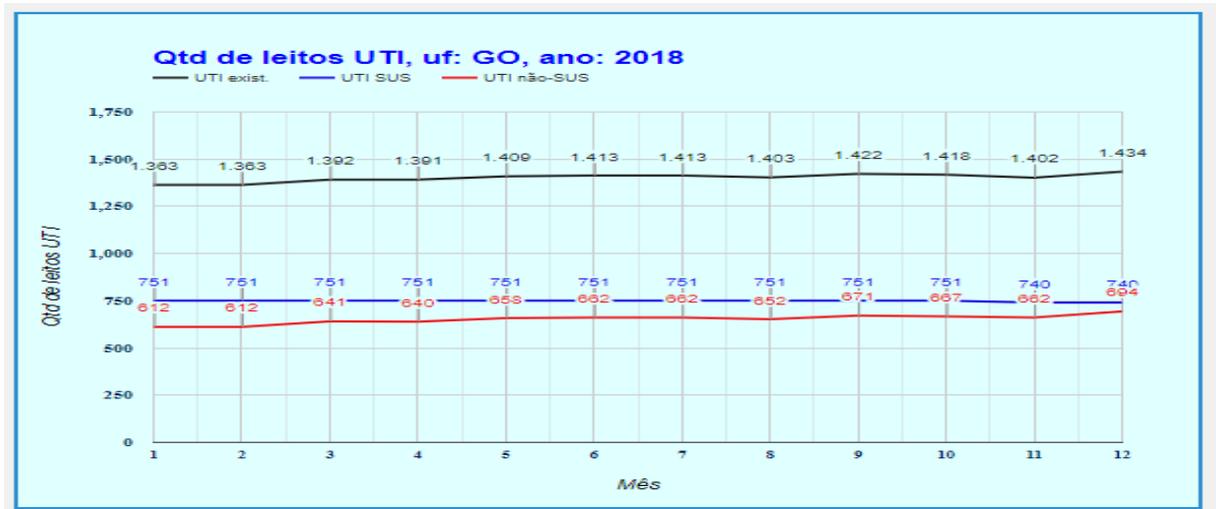
Segundo dados extraídos de AUDITASUS, nos anos de 2017, 2018 e primeiro semestre de 2019, a quantidade de leitos de UTI em Goiás se apresenta consoante Gráficos a seguir:

Gráfico 9 - Quantidade de leitos em UTI em Goiás, período 2017



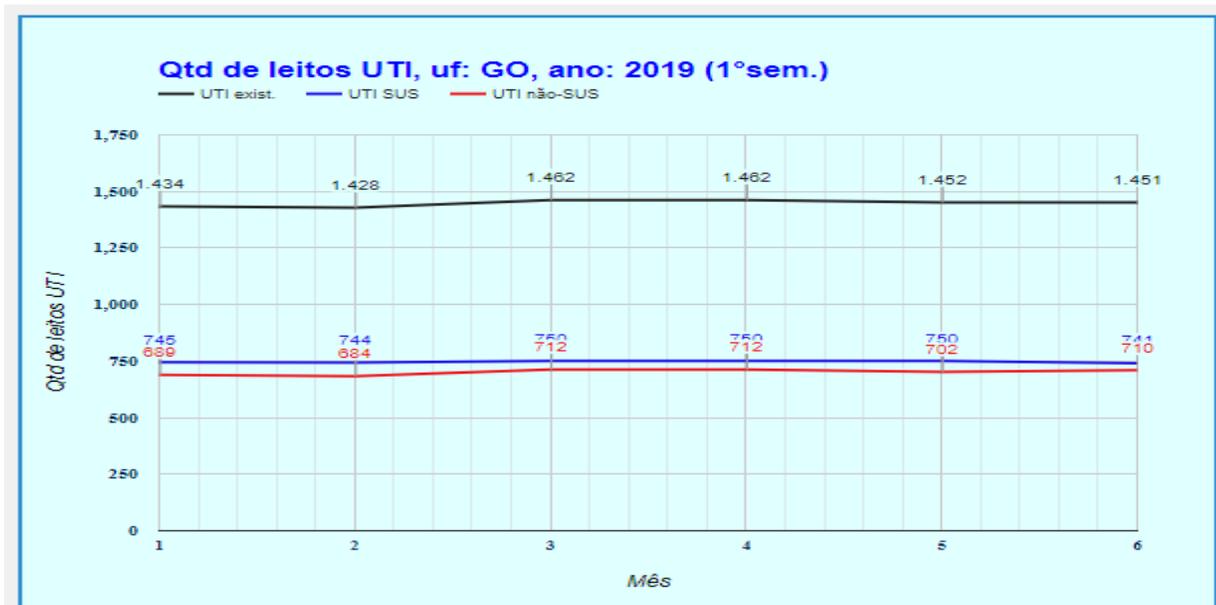
Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Gráfico 10 - Quantidade de leitos em UTI em Goiás, período 2018



Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Gráfico 11 - Quantidade de leitos em UTI em Goiás, período primeiro semestre de 2019



Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Verifica-se que no cenário estadual a quantidade de leitos em UTI (SUS) é pouco maior que a UTI (NÃO SUS). Todavia, há uma tendência de crescimento desta última em relação à primeira.

Pelas informações obtidas no AUDITASUS (Tabela 04) é possível verificar ainda o crescimento da média de leitos, proporcional à população goiana em 2017 que era de 6.778.772 habitantes, em que a quantidade de leitos era de 1.355 no mês de janeiro aumentando para 1.375 no mês de dezembro do mesmo ano, para atender a população acima mencionada. Os dados de dezembro daquele ano informam a quantidade de leitos de UTI entre 1,08 (SUS) e 0,95 (NÃO SUS) totalizando 2.00 leitos de UTI existentes para cada 10 mil habitantes por quilômetro quadrado. Em 2017 a quantidade de leitos de UTI para o SUS era maior em relação à rede não SUS.

Tabela 4 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes em Goiás, período 2017

QTD LEITOS DE UTI P/ CADA 10K HAB, UF: GO, ANO: 2017						
MÊS	EXIST.	SUS	NÃO-SUS	POP.	TOTAL UTI	EXIST. TOTAL UTI SUS
1	2.00	1,07	0,93	6.778.772 hab.	1.355	722
2	2.03	1,07	0,96	6.778.772 hab.	1.375	722
3	2.09	1,07	1,01	6.778.772 hab.	1.414	728
4	2.15	1,07	1,07	6.778.772 hab.	1.456	728
5	2.15	1,07	1,07	6.778.772 hab.	1.456	728
6	2.16	1,07	1,09	6.778.772 hab.	1.466	728
7	2.16	1,08	1,08	6.778.772 hab.	1.466	735
8	2.17	1,08	1,08	6.778.772 hab.	1.469	735
9	2.15	1,08	1,08	6.778.772 hab.	1.458	729
10	2.13	1,06	1,07	6.778.772 hab.	1.443	720
11	2.16	1,11	1,05	6.778.772 hab.	1.461	751
12	2.03	1,08	0,95	6.778.772 hab.	1.375	731

Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Pelas informações obtidas no AUDITASUS (Tabela 05) é possível verificar ainda o crescimento da média de leitos, proporcional à população goiana em 2018 que era de 6.921.161 habitantes, a quantidade de leitos era de 1.363 no mês de janeiro e aumenta para 1.434 para atender a uma população acima mencionada. Os dados de dezembro desse ano informam a quantidade de leitos de UTI entre 1,07 (SUS) e 1,00 (NÃO SUS) totaliza 2.07 leitos de UTI existentes para cada 10 mil habitantes por quilômetro quadrado, ocorre a queda de leitos para o SUS e aumento de leitos para (NÃO SUS). Entretanto, houve aumento significativo da população goiana.

Tabela 5 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes em Goiás, período 2018

QTD LEITOS DE UTI P/ CADA 10K HAB, UF: GO, ANO: 2018						
MÊS	EXIST.	SUS	NÃO-SUS	POP.	TOTAL UTI	TOTAL UTI SUS
1	1,97	1,09	0,88	6.921.161 hab.	1.363	751
2	1,97	1,09	0,88	6.921.161 hab.	1.363	751
3	2,01	1,09	0,93	6.921.161 hab.	1.392	751
4	2,01	1,09	0,92	6.921.161 hab.	1.391	751
5	2,04	1,09	0,95	6.921.161 hab.	1.409	751
6	2,04	1,09	0,96	6.921.161 hab.	1.413	751
7	2,04	1,09	0,96	6.921.161 hab.	1.413	751
8	2,03	1,09	0,94	6.921.161 hab.	1.403	751
9	2,05	1,09	0,97	6.921.161 hab.	1.422	751
10	2,05	1,09	0,96	6.921.161 hab.	1.418	751
11	2,03	1,07	0,96	6.921.161 hab.	1.402	740
12	2,07	1,07	1,00	6.921.161 hab.	1.434	740

Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

Pelas informações obtidas no AUDITASUS (Tabela 06) é possível verificar ainda o crescimento da média de leitos de UTI, no primeiro semestre de 2019, proporcional à população goiana que era de 7.018.354 habitantes, ocorrendo uma variação na quantidade de leitos, sendo de 1.434 no mês de janeiro e 1.451 no mês de dezembro do mesmo ano para atender a população acima mencionada. Os dados de dezembro daquele ano informam quantidade de leitos UTI existentes que era de 1,06 (SUS) e 1,01 (NÃO SUS) e totaliza 2.07 leitos de UTI existentes para cada 10 mil habitantes por quilômetro quadrado, ocorre a queda de leitos para o SUS em relação ao ano de 2018, mantêm-se a quantidade de leitos para não SUS, embora houve crescimento da população goiana.

Tabela 6 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10.000 habitantes em Goiás, primeiro semestre de 2018

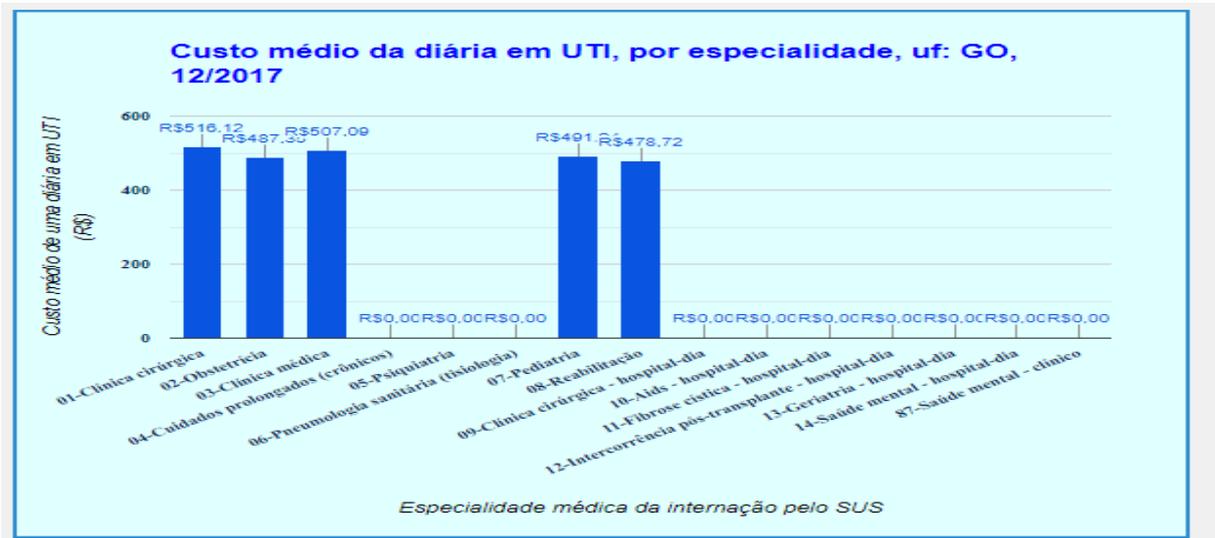
QTD LEITOS DE UTI P/ CADA 10K HAB, UF: GO, ANO: 2019 (1ºSEM.)						
MÊS	EXIST.	SUS	NÃO-SUS	POP.	TOTAL UTI	TOTAL UTI SUS
1	2,04	1,06	0,98	7.018.354 hab.	1.434	745
2	2,03	1,06	0,97	7.018.354 hab.	1.428	744
3	2,08	1,07	1,01	7.018.354 hab.	1.462	750
4	2,08	1,07	1,01	7.018.354 hab.	1.462	750
5	2,07	1,07	1,00	7.018.354 hab.	1.452	750
6	2,07	1,06	1,01	7.018.354 hab.	1.451	741

Fonte: AUDITASUS (2017, 2018, 2019)

O custo médio da diária em UTI no Estado acompanha o panorama nacional. O custo mais alto no ano de 2017 (Gráfico 12) foi na especialidade médica clínica

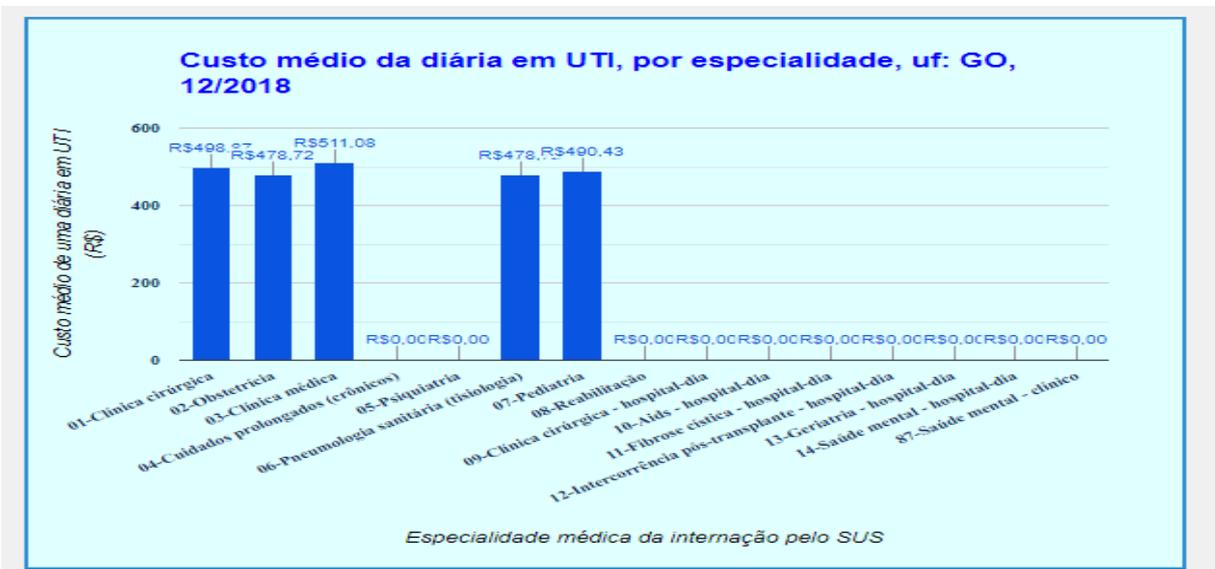
cirúrgica no valor de R\$ 516,12, e acompanha a clínica médica no valor de R\$ 507,09, pediatria (R\$ 491,34), obstetrícia (R\$ 487,30) e reabilitação (R\$ 478,72). Tais especialidades médicas também foram as com maior custo nos anos de 2018 e 2019 (Gráficos 13 e 14) a seguir:

Gráfico 12 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade em Goiás, período 2017



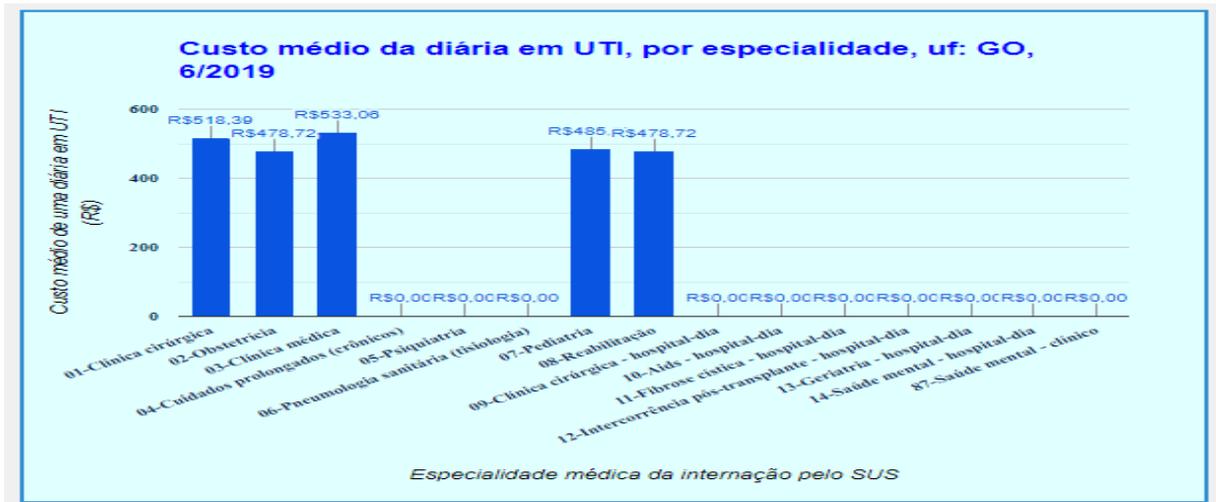
Fonte: AUDITASUS (2017)

Gráfico 13 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade em Goiás, período 2018



Fonte: AUDITASUS (2018)

Gráfico 14 - Custo médio das diárias em UTI, por especialidade em Goiás, período 2019

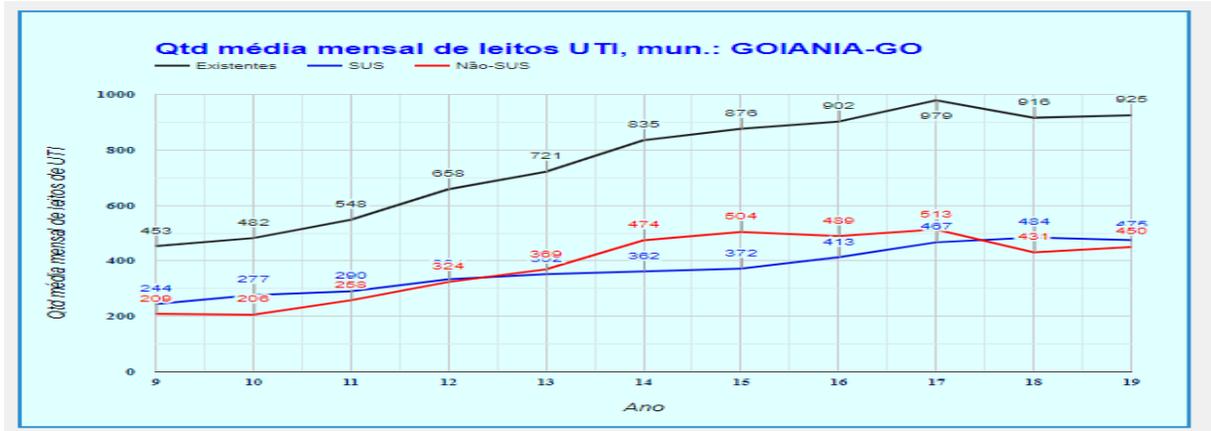


Fonte: AUDITASUS (2019)

No que se refere à cidade de Goiânia, o gráfico 15 abaixo apresenta os dados com a quantidade média anual existente de leitos entre 2009 ao 1º semestre de 2019. Verifica-se que em dez anos há crescimento de 241 (64,89%) na rede SUS e 231 (82%) na rede não SUS. Enquanto, nos anos de 2013 a 2017 há uma preponderância de oferta de UTIs pela rede pública, em que ocorre a inversão pela maior oferta de vagas a partir de 2017, pois a rede privada supera atualmente, 25 leitos a rede pública.

Já em relação ao custo no município, verifica-se que acompanha o panorama estadual visto que são as mesmas especialidades que demandam os maiores valores para clínica cirúrgica, pediatria, obstetrícia e reabilitação (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Quantidade média mensal de leitos de UTI, no município de Goiânia, período de 2009 ao primeiro semestre de 2019



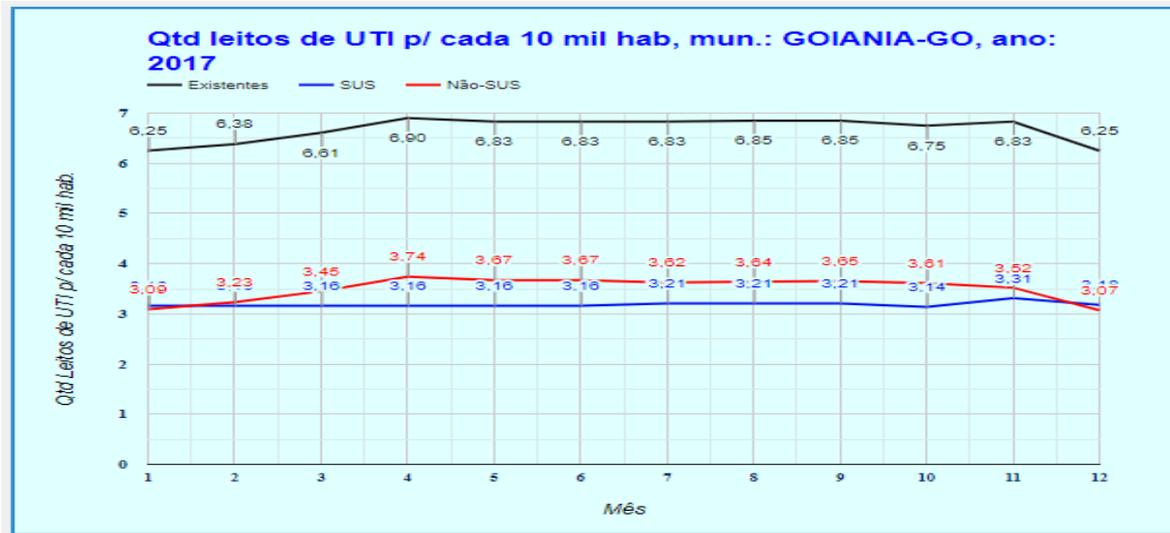
Fonte: AUDITASUS (2009-2019)

Os gráficos 16 a 18 demonstram que o município de Goiânia se encontra em um patamar mais elevado relativo à média de leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, visto que a rede SUS apresenta percentual de 3,13% e a rede não SUS de 3,03% (Gráfico 18). Apesar destes índices maiores, a escassez de vagas ocorre devido ao fato de a cidade de Goiânia prestar serviços de internações em UTI para municípios que não têm suporte em UTI, em atendimento a Resolução 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina para atender a chamada “vaga zero”, já abordada anteriormente nesta seção.

Embora os gráficos 16, 17 e 18 abaixo apresentem o percentual de 6,25%, 6,05% e 6,16% respectivamente em 2017 a 1º semestre de 2019 para quantidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para cada 10 mil habitantes por quilômetro quadrado no município de Goiânia, os leitos são insuficientes em relação ao critério utilizado pelo Ministério da Saúde ao adotar a quantidade de unidades por habitante. Ademais, ocorre o encaminhamento diário de cidadãos residentes em outros municípios goianos e, mesmo de outros estados à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para obter o atendimento, por ser a responsável pela Agência de Regulação de Leitos em UTI. Isso se confirma devido ao fato de no Estado de Goiás existirem mais de seis municípios sem hospitais com atendimento em UTI e três municípios que possuem hospitais com atendimento em UTI, mas com população acima de 100 mil habitantes (AUDITASUS, 2019), fatores estes que insurgem como

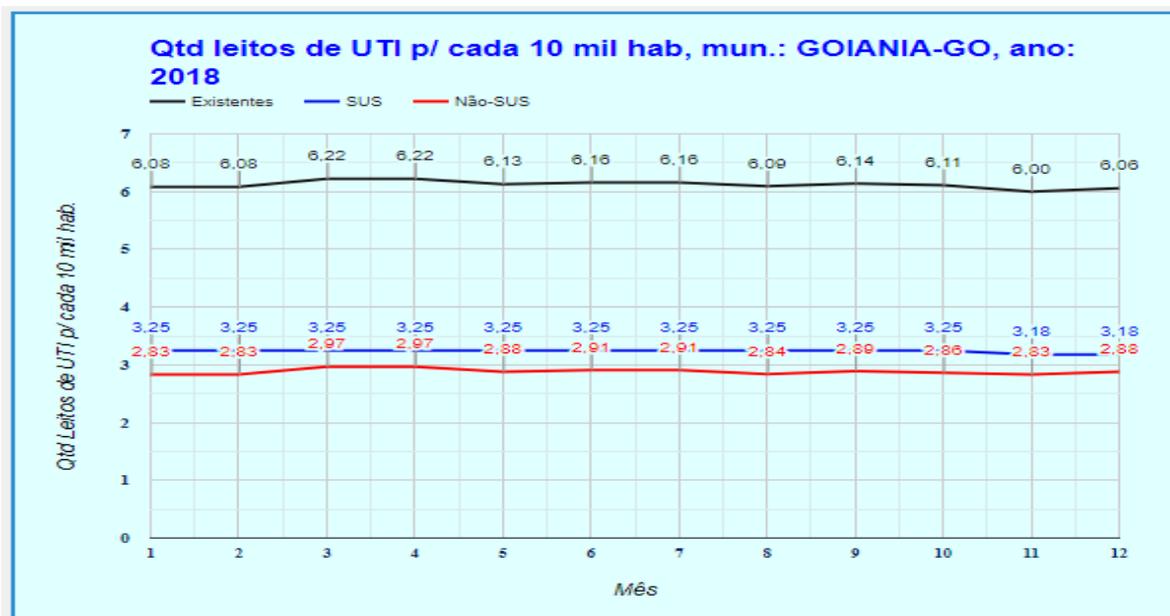
causa para a existência da fila na Regulação de Vagas e por consequência na judicialização de acesso a leitos de UTI.

Gráfico 16 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, no município de Goiânia, período 2017



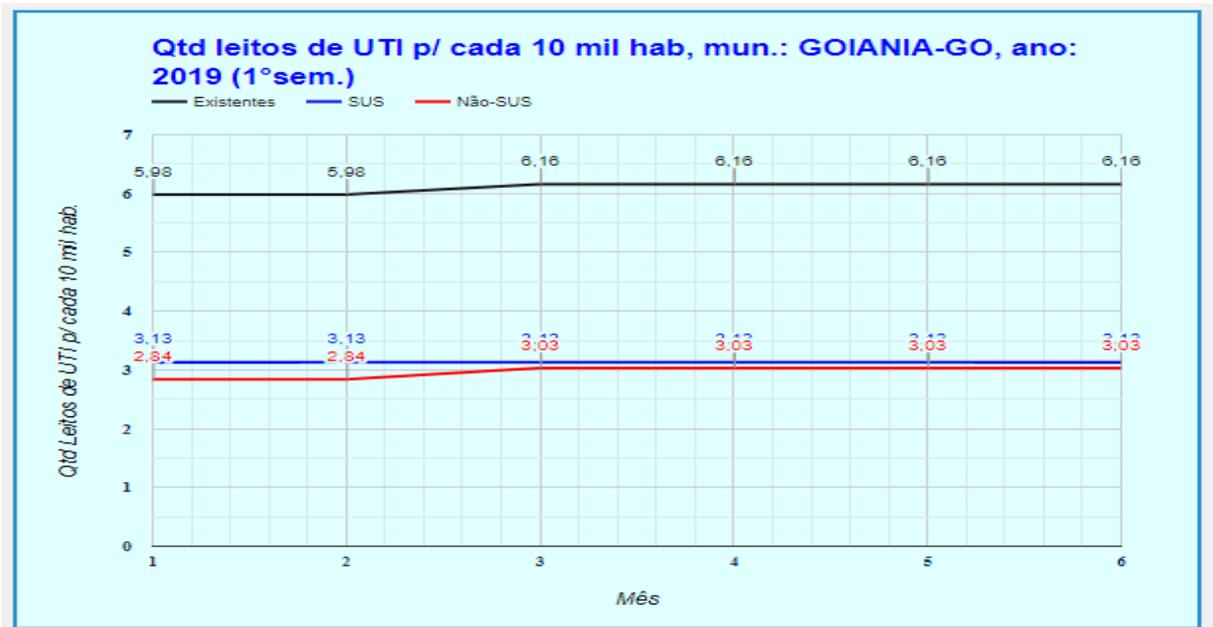
Fonte: AUDITASUS (2009-2019)

Gráfico 17 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, no município de Goiânia, período 2018



Fonte: AUDITASUS (2009-2019)

Gráfico 18 - Quantidade de leitos de UTI para cada 10 mil habitantes, no município de Goiânia, junho de 2019



Fonte: AUDITASUS (2019)

A administração de leitos em Goiânia requer um detalhamento que será adiante apresentado. O Departamento de Agência de Regulação de Vagas da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS), instituída pela Portaria GM n. 1.559 de 1º de agosto de 2008 que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde –(SUS).

Possui a atribuição realizar a gestão dos leitos de internação da rede pública e da saúde suplementar credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe ao Departamento da Agência de Regulação analisar as solicitações dos pedidos de vagas para internação em urgência/emergência, internação para cirurgias eletivas e consultas especializadas, oriundas das unidades de estabelecimentos e pré estabelecimentos (CAIS, CIAMS e UPA) de Goiânia e estabelecimentos de saúde do interior de Goiás pactuados com a capital, com a finalidade de organizar o atendimento ao paciente de forma mais célere, elege as enfermidades mais graves, de acordo com os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde²³.

²³ <http://www.saude.goiania.go.gov.br/htm/noticia/15/05/Regulacao-Goiania-organiza-distribuicao-das-vagas.shtml>. Publicado em 25.05.2015. consultado em 08.09.2019 às 00h15.

A internação em urgência segue procedimentos específicos. Inicialmente, o paciente realiza a avaliação em uma das unidades de saúde descentralizada em um dos 17 estabelecimentos do Centro de Atenção Integrada à Saúde – CAIS, Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária - CIAMS e Unidade de Pronto Atendimento – UPA, localizados nos bairros de Goiânia. Em seguida, o paciente é submetido à avaliação por um médico. Após verificar a necessidade de internação em urgência realiza a solicitação de internação pelo sistema informatizado via WEB. Imediatamente, o pedido é inserido no sistema de pendência que visualiza em tempo real os leitos e vagas disponíveis na rede pública e credenciada ao Sistema Único de Saúde aguardando surgir leito hospitalar mapeado em sistema *on line*.

A equipe de regulação de vagas confere leitos em sistema *on line* com leito físico *in locu*. Essa listagem permanece virtualmente pelo período de 24 horas em que a Equipe de Regulação tenta localizar a vaga. Decorrido esse período sem que haja vaga os familiares do paciente devem buscar novamente junto aos Centros de Atendimento de Saúde – CAIS ou UPAS para inserir o nome do paciente na lista novamente. Embora a Tabela 7 apresenta fila de outros municípios, restringiremos o foco na cidade de Goiânia.

Tabela 7 - Fila de espera por UTI em Goiás

Município	Quantidade de Pacientes Aguardando Vagas de UTI			
	Especialidade			Total
	Neonatal	Pediatria	Adulto	
IPORA	0	0	3	3
ITUMBIARA	0	0	2	2
GOIAS	0	0	4	4
ANAPOLIS	0	1	1	2
APARECIDA DE GOIANIA	0	0	13	13
TRINDADE	0	0	1	1
CATURAI	0	0	2	2
GOIANIA	7	5	16	28
GUAPO	0	0	1	1
CALDAS NOVAS	0	0	1	1
INHUMAS	0	0	1	1
FORMOSA	0	0	1	1
NAZARIO	0	0	1	1
LUZIANIA	0	0	2	2
COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL	1	0	24	25
TOTAL				87

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (2019).

A fila de espera forma-se quando a quantidade de indicações para UTI excede a quantidade de leitos cadastrados nos estabelecimentos de saúde (GOLDWASSER, *et al*, 2018). A escassez de leitos produz reflexos, que Goldwasser *et al* (2018) aponta como sendo um descontrole entre oferta e procura, em que a longevidade, o aumento da população e as enfermidade que acomete os idosos aumenta a procura por leitos de UTI. A disponibilidade de leitos são mais demorados em razão dos idosos permanecer por mais tempo internados, fatos que a Agência de Regulação de Vagas não podem prever e a redução das vagas provoca o colapso na fila, provocando a procura pelo Ministério Público e Defensoria Pública para buscar na justiça o direito consagrado na Constituição Cidadã.

A fila pode ser reduzida, na visão de Goldwasser *et al* (2018), desde que seja promovido diálogos com os estabelecimentos de saúde representantes do pronto-socorro e da UTI, modificar estratégias, para fortalecer e legitimar as diretrizes e políticas regularias selecionando melhor os pacientes a indicação a leito de UTI, analisando se beneficiarão dos procedimentos que são realizados, colocando a par dos recursos que foram destinados a manter o funcionamento da saúde para evitar desperdícios ou pagar diárias para a rede conveniada ao SUS acima do valor de mercado, além de utilizar os cuidados paliativos como tratamento aos casos terminais.

A quantidade de vagas em UTIs acima abordada, além dos procedimentos para internação no município de Goiânia demonstram o cenário de escassez de vagas no âmbito nacional e representam fatores para a judicialização da política pública de saúde, cujos resultados sobre a atuação do judiciário goiano será abordado na próxima seção.

3. JUDICIALIZAÇÃO E POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE POR VAGA DE UTI NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

Esta seção revela o resultado sobre o estudo documental e qualitativo sobre a judicialização da saúde no município de Goiânia, por acesso a leitos de UTI na rede pública, por meio da análise de 167 processos originários da 2ª Vara da

Fazenda Pública Municipal da comarca de Goiânia entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2017 e 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

Apresentar as etapas de coleta de dados com as múltiplas variáveis sobre a quantidade de ações, cujo objeto consiste na discussão por leitos de UTI, o perfil do paciente; o local da rede pública em que o atendimento foi realizado; conteúdo da decisão liminar; a atuação do Ministério Público, Defensoria Pública, Advogado; os estabelecimentos em que o paciente se encontrava; os bairros; a idade do paciente; a doença que o acometeu; se o paciente veio à óbito ou não durante a tramitação do processo ou mesmo após deferimento ou indeferimento da liminar, são as questões que norteiam o foco da investigação e que será apontado o percurso metodológico utilizando-se a Metodologia de Análise de Decisões - MAD para analisar o conteúdo das decisões para descortinar as linguagens e técnicas utilizadas pelos magistrados ao deferir as liminares ou indeferir, com o foco no tema relacionado a saúde contextualizando com os principais autores adotados na revisão bibliográfica.

3.1 Metodologia

“é seguir passo a passo, o crescimento quantitativo e a diversificação qualitativa dos estudos empíricos apoiados na utilização de uma das técnicas classificadas sob a designação genérica de análise de conteúdo é observar a *posteriori* os aperfeiçoamentos materiais e as aplicações abusivas de uma prática que funciona há mais de meio século” (BARDIN, 1977, p.13).

Este estudo que se insere na linha de pesquisa: Estado, Direito e Constituição, de cunho qualitativo e documental, envolve a observação e análise de conteúdo, organizados e selecionados processos sobre o tema judicialização por vagas em UTI em hospitais públicos de Goiânia com a finalidade de observar as múltiplas variáveis extraídas das amostras que representam o universo de ações judiciais, nas quais se discute sobre o tema proposto, compreendido entre 1º de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2018 na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal de Goiânia, com a seleção dos documentos de acordo com os objetivos da pesquisa

Em busca dessa compreensão, realiza-se levantamento bibliográfico de

pesquisas nacionais sobre a judicialização da política pública de saúde e do acesso a leitos de UTI, analise-se sobre acesso à UTI, bem como levanta-se o quantitativo de vagas no âmbito nacional, estadual e municipal, além das decisões liminares disponibilizadas no Processo Judicial Digital (PROJUDI) do Tribunal de Justiça de Goiás.

O percurso para a compreensão da atuação judicial fundamenta-se na Metodologia de Análise das Decisões (MAD)²⁴ (FREITAS FILHO e LIMA, 2010), visa desenvolver a estruturação do pensamento de acordo com as normas da lógica a fim de encontrar uma determinada conclusão ou solucionar um problema de forma a organizar as informações sobre as decisões proferidas, em contexto de fornecimento de leitos de UTI, com foco na investigação acerca da “coerência decisória no contexto previamente determinado e a produção de uma explicação do sentido das decisões” (FREITAS FILHO e BRUM, 2014).

Na efetivação da coleta, seleção e análise dos dados foram adotados os procedimentos e escolhas a seguir descritos. O marco temporal de coleta escolhido foi motivado pelo fato de que em anos anteriores o TJGO recebia os processos com enfoque na saúde e os distribuía para todas as varas.

3.2. Embasamento legal e a criação de Varas específicas de saúde

Em 17 de setembro de 2018, o Órgão Especial do TJGO aprova a Resolução nº 90/2018 e estabelece que as ações judiciais relativas à saúde pública são a partir daí julgadas em varas especializadas.

Essa alteração, quanto à competência para julgamento dessas ações é oriunda da Recomendação nº 43/2013, proposta no Fórum Permanente de Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), determinando aos tribunais brasileiros o direcionamento a varas específicas para a tramitação de processos referentes à

²⁴ O nome dado ao método objetiva distingui-lo das demais formas mais comuns de se trabalhar indutivamente o fenômeno jurídico na sua dimensão decisória. O que pretendemos apresentar a seguir é essa forma de apreciar as decisões judiciais, a Metodologia de Análise de Decisões – MAD. É possível verificar a ocorrência de “metodologia” pelo menos como: 1. Processos lógicos e quase-lógicos mentais próprios à teoria do conhecimento; 2. Forma controlada, segundo certos procedimentos, de produção de decisões; 3. Procedimentos voltados à produção de trabalhos jurídicos “científicos”; e 4. Forma de identificar e constituir o objeto do direito (FREITAS FILHO e LIMA, 2010, p.3)

saúde. A proposta serve para mostrar que tais ações são decididas por magistrados com *expertise* sobre os problemas relativos à saúde pública. Tal medida permite uma maior especialização quanto ao saber sobre os problemas mais profundos atinentes à temática saúde, como as situações em que se discutam o custo financeiro para cumprir as determinações judiciais, assegurar o direito fundamental para proteger a vida das pessoas, o conhecimento prévio de convênios realizados por profissionais ligados à área médica, farmacêutica, entre outros setores que viabilizam a celeridade na solução dos conflitos, promover diálogos institucionais por meio do Acordo de Cooperação Técnica de n. 002/2018 constituindo o Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário - (NAT JUS GOIÁS) com a finalidade de atender a Recomendação de n. 36/2011 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Também é criado o Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos (NUPEMEC) do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás pela Lei Estadual nº 17.961/2013, em atenção ao disposto na Resolução nº 125/2010 (CNJ), com a finalidade de realizar a gestão de capacitação e convênios para desenvolver Política Judiciária Nacional de Tratamento Adequado de Conflito e promover diálogo entre os órgãos de direção, favorecer a compreensão das atribuições que lhe são conferidas na missão institucional de pacificação social.

O TJGO cria o NUPEMEC em 2013. O Núcleo Permanente de Mediação de Conflitos (NUPEMEC) coordena a atuação dos Centro de Judiciário de Solução de Conflitos (CEJUSC) presta auxílio aos Juízes Coordenadores e Chefes dos CEJUSCs. A Resolução nº 125/2010, com alteração da Emenda nº 01/2013, ambas do Conselho Nacional de Justiça, determinam a criação dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC). A missão dos CEJUSCs visam atender reclamações pré-processuais e de processos judiciais promover a mediação e a conciliação, solucionar conflitos de forma simplificada e célere (CNJ,2018)²⁵.

O 1º CEJUSC criado em 2007, com o nome de Banca Permanente de Conciliação. Em 2010, com a Resolução 125/2010 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) houve a necessidade em se padronizar a nomenclatura para Centro Judiciário

²⁵ https://www.cnj.jus.br/download/2660/tribunal-de-justica-do-estado-do-goias/81530/relatorio_nupemec_cejusc_tjgo_2018.pdf

de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC), e, atualmente, a comarca de Goiânia possui nove unidades do CEJUSC, localizados em universidades, no Procon, Delegacia do Consumidor e um da Prefeitura de Goiânia, no Fórum Cível. Em todo o Estado já são 78 Centros. Em 2018, o Poder Judiciário proferiu em todo o País, aproximadamente, 4,4 milhões de sentenças homologatórias de acordos entre as partes envolvidas em processos, ou seja, 11,5% de todas as ações que tramitaram na Justiça no ano passado²⁶ (TJGO, 2019).

Paralela à essa providência estipulada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2016, foi editada a Resolução nº 238/2016 que define um mapeamento e controle por esse órgão em relação aos tribunais brasileiros, a fim de antever conflitos, planejar questões ao direito sanitário e controlar a quantidade de demandas que envolvam o direito sanitário.

Verifica-se então que, até final de 2018, houve um marco que especificou essa divisão, aglomera assim, um maior quantitativo de decisões sobre a temática. Tal marco temporal subsidia a escolha da 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal, visto que, com os artigos 2º e 3º, a Resolução 90/2018, os processos judiciais foram encaminhados tanto para essa vara como para a 1ª Vara da Fazenda Pública Municipal.

3.3. Critérios utilizados na seleção de ações no Processo Judicial Digital (PROJUDI) e obstáculos enfrentados

A seleção de ações foram escolhidas por constar decisões liminares quanto ao oferecimento de vagas em leitos de UTI na rede pública. Em razão da urgência de efetivação do direito ao acesso à UTI que consiste no tratamento emergencial envolvendo risco quanto à perda da vida, foram levantadas as decisões liminares.

Os instrumentos de pesquisa adotados foram:

- acesso à *internet* e ao *site* do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás;
- decisões liminares disponibilizadas no sistema PROJUDI, proferidas

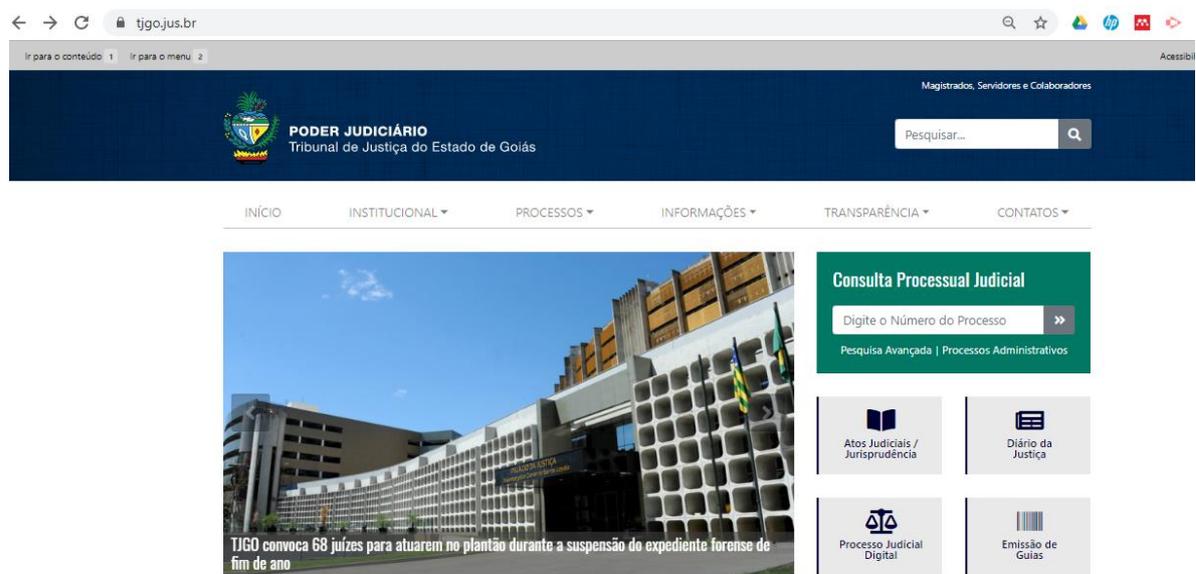
²⁶ <https://www.tjgo.jus.br/index.php/institucional/centro-de-comunicacao-social/17-tribunal/18122-1-cejusc-aumenta-capacidade-de-audiencias-de-conciliacao-em-mais-de-60>

por magistrados do 1º Grau, lotados na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal;

- utilização de busca com descritores que será mostrado abaixo.
- elaboração de banco de dados em tabela Excel para a análise das decisões judiciais.

O início da pesquisa ocorreu, portanto pela coleta de decisões no portal eletrônico disponível no site do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás no endereço: <https://www.tjgo.jus.br/index.php>, localizado no mecanismo de busca: Processo Judicial Digital

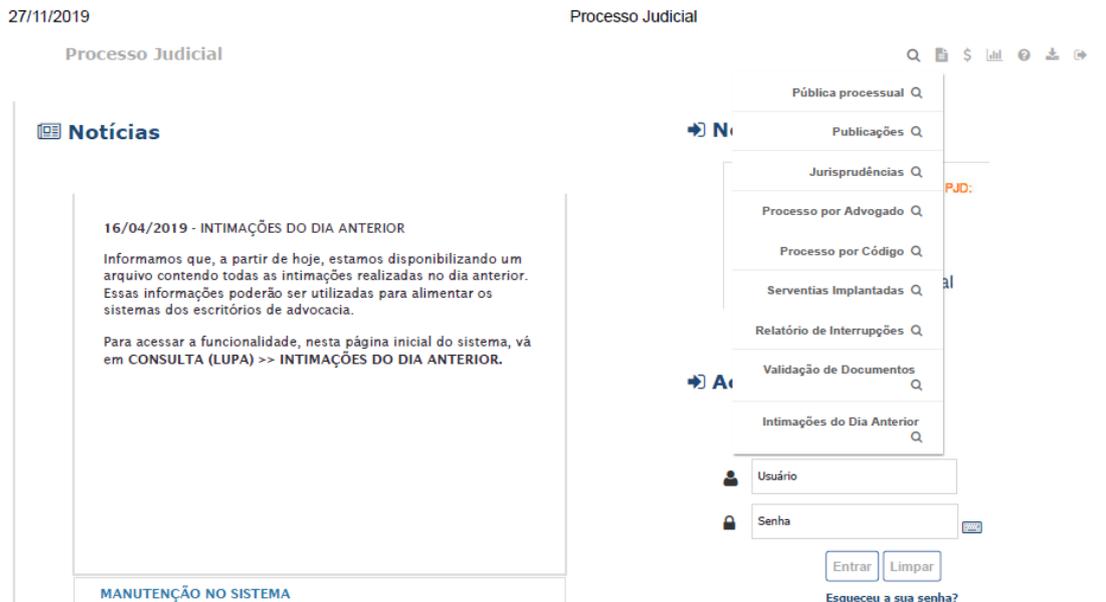
Figura 3 - Página oficial do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Figura 4 - Janelas de acesso ao processo judicial digital

>>lupa no canto superior da tela>> Publicações >>



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Pesquisar por digite um termo para a pesquisa de publicações e seleção de data.

Figura 5 – Consulta processual com inserção de descritor



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Ao inserir os descritores: “UTI Goiânia”; Vagas UTI”; “Vagas UTI Goiânia”;

“Vaga UTI Goiânia”; “Falta Vaga UTI”; “Falta Vaga UTI Goiânia”; “Faltas de Vagas em UTI”; “Falta de Vaga UTI em Goiânia”; “Saúde Vaga UTI Goiânia”; “Saúde falta de vagas em UTI em Goiânia”; “Saúde e falta de vagas em UTI em Goiânia”; “Saúde Prejudicada com Falta Vagas em UTI Goiânia”; “Judicialização da Saúde pela Falta de Vagas em UTI Goiânia”, foram apresentadas ementas e descrições sobre o número do processo, comarca, vara de tramitação, nome do Juiz, teor da decisão em ementa contendo parte do teor ou um resumo sobre o assunto tratado no processo e data de publicação.

Figura 6 - Página do site do TJGO com o quantitativo de processos

PESQUISA POR CAMPO ESPECÍFICO

Texto (Operação padrão: *)

Número do Processo Digite o Número do Processo completo. Ex: 5000280.28.2010.8.09.0059

Serventia Magistrado Responsável

Data de Publicação Tipo de Arquivo
 01/01/2017 31/12/2018

3742 RESULTADOS ENCONTRADOS PARA: "UTI GOIÂNIA"
Tempo de resposta: (6 milissegundos)

5029231.75.2018.8.09.0051 [↓](#)
nº: 5029231.75.2018.8.09.0051 Promovente(s): CONCEIÇÃO PEREIRA DE SOUSA: Promovido : .Município de Goiânia, em hospital capacidade para tratamento de uti Assevera que o caso já exauriu todos os seus recursosPede que seja concedida a antecipação de tutela para determinar ao município de Goiânia que forneça vagagem uti em hospital adequado ao tratamento de neoplasia. .GOIÂNIA, em 24 de janeiro de 2018, às 01:20 Eduardo Pio Mascarenhas da Silva Juiz de Direito Plantonista

5610786.57.2018.8.09.0051 [↓](#)
Pugna pela sua transferência para uma UTI na rede SUS ou conviniada, ou sua permanência na UTI do Hospital Santa Helena, às custas do Município de Goiânia, como forma de resguardar a sua vida e integridade físicaPOSTO ISTO, Deito o pedido liminar, determinando que o Município de Goiânia forneça VAGA a vaga de UTIIntime-se via oficial de justiça de plantão, na Central de Vagas do Município de Goiânia e no Órgão daGoiânia, 23/12/18.

5064816.16.2019.8.09.0000 [↓](#)
A questão posta, internação em UTI (unidade de tratamento intensivo) pretendida pelo requerente, carecerá a decisão judicial capaz de tal, nem tão pouco pode determinar a substituição de um por outro em UTI, não cabe a mau var, em sede de liminar, decidir o judiciária, que deverá ocupar a vaga na UTI sem oportunizarao outro a discussão sobre seu direito de permanecer em tratamento na UTI, competindo, exclusivamenteGoiânia, 10-02-2019, 21:52.

5615450.57.2018.8.09.0011 [↓](#)
ESTADO DE GOIÁS PODER JUDICIÁRIO COMARCA DE APARECIDA DE GOIÂNIA Aparecida de Goiânia - Plantão do 1ºGrau Rua Versalles Quadra 3, Lote 8/14, , RESIDENCIAL MARIA LUIZA, APARECIDA DE GOIÂNIA - Fone: (62)3615950.57.2018.8.09.0011 Promovente(s): Rayla Alves Gouveia Promovido(s): Município De Aparecida De Goiâniaconstituída, com pedido de liminar, em desfavor do Secretário Municipal de Saúde do Município de Aparecida de GoiâniaAparecida de Goiânia, 31/12/2018.

5451010.21.2018.8.09.0051 [↓](#)
ESTADO DE GOIÁS PODER JUDICIÁRIO COMARCA DE GOIÂNIA Goiânia - Plantão do 1º Grau Avenida Olinda, esquina com Rua PL-03 Quadra G Lote 04 - Forum Givel, , PARK LOZANDES, GOIÂNIA - Fone: (62) DECISÃO Ação: MandadoDiscorre sobre o direito a saúde e solicita liminar para que a Prefeitura providencie o leito de UTI.Os documentos informam que a paciente tem necessidade imediata de UTI, sendo beneficiária do SUS.Goiânia 23 de setembro de 2018.

5228357.43.2017.8.09.0051 [↓](#)
COMARCA DE GOIÂNIA PLANTÃO JUDICIÁRIO DECISÃO Autos n.: 5228357.43.2017.8.09.0051 Cuida-se de ação de obrigação de fazer ajuizada por Lailinha Marques da Silva em face do Município de Goiânia, em queproferida decisão judicial determinando a internação da autora em leito de UTI com suporte para hemodialiseFeitas essas considerações, determino a imediata transferência da autora para um leito de UTI, seja emGoiânia, 16 de julho de 2017 às 14h00min.

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Nessa etapa de buscas iniciais, somente com os descritores “saúde vagas UTI Goiânia”, a consulta fornece um total de 119.599 processos. Ao realizar o filtro com os termos “saúde Goiânia”, aparecem 103.630 ações. Em um processo de maior refinamento, foram encontrados o quantitativo mostrado no quadro 1, mediante a utilização dos descritores abaixo mencionados.

Quadro 1 – Amostras de dados sobre a judicialização da saúde com descritores solicitados no período compreendido entre 1º/01/2017 a 31/12//2018.

Dia da busca	Descritores	Assunto vaga em UTI	Anos e cidades	Quant. de processos
6 jul. 2019	1 - UTI Goiânia	Variados	1993 a 2019	3742
24 jun. 2019	2 - Vagas UTI	-	-	0
18 jun. 2019	3 - Vaga UTI Goiânia	Variados	Variados	3662
24 jun. 2019	4 - Vagas UTI Goiânia	Variados	Variados	457
24 jun. 2019	5 - Falta vaga UTI	Variados	Variados	592
24 jun. 2019	6 - Falta vaga UTI Goiânia	Variados	Variados	484
24 jun. 2019	7 - Falta de vagas em UTI	Variados	Variados	109
24 jun. 2019	8 - Falta de vagas em UTI em Goiânia	Variados	Variados	97
24 jun. 2019	9 - Saúde vagas UTI Goiânia	Variados	Variados	388
24 jun. 2019	10 - Saúde falta de vagas em UTI em Goiânia	Variados	Variados	91
24 jun. 2019	11 - Saúde e falta de vagas em UTI em Goiânia	Variados	Variados	91
24 jun. 2019	12 - Saúde prejudicada pela falta de vagas em UTI em Goiânia	Variados	Variados	07
24 jun. 2019	13 - Judicialização da saúde pela falta de vagas em UTI em Goiânia	Saúde e UTI	Variados	02
TOTAL				9.722

Fonte: elaborado pela pesquisadora a partir dos dados coletados no Processo Judicial Digital (PROJUDI) - TJGO (2019)

Entre janeiro a abril de 2019 foram realizadas diversas tentativas para encontrar os dados no Processo Judicial Digital. Diante das dificuldades mudou-se a estratégia para realizar a pesquisa de campo. No mês de maio de 2019 foram realizadas visitas na Secretaria Municipal de Saúde com objetivo de encontrar a

quantidade de ações que tramitavam junto à Defensoria Pública Municipal, embora houvesse a boa vontade dos Defensores Públicos em auxiliar na pesquisa não possuíam dados no período compreendido entre 2017 e 2018.

Realiza-se visitas à Secretaria de Saúde do Município por mais de 08 (oito) vezes, na tentativa de realizar o levantamento de dados relativos à atuação da Agência de Regulação de Vagas de UTI, entretanto a Secretária de Saúde não aceitou o convite em participar da presente pesquisa. Busca-se informação junto à Escola Municipal de Saúde sobre a possibilidade de obter os dados mencionados, em resposta informa-se que a Secretária de Saúde altera a forma de analisar as pesquisas sobre saúde e que seria montada comissão para analisar projetos, mas não havia data definida para eleger os critérios.

Em 5 de junho tenta-se obter os dados dos processos judicializados junto ao Ministério Público com atuação em Saúde. O acesso não foi permitido à sala da Promotora de Justiça. O atendimento se deu mediante telefone na portaria do prédio do Ministério Público. Ao atender a Secretaria da Promotoria de Justiça solicita, após conversar com a Promotora de Justiça que seja encaminhado e-mail com as justificativas da pesquisa. O e-mail foi encaminhado em 10 de junho de 2019. Em resposta a Promotora informa que os dados deveriam ser solicitados ao Executivo.

Diante das dificuldades e obstáculos, o acesso ao Processo Judicial Digital (PROJUDI) foi a alternativa encontrada para se realizar a pesquisa. Também há visitas no Núcleo de Apoio Técnico – Natjus, que se localiza no 7º andar do Tribunal de Justiça de Goiás, entrevista com o Presidente do Comitê e Coordenador Direito Dr. Eduardo Perez Oliveira que prontamente presta as informações necessárias para compreensão da criação do Núcleo que será responsável pela realização do controle e fiscalização da judicialização da Saúde em Goiás encaminha, por e-mail, os documentos necessários para comprovar a pesquisa.

Outra dificuldade encontrada se dá em relação às questões sobre o conceito e definição do tema UTI, por envolver matéria relacionada à medicina, razão pela qual houve a tentativa em se encaminhar e-mail para a Sociedade Brasileira de Medicina Intensiva do Brasil (AMIB) e para a Sociedade Médica Intensiva de Goiás (SOTIEGO). Ambos Presidentes respondem ao e-mail. O Dr. Ciro Leite Mendes e

Dr. Durval Ferreira Fonseca Pedroso informaram as bibliografias correlatas para realizar a compreensão sobre Unidade de Terapia intensiva.

A escolha do universo de processos a ser pesquisado, quanto ao tema sobre a judicialização por acesso de leitos em UTI em hospitais públicos de Goiânia, poderia ser apontado como sendo a maior dificuldade nessa fase da pesquisa, razão pela qual houve a necessidade em se utilizar o descritor “UTI Goiânia” para levantar as ações, conforme quadro 1, com a totalização de 3.742 processos. Essa estratégia foi adotada em razão dos números de processos encontrados em menor quantidade não tramitar somente na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal da comarca de Goiânia, caso escolhidos como objeto de pesquisa, poderiam acarretar um levantamento de amostras viciadas da verdade aproximada do que se pretendia apresentar.

No acervo dos 3.742 processos, definidos como dados a ser analisados para encontrar quais destes tramitavam na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal da comarca de Goiânia, foram encontrados as seguintes dificuldades: ação de obrigação de fazer, mandado de segurança, execução por quantia certa, indenização por danos morais e materiais, apelações, agravo de instrumento, conflito de competência, contrato de plano de saúde, ações tramitando em outras varas cíveis, fazenda pública e ambientais, em segundo grau, em turmas recursais, oriundos de outras comarcas. Reforçado ainda mais a definição pela análise de 3.742 processos com a finalidade de encontrar quais destes tramitavam na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal da Comarca de Goiânia com o foco no objetivo para verificar o fenômeno a ser investigado.

Poderia ser apontado também a dificuldade da ferramenta de busca do Processo Judicial Digital (PROJUDI), por não filtrar e nem restringir ao descritor sobre o assunto pesquisado, além de modificar o quantitativo de processos com a simples mudança de uma letra ou consoante como pode ser visto no quadro 1 e nos descritores utilizados para se definir qual atenderia o objeto da pesquisa, conforme pode ser visto nos 13 descritores utilizados. Após, realizar a busca dentre os 3.742 processos para encontrar quais dentre esse acervo tramitava na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal da comarca de Goiânia, descobre-se outro problema,

porque o Processo Judicial Digital (PROJUDI) duplica os processos, fator que poderia interferir no resultado final e apresentar realidade diversa da verdade aproximada proposta inicial da pesquisa.

Outra dificuldade também pode ser citada quanto à identificação dos processos que tramitavam na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal. Para verificar o processo dependia de entrar novamente em >>processo judicial digital>>lupa>>publicações>>consulta pública de processos>>número do processo>>

Figura 7 - Apresenta a forma como o processo deve ser consultado

27/11/2019 Consulta Pública de Processos

Processo Judicial

>> Consulta Pública de Processos

BUSCA DE PROCESSOS

Nova Numeração: Digite o Número do Processo "ponto" e o Dígito Ex. 148032.91.2009.8.09.002, ou seja, 148032.91
Antiga Numeração: Digite somente o Número do Processo Ex.: 039.2006.248.174-5, ou seja, 248374

*Número do Processo
5487775.25

ou

*Nome da Parte
Pesquisar nome exato

ou

*CPF/CNPJ da Parte (digitar somente números, sem pontos ou hífen)

Buscar Limpar

Fonte: Tribunal de Justiça de Goiás

Outro fator de dificuldade foi que o processo judicial digital não dá acesso ao conteúdo da petição do Ministério Público, Defensor Público, Advogado Particular ou Defensoria Pública Municipal, razão pela qual a pesquisa restringe-se em analisar o conteúdo da decisão liminar proferida pelo magistrado. Os dados eram analisados da seguinte forma: procedia-se à abertura da página do Processo Judicial Digital (PROJUDI) em que consta os 3.742 processos, fazi-se um *print* na tela que se abre para evitar a perda do documento ou ampliação de processos, por ser digital (consta no anexo). Na análise dos 3.742 processos de forma individualizada foram identificados aqueles que tramitaram entre 1º de janeiro e 31

de dezembro de 2017 e 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2018 na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal da Comarca de Goiânia, sendo que foram encontradas 167 ações que constituem o corpo de análise documental dessa pesquisa e excluídas as ações, conforme quadro 2:

Quadro 2 - Ações incluídas e excluídas da pesquisa

Ações excluídas na pesquisa	Ações incluídas na pesquisa
Ações em 2017 em diversas varas da comarca de Goiânia 826	Ações em 2017 na comarca de Goiânia da 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal 53
Ações em 2018 em diversas varas da comarca de Goiânia 1.311	Ações em 2018 na comarca de Goiânia da 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal 114
Ações em duplicidade em diversas varas da comarca de Goiânia 2017=19 2018 = 72 Total = 91	
TOTAL = 3.575	TOTAL = 167

Fonte: elaborado pela autora a partir do Processo Judicial Digital (PROJUDI) 2019.

Cabe salientar que tal procedimento foi realizado diversas vezes com o objetivo de selecionar os processos contidos nos marcos temporais da pesquisa e selecionar as ações da 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal da comarca de Goiânia. Na análise desse conjunto de 167 ações, elabora-se um banco de dados no qual consta as seguintes variáveis:

- a) quantidade de ações cujo objeto consiste na discussão por leitos de UTI,
- b) o perfil do paciente,

- c) o local da rede pública em que o atendimento foi realizado;
- d) a decisão liminar, se foi ou não deferida,
- e) os estabelecimentos em que o paciente se encontrava,
- f) os bairros,
- g) a idade do paciente,
- h) a doença que o acometeu,
- i) se o paciente veio a óbito ou não durante a tramitação do processo ou mesmo após deferimento ou indeferimento da liminar.

Embora seja possível o levantamento de ações judiciais sobre a temática de disponibilização de leitos em unidades de UTI, a coleta contém limitações que podem ter influenciado a exclusão de casos relevantes. Eventuais falhas nos mecanismos de busca pela não inclusão das informações necessárias ao levantamento de dados podem ser relatados. Outro ponto que cabe salientar refere-se à tramitação privativa em varas especializadas no direito à saúde cuja distribuição se deu a partir de 2019, ano em que os processos passaram a ser distribuídos ao 2º Juiz da Vara da Fazenda Pública Estadual e a 2º Juiz da Vara da Fazenda Pública Municipal com a finalidade de atender a Recomendação 43, de 20 de agosto de 2013, e a Resolução 238/2016, do CNJ, e Resolução 90/2018²⁷ do TJGO dificultando assim, a coleta de informações nos anos anteriores.

3.4 A judicialização por vagas em UTI no município de Goiânia

A extração das decisões liminares constantes nos 167 processos judiciais

²⁷ Art. 2º A competência para conhecer e processar as novas ações que dizem respeito ao direito à saúde pública em desfavor do Estado de Goiás será exercida, na Comarca de Goiânia, pelo 2º Juiz da 2ª Vara da Fazenda Pública Estadual, com a devida compensação, na mesma proporção, da distribuição de novos feitos que envolvam matéria distinta.

Art. 3º A competência para conhecer e processar as novas ações que dizem respeito ao direito à saúde em face do Município de Goiânia será exercida, na Comarca de Goiânia, pelo Juiz da 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal e de Registros Públicos, com a devida compensação, na mesma proporção, da distribuição de novos feitos que envolvam matéria distinta (GOIÁS, 2018).

ocorre de forma individualizada. No ano de 2017, foram analisadas 53 ações individuais em mandado de segurança ou ação de obrigação de fazer, em que se pleiteia a tutela liminar por leitos de UTI na rede pública. A idade dos demandantes encontrada é de 05 a 91 anos, sendo que 39 pacientes são da rede SUS e atendidos inicialmente, pelos CAIS, CIAMS e Upas²⁸ localizadas nos bairros de Goiânia e, 14 pacientes que iniciam o tratamento em hospitais particulares, mas em razão dos custos com a UTI ingressam na justiça e postula a transferência para hospital público. Não foi levantada nenhuma ação coletiva judicializadas nesse período.

Já em 2018, foram analisadas 114 ações individuais em mandados de segurança ou ações de obrigação de fazer em que se pleiteia a tutela liminar por vagas em UTI, nas quais a faixa etária dos pacientes entre 06 meses a 90 anos. 101 pacientes eram provenientes da rede SUS, inicia-se o atendimento nos CAIS, CIAMS e UPAS e 12 pacientes provenientes da rede particular e que estavam internados em estabelecimentos de saúde privada, mas em razão do custo da diária de UTI²⁹ ingressam na justiça para obter a transferência para a rede pública por não suportar o ônus financeiro com a UTI. Apenas um caso não se consegue identificar, se era oriundo da rede SUS ou particular, cujos resultados estão dispostos a seguir no Quadro 3.

Quadro 3 - Ações no Processo Judicial Digital (PROJUDI) 2017-2018, com o quantitativo de pacientes SUS e não SUS em Goiânia

ANO	QDE DE AÇÕES	IDADE	AÇÃO DE MANDADO DE SEGURANÇA	AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER	ORIGEM REDE SUS	ORIGEM REDE PRIVADA QUE PLEITEIA SUS	NÃO IDENTIFICADA A ORIGEM
2017	53	5 A 91	34	19	39	14	1
2018	114	6M A 90	60	54	101	12	0

²⁸ O Centro de Atenção Integrada à Saúde (Cais) e o Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária (Ciams) são unidades de atendimento aos usuários do SUS que oferecem serviços ambulatoriais e também de urgência e emergência 24 horas. Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/secretaria/sus/Cais-Ciams-Centros.shtml>. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>

²⁹ Como no caso desse Processo n. 5610786.57.2018.8.09.0051 em que o valor da UTI já ultrapassava R\$90.000,00 reais.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019).

O levantamento revela que a escolha do governo federal em adotar a contenção de despesas e racionalizar a oferta dos serviços de saúde podem ser apontados como uma das causas para o aumento da judicialização em política pública de saúde. Refuta-se os argumentos de que são promovidas por pessoas que poderiam suportar o custo de uma terapia intensiva, já que a maior parte são oriundas dos Centros de Atenção Integrada de Saúde (CAIS).

Cabe ao Poder Judiciário goiano assegurar a dignidade da pessoa humana em igualdade de direitos e prevalecer os direitos fundamentais e obrigar o poder estatal, por suas agências e agentes, o dever de corrigir a elaboração de políticas, programas e ações, cuja finalidade se propõe atender os pleitos judicializados por oferta de vagas em UTI na salvaguarda da vida de modo a integrar e interpretar os direitos fundamentais à luz da Constituição, conforme ensina Sarlet (2008).

No Quadro 3, pode ser verificado a longevidade da população e comprova os argumentos quanto às perspectivas pragmáticas em relação à UTI, que segundo Hajjar (2019), a população passou a ter expectativa de vida mais longa, por consequência maiores possibilidades de as pessoas serem acometidas com doenças crônicas (câncer, insuficiência renal, cardíaca, respiratória, hepática, dentre outras), conforme apresenta o Quadro 5, sendo essas apontadas como causas de mortalidade.

Comprova, também, que o acesso à justiça é reivindicado pelas pessoas sem planos de saúde, que não possuem condições financeiras para pagar a diária de UTI, portadoras de doenças graves, com idade avançada, dependentes do Estado para ingressar na Justiça e também para custear o tratamento de saúde e conforme afirma Biehl (2016) seria a “judicialização de baixo” porque a Carta Constitucional empoderou a população para reclamar os seus direitos.

A insuficiência de leitos para atender a todos provoca problemas na gestão das vagas de UTI. E isso, ocorre tanto no SUS quanto na rede privada, embora o SUS encontra-se em situação mais grave por não haver recursos humanos, equipamentos tecnológicos que possam dar a viabilidade de atendimento e com

estrutura física precária, conforme afirma Hajjar (2019).

Entretanto, no Quadro 3 pode ser verificado, em 2018, aumento de pacientes que eram atendidos pela rede particular e busca a transferência para a rede SUS, por não suportar os custos cobrados com a diária de UTI, fato que comprova as afirmações de Saldiva e Veras (2018), sendo que parte do financiamento é destinado a cerca de 23% da população concentrada no sistema privado de saúde, sendo a judicialização o mecanismo utilizado para quem necessita de UTI e não suporta o ônus de pagá-la. Entretanto, na pesquisa nos pedidos por transferência para o SUS arcar com a internação na UTI da rede privada não indicam qual o valor da diária que o hospital privado cobrará da Secretaria Municipal de Saúde para internar o paciente por ordem judicial, se a diária será fixada na tabela do Sistema Único de Saúde ou na tabela da rede privada, já que nas sentenças analisadas o magistrado não estabelece qual deverá ser o limite dos recursos a serem pagos com a diária de UTI. Tal fato que passa despercebido pelos magistrados pode contribuir para promover precariedade e sucatear os hospitais públicos e reduzir os recursos do SUS.

Ademais, como ressaltam Saldiva e Veras (2018), o incentivo governamental para que os planos de saúde possam cobrir doenças de menor custo, mas quando há a necessidade em se dar cobertura para doenças mais graves os planos de saúde não cobrem. Recorrem ao SUS, que não é ressarcido. Esse sistema visa favorecer e enriquecer o setor privado em detrimento do Sistema Único de Saúde.

A pesquisa mostra, ainda, que o Ministério Público e a Defensoria Pública são órgãos de representação de pessoas sem condições financeiras para arcar com as custas judiciais e representam 60,4% do ingresso com ações individuais, em contraposição a 39,6% de ações por advogado particular, conforme Quadro 4. Esse dado associa-se à posição defendida por Biehl (2011) em estudos com análise quantitativa e etnográfica que identificou o perfil e os sujeitos da judicialização evidenciando que “Embora as ações judiciais garantam acesso para milhares de pessoas essa judicialização do direito à saúde gera enormes dificuldades fiscais e administrativas e pode aumentar as desigualdades na assistência médica”

A situação da saúde em Goiânia a pessoas de baixa renda e a quem não

pode arcar com os custos da diária de UTI mostra que existe suporte estrutural e organizacional estatal no campo jurídico para reclamar a efetividade dos direitos fundamentais prometidos na Carta Cidadã, já que a política pública de saúde não atende a todos e pode ser apontada como causa da judicialização da saúde.

Esse dado associa-se à posição defendida por Biehl (2016) de as ações individuais predominam, possibilitando que pessoas de baixa renda se utilizem de mecanismos legais disponíveis para pleitear o acesso à saúde. O crescimento do número de ações entre os anos de 2017 e 2018 acima de 100% significa então que, as pessoas passam a acreditar que o acesso à Saúde somente é possível por meio da judicialização da política pública de saúde, legitimando a atuação do Poder Judiciária na salvaguarda dos direitos fundamentais.

Consta, ainda, dos processos analisados que antes de ingressar com a ação o Ministério Público e a Defensoria Pública tentam de todas formas entrar em contato com a Agência de Regulação de Vagas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para solucionar o problema administrativamente, diante da informação que não há leitos disponíveis ou às vezes, nem sequer respondem ou esclarecem ao questionamento formulado, a única alternativa é judicializar a demanda. Assim, o Poder Judiciário passa a decidir as questões relacionadas à política pública que deveria ser de responsabilidade do Poder Executivo, conforme alertam (BARROSO, 2012) e Campilongo (2000). Importante ressaltar que a vaga de terapia intensiva é disponibilizada somente com a judicialização e, em regra, no prazo determinado pelo magistrado que seria de 12 ou 24 horas (consta no anexo).

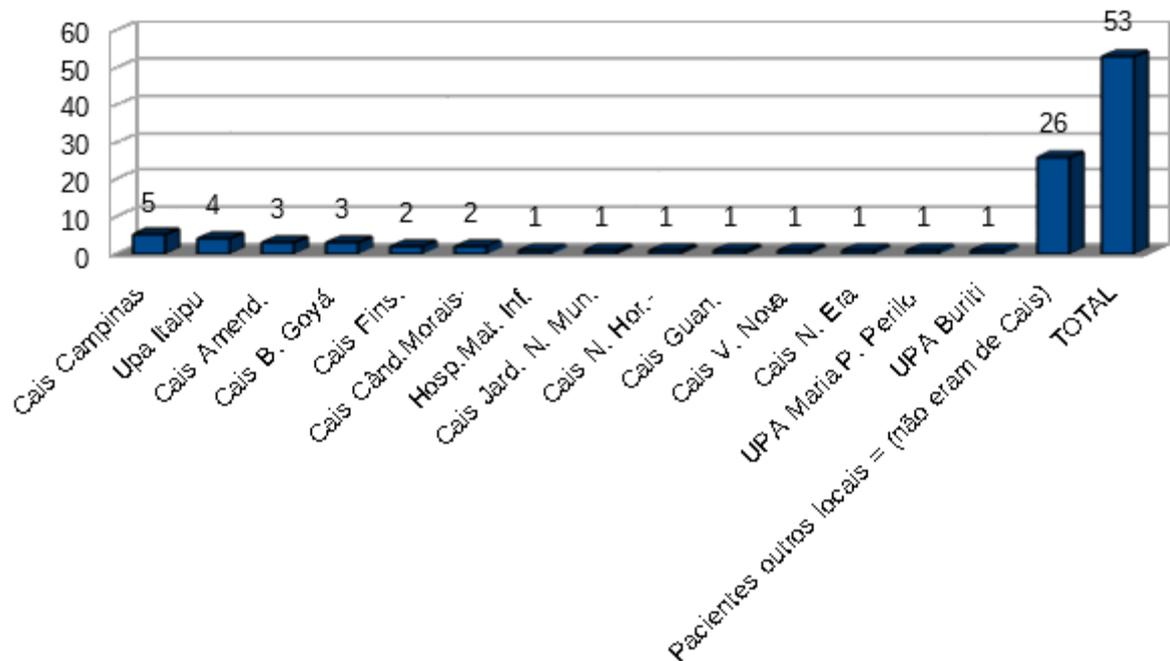
A atuação do Poder Judiciário, após a Constituição de 1988 assume o papel de guardião do Estado Democrático de Direito, conferindo-lhe potenciais poderes para concretizar as promessas dos direitos fundamentais, de forma a distribuir a justiça às minorias e à parcela excluída da sociedade (VIANNA, 2008). Caso não fosse a intervenção do Poder Judiciário, os reclames da sociedade não seriam atendidos e nem solucionados os pleitos administrativamente, somente através da coerção por meio de mandado judicial é que o gestor público movimenta a máquina pública para encontrar um leito de Unidade de Terapia Intensiva a quem precisa, como pode ser identificado no Quadro 4 abaixo.

Quadro 4 - Representante legal das ações de UTI no Processo Judicial Digital (PROJUDI) 2017 e 2018

ANO	AÇÕES NA 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL	DEMANDANTE MINISTÉRIO PÚBLICO	DEMANDANTE DEFENSOR PÚBLICO ESTADUAL	DEMANDANTE ADVOGADO PARTICULAR
2017	53	18	14	21
2018	114	34	53	27

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2019)

Gráfico 19 - Estabelecimentos de saúde citados nas ações nos quais os pacientes aguardavam atendimento em 2017



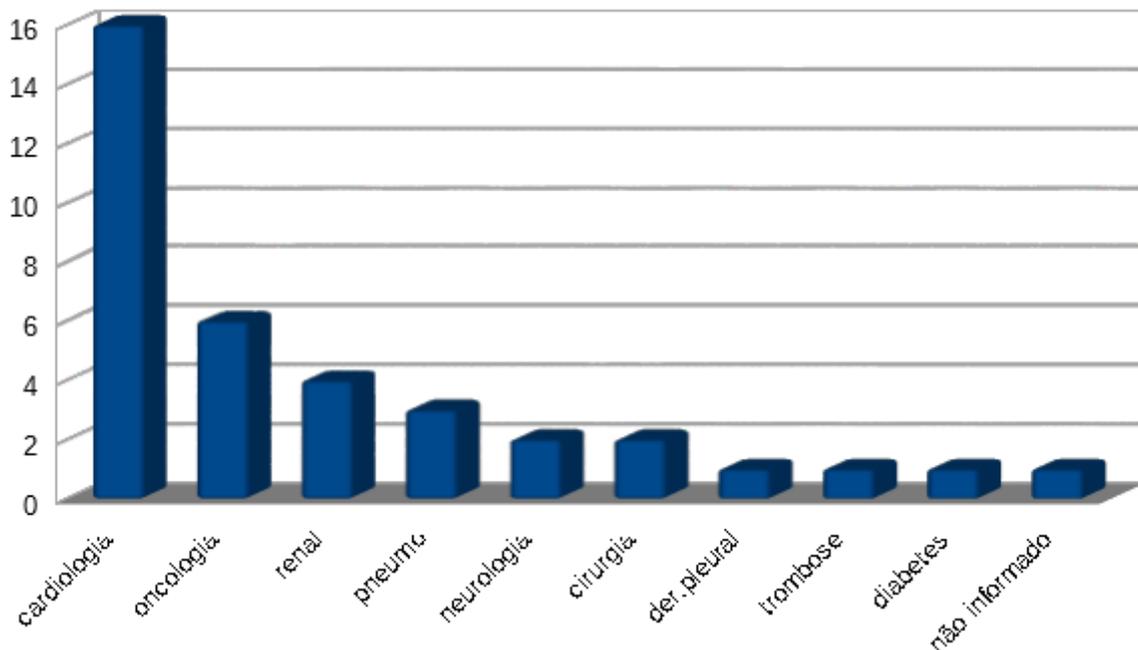
Fonte: elaborado pela autora.

No Gráfico 19 com os dados de 2017 que foram coletados durante esse período constam que 27 pacientes foram atendidos nos CAIS, e sabe-se que este local de atendimento deve ser rápido apenas avaliar a situação do doente para encaminhá-lo aos estabelecimentos de saúde da rede conveniada ao SUS. Outros 26 pacientes encontravam-se em outros locais não informados nos autos. No

Gráfico 21 também é possível identificar que os CAIS das regiões em que houve maior atendimento foram dos bairros Campinas, Itaipu, Amendoeiras e Goyá. A demanda por vagas em UTI para adultos apresenta ser essa a mais solicitada, não houve registro de pedido de UTI neonatal em 2017.

A especialidade que apareceu como a mais demandada foi para cardiologia com 16 casos, significando que as políticas públicas deveriam tomar medidas preventivas no sentido de corrigir a educação alimentar comprovando o que Goldwasser *et al* (2018) afirmaram em relação ausência de políticas públicas sociais apontando como causa da escassez de leitos em UTI, já que a dimensão social, com o descontrole urbano da violência, insuficiência de investimento em condições sanitárias que acarretam doenças à população, o desconhecimento do cidadão com bons hábitos que provocam doenças cardiovasculares e diabetes.

Gráfico 20 - Especialidades médicas levantadas nas decisões judiciais de 2017

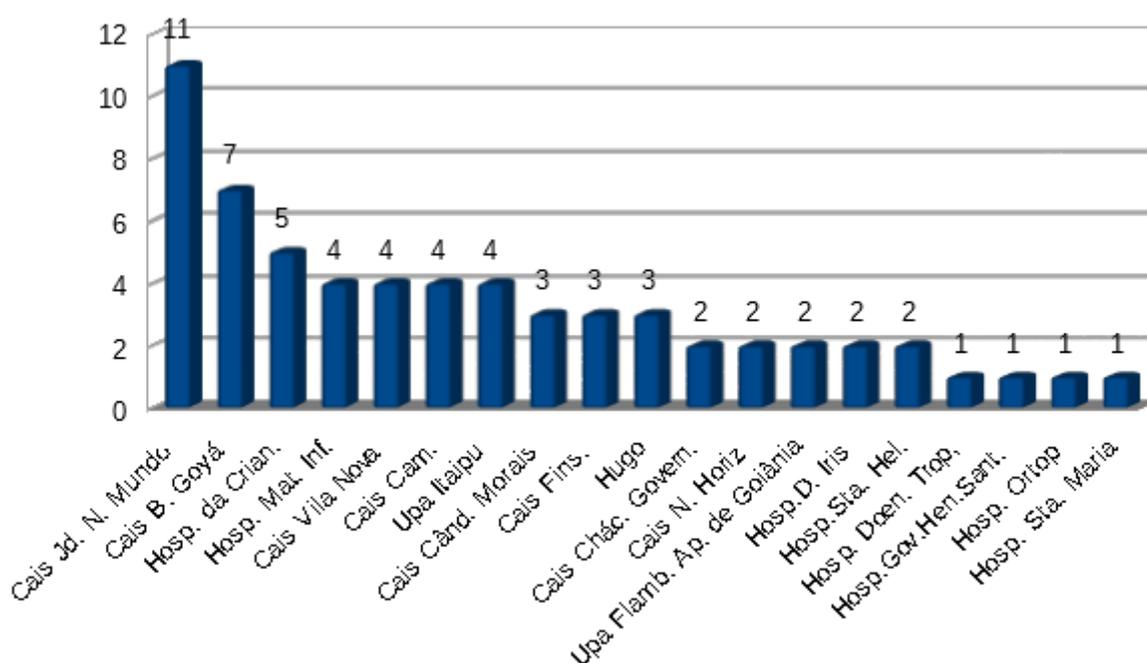


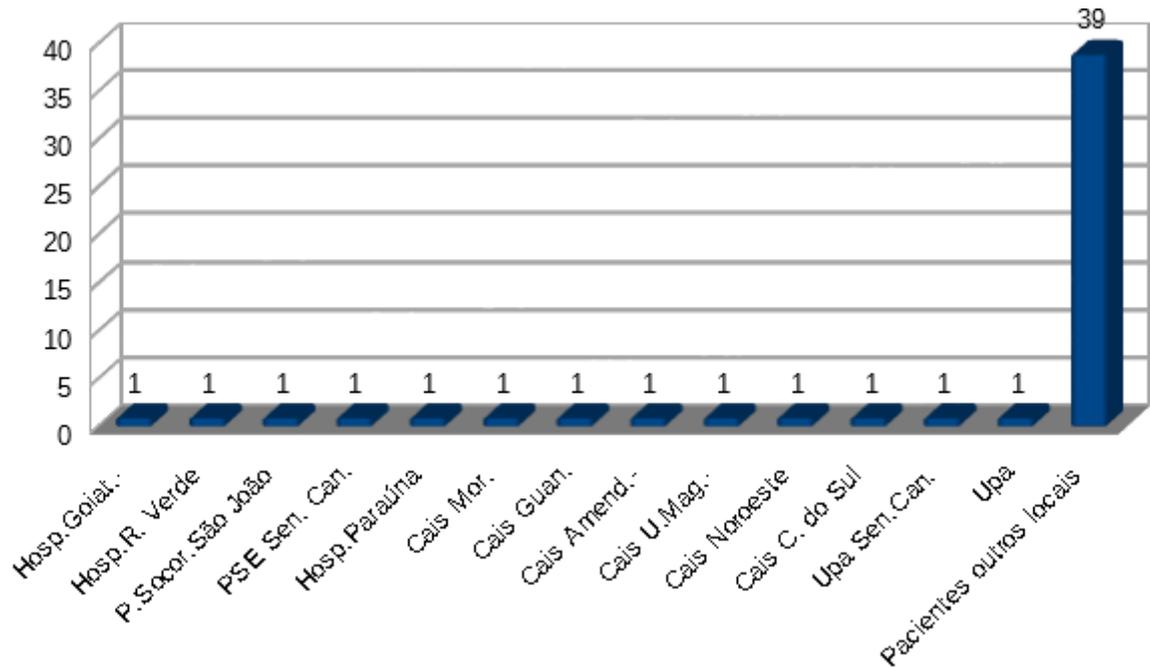
Fonte: elaborado pela autora.

Em relação aos dados de 2018 o Gráfico 20 apresenta a seguinte análise. Os pacientes de CAIS foram 76 e 38 de outros estabelecimentos de saúde e municípios que encaminham o enfermo para a Secretaria Municipal de Saúde para encontrar leito de UTI, fato que comprova que embora a quantidade de leito em UTI para o município de Goiânia e apresentar porcentagem elevada em relação à média

nacional segundo AUDITASUS, a escassez de leitos é provocada em razão dos municípios que não possuem estabelecimentos de saúde em UTI encaminham os doentes para a Capital. Os CAIS do Jardim Novo Mundo, Goyá, Vila Nova, Campinas e Itaipu, e os hospitais da Criança e Materno Infantil foram os locais em que houve maior solicitação de atendimento. A especialidade em cardiologia foi a que mais predominou com 18 casos nesse marco temporal.

Gráfico 21 - Estabelecimentos de saúde nos quais os pacientes aguardavam atendimento em 2018





Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 5 - Especialidades médicas levantadas nas decisões judiciais de 2017

Especialidade	Qde	Especialidade	Qde	Especialidade	Qde
AVC	2	cardiologia	18	Der.pleural	1
H1N1	2	renal	16	hemat.	1
Neoplasia	2	pneumo	14	Gestação	1
der.pleural	1	neurologia	9	Trombose	1
trombose	1	oncologia	8	Gastro	1
diabetes	1	ortopedia	5	Tuberculose	1
não informa	16	não informado	5	Tentativa suicídio	1
Cist.abd	2	cirurgia	4	HIV	1
Perf.intest.	2	diabetes	2	Dengue	1

Traum. Cran.	2	isquemia	2	Meningite	1
Insuf. Resp	2	calc.vesic	2	Insuf. Hepática	1
Der.pleural	1	An. Edem. Pulm	1		
hemat.	1	Epilepsia	1		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (2019).

Quadro 6 - Dados de liminares e sentenças das ações no Processo Judicial Digital (PROJUDI) 2017 e 2018

Ações na 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal	Liminar deferida	Liminar indeferida	Sentença procedente julgamento mérito por obter leito em UTI
2017 = 53	51	1	31
2018 = 114	110	4	103

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A análise das decisões liminares trazem à tona o perfil da discussão sobre o direito à saúde. O mandado de segurança em regra é interposto pelo Ministério Público. A ação individual de Obrigação de Fazer segue o padrão de ajuizamento pela Defensoria Pública Estadual e Advogado Particular.

A ação individual em que pese ser criticada por Arenhart (2015), o resultado da pesquisa mostra que por envolver urgência a judicialização para obter o direito à vaga de UTI torna-se o mecanismo utilizado por classes que não suportam o ônus de custear a diária de UTI, por conseguinte, por conseguinte a porta de entrada ao sistema de saúde, pois o direito à vida não pode esperar que o ente governamental promova a política de saúde visando a atender a todos, tendo em vista, que a

pesquisa mostra o desejo governamental em conter os gastos públicos e deixar de investir no Sistema Único de Saúde para atender a política neoliberal, em que toma força os defensores da análise econômica do direito.

O teor da decisão liminar proferida em mandado de segurança e ação de obrigação de fazer seguem um padrão. Expõe os fatos de acordo com a peça inicial do Ministério Público relata o local onde o substituto processual encontra-se em atendimento e qual estabelecimento de saúde, o Setor, a doença, relata o quadro clínico, a justificativa da urgência de que poderá vir a falecer e necessita que seja disponibilizada vaga em UTI. Alicerça-se em laudo e relatório médico. O magistrado aduz que antes de promover a judicialização, houve a tentativa pela parte autora de contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para a obtenção de vaga em UTI. Em caso de negativa ou omissão fundamenta que:

clara violação de direito líquido e certo e que a urgência da tutela jurisdicional é eminente, face ao gravame que uma demora no tratamento pode acarretar à saúde e a vida do enfermo. Pleiteia, pois, a concessão de medida liminar para que seja a impetrada compelida a fornecer o tratamento de saúde necessário na rede pública de saúde ou conveniada ou na impossibilidade de fazê-lo, arcar com a internação em estabelecimento privado até alta médica, sob pena de determinação de bloqueio imediato de numerário em conta do Fundo Municipal de Saúde, a fim de custear o tratamento (TJGO, 2017)³⁰

Embora, o Judiciário goiano tenta adotar o incrementalismo defendido por Quintas (2017) em realizar diálogos institucionais, em parceria com vários entes estatais para promover adequadamente a política pública de saúde. Entretanto, sem a vontade política na criação de novos critérios para analisar o *escore* de riscos de pacientes para indicar a vaga de UTI ou criação de hospitais públicos com suporte em UTI nos municípios que não usufruem de tal benefício, o problema de escassez de leitos de UTI permanecerá e poderá agravar ainda mais.

A fundamentação da sentença aponta o artigo 7º, inciso III, da Lei n. 12.016/2009³¹ como dispositivo legal justifica a necessidade de concessão da

³⁰Processo judicial digital n. 5133930.54

³¹ Art. 7º Ao despachar a inicial, o juiz ordenará:

III - que se suspenda o ato que deu motivo ao pedido, quando houver fundamento relevante e do ato impugnado puder resultar a ineficácia da medida, caso seja finalmente deferida, sendo facultado exigir do impetrante caução, fiança ou depósito, com o objetivo de assegurar o ressarcimento à pessoa jurídica. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/L12016.htm

liminar e no artigo 300 do Código de Processo Civil³² que trata da tutela provisória, sob pena de ser ineficaz caso seja concedida ao final. Argumenta que o requerente deve apresentar a verossimilhança da alegação a possibilitar ao magistrado verificar se ocorre ato abusivo e ilegal.

Em seguida, o magistrado analisa se estão presentes os pressupostos da medida liminar quanto à plausibilidade do direito e o risco de dano irreparável ou difícil reparação. Examina os documentos colacionados aos autos para constatar se o laudo foi realizado por médico, confirma-se o CID, a necessidade e urgência do pedido. Justifica o efeito satisfativo em mandado de segurança contra a Fazenda Pública, que embora encontre restrição no art. 1º, § 3º, da Lei n. 8.437/92³³ é mitigada quanto ao direito do cidadão - direito à vida e colocado em risco, e que é verossímil que o lapso temporal representa extenso gravame à enfermidade. Colaciona jurisprudência do TJGO em caso analógico. Embasa na Constituição Federal, positivada nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal³⁴ e no artigo 2º da Lei n. 8.080/90 de que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”

O final da sentença segue o seguinte padrão:

Isto posto, CONCEDO a liminar pretendida e determino que a Secretária de Saúde do Município de Goiânia ou a quem respeita forneça, no prazo

³² Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

§ 1º Para a concessão da tutela de urgência, o juiz pode, conforme o caso, exigir caução real ou fidejussória idônea para ressarcir os danos que a outra parte possa vir a sofrer, podendo a caução ser dispensada se a parte economicamente hipossuficiente não puder oferecê-la. § 2º A tutela de urgência pode ser concedida liminarmente ou após justificação prévia. § 3º A tutela de urgência de natureza antecipada não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm#art1046

³³ Art. 1º Não será cabível medida liminar contra atos do Poder Público, no procedimento cautelar ou em quaisquer outras ações de natureza cautelar ou preventiva, toda vez que providência semelhante não puder ser concedida em ações de mandado de segurança, em virtude de vedação legal.

§ 3º Não será cabível medida liminar que esgote, no todo ou em qualquer parte, o objeto da ação. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/L12016.htm

³⁴ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF/1988)

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

de 12 (doze) horas, vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no âmbito da rede pública de saúde ou conveniada, sob pena de bloqueio do numerário necessário à sua realização nas contas públicas municipais.

Notifique-se a autoridade coatora dos termos dessa decisão, que valerá como mandado para o seu devido cumprimento, bem assim para que preste as informações que reputar úteis, no prazo de 10 (dez) dias.

Intime-se pessoalmente, o Procurador Geral do Município de Goiânia, nos termos do art. 19 da Lei n. 10.910/2004. (TJGO, 2017)³⁵

Como se vê, o Judiciário goiano torna-se o defensor dos direitos fundamentais, orienta-se no sentido de garantir a dignidade da pessoa humana como princípio reitor de ditos direitos, promove o respeito que todos devem ter ao mínimo para o indivíduo existir e acessar a prestação dos serviços de saúde previstos na Constituição Federal, por ser o mínimo existencial, o valor-fonte do sistema moral e jurídico das sociedades contemporâneas (FRANCISCO, 2010).

No que se refere à decisão liminar em apreciar o pedindo de internação em UTI de um total de 167 processos diminuindo 4 decisões denegatórias totaliza-se 163 processos em que é concedida a liminar que representa 97,6% das decisões levantadas, revela, também que atuação jurisdicional no Tribunal de Justiça do Estado de Goiás pode ser considerada ativista em assegurar o Estado Democrático de Direito em relação aos direitos sociais à saúde, fundamentadas em dispositivos constitucionais e infraconstitucionais. As decisões liminares que indeferem o pleito por internação em UTI se dá em razão de insuficiência de provas, face a ausência de relatório médico a descrever a necessidade de indicação da urgência para internação em UTI, como se vê abaixo:

Ao contrário do afirmado na inicial, inexistente relatório médico, senão o preenchimento de solicitação de vaga de UTI à central de regulação de vagas de Goiânia, sem qualquer descrição do estado da paciente ou indicação de urgência.

As provas exibidas, portanto, não autorizam o deferimento da tutela de urgência, diante da impossibilidade de analisar o perigo de dano.

Isto posto, cravado no art. 300 do CPC, INDEFIRO a tutela antecipatória de urgência pleiteada, podendo ser reexaminada acaso outros elementos sejam trazidos aos autos e evidenciem a situação de urgência. (TJGO, 2018)³⁶

³⁵ Processo judicial digital n. 5133930.54.

³⁶ Processo judicial digital n. 5328212.58

Em relação ao conteúdo decisório das liminares, utiliza-se da Metodologia de Análise de Decisões - MAD (FREITAS FILHO e LIMA, 2016) pode-se verificar em todos os 167 processos analisados que a decisões liminares foram proferidas em um contexto de emergência, com laudos médicos que aponta a necessidade de internação em leito de UTI, em que há afirmação de que o paciente encontrava-se, dentro do quadro de gravidade da enfermidade, com insuficiência renal, cardíaca, respiratória, circulatória, em que a demora na internação pode acarretar graves danos à saúde do enfermo. Os argumentos para deferir sustenta-se na urgência e não adentram aos fatos em toda a complexidade, sendo necessário promover o diálogo com o Núcleo Técnico de Apoio da Justiça (NATJUS).

Isso porque, a coerência na decisão, para o caso analisado, exige-se a comprovação da doença, mediante exames laboratoriais, relatório médico definindo o problema de saúde que, por desconhecimento do magistrado de que poderia determinar a internação em cuidados paliativos, mediante prévio envio aos médicos do Núcleo de Apoio Técnico da Justiça (NATJUS) para avaliar se a situação descrita pelo médico que atendeu o paciente no CAIS, CIAMS e UPAS estaria correto, dada a divergência de *escore* de risco entre médicos socorristas e médicos intensivistas, quanto ao quadro do paciente se estava crônico e portava várias doenças graves, o quadro fisiológico do paciente encontrava-se em alto risco de morte e se a UTI seria o local mais indicado para encaminhar o paciente, que, de acordo com Goldwasser *et al* (2018) seria importante adotar outras técnicas para selecionar melhor o enfermo para que possa se beneficiar da terapia intensiva, a fim de impedir que sejam admitidos pacientes em que o organismo não possui condições fisiológicas para responder aos medicamentos e várias intervenções cirúrgicas, sugerindo a importância do encaminhamento do paciente aos cuidados paliativos.

Podem-se apontar ainda como reflexos produzidos com a concessão liminar de leito de UTI é que o paciente que se encontra aguardando vaga no CAIS, CIAMS e UPAS estão em uma fila virtual que a cada 24 horas se renova obrigando o familiar atentar-se ao acompanhamento do leito de UTI, que é realizado virtualmente e *in loco* pela Agência de Regulação de Vagas como acima mencionado. O gestor da Agência de Regulação de Vagas da Secretaria de Saúde do Município de Goiânia é obrigado a cumprir a ordem judicial e a encontrar um leito de UTI, em que são

fixados os prazos entre 12 e 24 horas, sob pena de multa e bloqueio de verbas.

Tendo ou não vaga disponível, a Secretaria Municipal de Saúde deve seguir a determinação judicial, com sanção prevista como multa, conforme está no anexo 3, no valor que varia entre R\$ 500,00 a R\$ 30.000 mil reais (como pode ser verificado nas amostras de decisões, que depende de cada caso concreto), o leito é disponibilizado imediatamente pela Secretaria e os hospitais cumprem a determinação judicial. Isso porque, o gestor utiliza-se da vaga zero, ainda que exceda a capacidade de leitos, em atendimento a Resolução nº 2.110/2014 do Conselho Federal de Medicina e também pela Portaria nº 2.048/2002 pelo Ministério da Saúde que instituiu a obrigatoriedade de os estabelecimentos hospitalares credenciados e públicos receber pacientes sem que tenha leitos disponíveis para recebê-los, em face de inexistência de outro local para encaminhá-los.

Tais procedimentos de inclusão em UTI não são objetos de análise nos autos, demonstrando-se mais uma vez a necessidade de diálogo. A pesquisa comprova os argumentos de Luz *et al* (2019) sobre os reflexos que a concessão de uma liminar acarreta ao sistema de saúde, porque embora seja embasada em laudo médico, não detém conhecimentos em terapia intensiva para avaliar se o paciente realmente deveria ocupar um leito de UTI, sugerindo que antes de proferir a decisão o juiz deveria submeter a um comitê técnico para auxiliar na avaliação quanto a conceder ou não o direito, em que as decisões devem ser tomadas com cautela para evitar injustiças e insatisfação, levando em consideração comprovação da necessidade clínica, por existir pleitos injustificados de leito de UTI, sugerindo que existe possibilidade de determinados profissionais elaborar laudo para outras finalidades e às perícias devem ser realizadas antes de mandar expedir o mandado de cumprimento da ordem, porque o judiciário tornou-se a porta de entrada no sistema de saúde e furar a fila.

No quadro 7 é possível verificar a quantidade de óbitos durante a tramitação do processo é mais alarmante no ano de 2017 com 42%, enquanto em 2018 representa 10%. Os óbitos ocorrem em razão da delonga na liberação das vagas, porque o *escore* de risco se agrava permanecendo os pacientes em atendimento no CAIS, CIAMS E UPAS sem previsão de data para ser internados.

Quadro 7 - Quantidade de óbitos identificados no curso da ação

Sentença extinta perda objeto falecimento paciente
22 óbitos
11 óbitos

Fonte: Elaboração pela autora.

A quantidade de óbitos revela que a delonga no atendimento e os critérios na análise do *escore* de risco sugere que os agentes políticos deveriam tomar medidas urgentes para modificar a política pública de saúde como forma de evitar que o problema avance ao longo dos anos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário discutir o empoderamento do direito (acesso ao direito) pela sociedade como via de colaboração à função jurisdicional, buscando práticas emancipadoras e o exercício da cidadania no cotidiano, nas práticas sociais. Mais do que acesso à Justiça, a judicialização das políticas públicas é um desafio para a efetivação da cidadania “inclusiva”, atentando para a internalização de valores que viabilizem uma transformação na orientação das ações ou atitudes dos atores em suas práticas cotidianas efetivando os direitos fundamentais. (XIMENES, 2016, p. 621)

Nessa pesquisa busca-se compreender a judicialização ao direito à saúde por acesso de leitos em Unidade de Terapia Intensiva, apresenta o percurso histórico dos direitos e princípios fundamentais até a inserção na Constituição Federal de 1988, revela que durante o caminho a posição dos defensores do Estado Democrático de Direito e do Bem-Estar Social, em confronto com defensores do liberalismo econômico, as transformações do direito à saúde, por meio dos direitos sociais e as lutas travadas pelo Movimento Sanitarista para inseri-lo na Carta Cidadã.

Abordam-se teorias na defesa dos direitos fundamentais e investimento necessário à manutenção do Sistema Único de Saúde, como forma de cumprir os

fins propostos na Constituição Federal e na legislação que rege o direito à saúde, a questão orçamentária, os impostos que financiam o direito que garante a concretização dos direitos fundamentais, mostrando a perspectiva da análise econômica do direito, com os custos dos direitos fundamentais em contraposição aos defensores do garantismo constitucional. A pesquisa afunila-se para descrever a diversidade de compreensão sobre as políticas públicas relacionadas à saúde e os debates travados nesse cenário com os argumentos favoráveis e contra a intervenção do Poder Judiciário nesse campo, bem como as ferramentas teóricas aplicáveis ao caso em estudo.

O cenário sobre a Unidade de Terapia Intensiva aborda a nível nacional, estadual e municipal, levanta dados para verificar o quantitativo de leitos existentes para atender a coletividade, lastrado em dados oficiais do SUS, DATASUS, AUDITASUS, contextualizando com as diversas posições favoráveis e contra o acesso de leito de UTI, os requisitos para a internação sob as perspectivas de diversos atores.

Em relação à judicialização da saúde, busca-se identificar os motivos pelas quais as pessoas legitimam a atuação do Poder Judiciário a responsabilidade para solucionar os conflitos pela escassez de vagas em UTI, observa os papéis desenvolvidos por diversos atores, dentre eles o Ministério Público, Defensoria Pública Estadual, Defensoria Pública Municipal, Advogados, Magistrados, profissionais de saúde, e sobre os reflexos que os mandatos judiciais provocam na gestão do sistema.

Realiza-se a análise de 167 processos da 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal da Comarca de Goiânia, traçando múltiplas variáveis para a compreensão desse importante fenômeno que, por se tratar de urgência/emergência, a demora em analisar o direito reclamado pode provocar danos irreversível à saúde do paciente, inclusive a morte, mormente quando a permanência na vila virtual da Agência de Regulação de Vagas, aguardando vagas, que a cada 24 horas, exige-se renovação, mostra que o sistema deve sofrer modificação, permanecendo o nome do paciente na fila até que a vaga seja disponibilizada.

A análise dos processos mostra que a maioria das pessoas que judicializam

políticas públicas de saúde não possuem planos privados para assegurar tratamento da doença, são de baixa renda, utilizam-se do Sistema Único de Saúde para obter acesso à UTI. Houve o predomínio de ações individuais, como: mandado de segurança e ação de obrigação de fazer. Em razão do alto custo da diária de UTI, pessoas que se encontram internadas nos hospitais privados buscam a transferência para que a Secretaria de Saúde pague a diária, o que ocasiona o “fura fila”. Entretanto, nas sentenças analisadas não se estabelece limites quanto ao valor que a Secretaria Municipal de Saúde deve arcar. E nem há fixação quanto ao valor da diária se será na tabela SUS ou da rede privada e nem obrigatoriedade para os planos de saúde que não cobrem os custos a devolução das diárias ao SUS.

A quantidade de leitos de UTI para Goiânia encontra-se acima do percentual determinado pelo Ministério da Saúde, mas por haver municípios que não possuem UTI e municípios, que embora tenham estabelecimentos de saúde com UTI não conseguem atender toda a população. Buscam na Secretaria Municipal de Saúde a urgência/emergência para internação em UTI, razão pela qual a quantidade de leitos tornam-se escassos e insuficientes, por isso ocasiona a judicialização da saúde.

É importante ressaltar que o recorte da pesquisa, aliada ao fator tempo, não avançou para a compreensão ampla sobre o acesso a leito de Unidade de Terapia Intensiva, pois deveria ser realizada uma pesquisa de abrangência maior em todo o Estado de Goiás, mediante a utilização de *softwares* com capacidade de armazenamento de dados para realizar o mapeamento completo sobre a situação de leitos em Goiás. Deveria também ser coletados dados por estabelecimentos de saúde, para compreender a quantidade de pessoas que buscam por leito de UTI e não conseguem judicializar vindo à óbito. Outra abordagem interessante a ser investigada poderia ser o financiamento dos recursos públicos no setor privado de planos de saúde, com a análise dos contratos realizados entre as OS e os governantes para verificar como o dinheiro público está sendo gasto, cujos percursos pretendo realizar em um futuro doutorado.

A pesquisa descortina desconhecimentos relacionados à Terapia Intensiva, diante da bibliografia fragmentada sobre o assunto, e apresenta um recorte ínfimo sobre a realidade que permeia a judicialização da saúde a acesso a leitos em terapia intensiva. Cabe ao Poder Judiciário realizar a harmonia e o equilíbrio entre os

poderes, salvaguardar os direitos fundamentais na promoção da concretização dos direitos sociais e auxiliar os Poderes Legislativo e Executivo na alocação de recursos, em que as interfaces mostradas são complexas e demandam recursos orçamentários.

Por se tratar de matéria interdisciplinar que envolve diversos atores e gama de complexidade quanto ao levantamento de dados, com conceitos e termos técnicos diversos da área jurídica para a compreensão não só do fenômeno, mas também perceber as necessidades de classes sociais desfavorecidas que judicializam por saúde, por não possuírem recursos financeiros para arcar com o pagamento das diárias, consultas, exames, procedimentos, equipamentos avançados e tecnológicos de uma Unidade de Terapia Intensiva. Dificuldades em se levantar dados processuais, em razão da deficiência no sistema de busca do Processo Judicial Digital (PROJUDI) não se restringir ao descritor inserido na pesquisa, além de haver duplicidade de processos, comarcas diversas do indexador solicitado.

O estudo traz aspectos sobre as perspectivas médicas quanto à judicialização da saúde e o impacto na gestão da Agência de Regulação de Vagas de UTI na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia,, produz reflexos ao gestor hospitalar na alocação de leito, ocasiona desigualdades entre pessoas que se encontram em situações idênticas, em que profissionais de saúde questionam como vão cumprir a ordem judicial diante da precariedade, sucateamento em todo o sistema de saúde, dentre eles a UTI.

Há pontos positivos a ser ressaltados como as Recomendações do Conselho Nacional de Justiça, no sentido de determinar a criação de varas especializadas para analisar a judicialização da política pública de saúde, cujo objeto deverá ser perseguido pelos Tribunais do País na promoção de estrutura operacional e apoio técnico especializado para dar suporte ao magistrado para decidir situações de urgência em atenção básica de saúde, alinhando a atuação jurisdicional no sentido de promover a Justiça. Nesse aspecto, o Tribunal de Justiça de Goiás avança ao criar ferramentas para efetivar o direito à saúde, em promover diálogos institucionais e apontar possíveis soluções.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Luís Fernando Diniz. O ativismo judicial e constrangimentos a posteriori. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 5, n. 1, p. 129-150, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/56088>. Acesso em 08 dez. 2019.

ARENHART, Sérgio Cruz. Processos estruturais no direito brasileiro: reflexões a partir do caso da ACP do carvão. **Revista de Processo Comparado** | vol. 2/2015 | p. 211 - 229 | Jul -.ob. Loc. Cit. Dez / 2015.DTR\2016\46.revistadeprocessocomparado.com.br/wp-content/uploads/2016/01/ARENHART-Sergio-Artigo-Deciso-es-estruturais.pdf. 22 de ago. 2017.

ARIYO, Promise; SWOBODA, Sandy. Preparando pacientes para a vida após a UTI. Site SCCM-2013-4-Agosto – **Gerenciando Síndrome pós-intensivo na UTI**. Disponível em: <https://www.amib.org.br/noticia/nid/preparando-pacientes-para-a-vida-apos-uti/>. Acesso em 07.set.2019.

ASENSI, Felipe Dutra. **Indo além da judicialização**: o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; Centro de Justiça e Sociedade, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/10313/Indo%20al%C3%A9m%20da%20Judicializa%C3%A7%C3%A3o%20-%20O%20Minist%C3%A9rio%20P%C3%BAblico%20e%20a%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em 08 dez. 2019.

ÁVILA, Ana Paula Oliveira; BITENCOURT, Daniella. Orçamento Público e a Efetivação dos Direitos Humanos. **XIII SEPesq. Semana de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação. Inovação**. 27.11 a 0.12.2017. Campus FAPA. Disponível em https://www.uniritter.edu.br/files/sepesq/arquivos_trabalhos_20172/4924/1996/244.pdf. Acesso em 22. de ago.2019.AVILA, Ana Paula Oliveira; MELO, Karen Cristina Correa de. Separação de poderes e diálogos institucionais nos litígios envolvendo o direito à saúde. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/54934>. Acesso em 25 out. 2019.

BAHIA, Lígia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(7):e00067218. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2018000700401&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. 29 de nov. 2019.

BARCELLOS, Ana Paula. Normatividade dos Princípios e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana na Constituição de 1988.**R. Dir. Adm.**, Rio de Janeiro, 221: 159-188, jul;set. 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/download/47588/45167..> Acesso em 08 dez. 2019

BARCELLOS, Ana Paula. Neoconstitucionalismo, Direitos Fundamentais e Controle das Políticas Públicas. **R. Dial. Jur.**n. 15.jan/fev/mar/ 2007 - Salvador - Bahia-Brasil. p.1. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/download/43620/44697>. Acesso em 08.dez. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Ed. Edições 70, São Paulo, 1977. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod_resource/content/1/BARDIN%2C%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa%20edi%C3%A7%C3%B5es%2C%2070%2C%20225..pdf. Acesso em 08. dez. 2019.

BARBOZA, Estefânia Maria de Queiroz; KOZICKI, Katya. Judicialização da política e controle judicial de políticas públicas. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 59-86, jan./jun. 2012.Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/23970>. Acesso em 08.dez.2019.

BARROSO, Luís Roberto; BARCELOS, Ana Paula. O começo da história: a nova interpretação constitucional e o papel dos princípios no direito brasileiro. **R. Dir. Adm.**, Rio de Janeiro, v. 232, p. 141-176, abr./jun. 2003.Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/download/45690/45068>. Acesso em

08.dez.2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

BENTHAM, Jeremy, 1748-1832. Uma introdução aos princípios da moral e da legislação de Jeremy Bentham, 3ª Ed. **Coleção os pensadores**. São Paulo. 1984. pág. 4.

BIEHL, João. PATIENT-CITIZEN-CONSUMERS: JUDICIALIZATION OF HEALTH AND METAMORPHOSIS OF BIOPOLITICS. **Lua Nova**, São Paulo. n. 98, p. 77-105, Aug. 2016 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452016000200077&lng=en&nrm=iso. Acesso 23 Nov. 2019

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho, 7ª Tiragem, Ed. Elsevier Campus. 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/297730/mod_resource/content/0/norberto-bobbio-a-era-dos-direitos.pdf. Acesso em 08 dez.2019.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**, 2002, Ed. Saraiva. São Paulo. p.241. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198/r133-10.PDF?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em 08.dez. 2019.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Direito Constitucional ao Alcance de Todos**. 4ª ed.rev.atual., Ed. Saraiva, São Paulo, 2012, p.330

BRANDÃO, Rodrigo. São os Direitos Sociais Cláusulas Pétreas? Em que Medida? **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e Direitos Sociais em espécie**. Coord. NETO, Cláudio Pereira de Souza ;SARMENTO, Daniel *et alli*, 2ª tir. Ed. Lumen Juris. Rio de Janeiro. 2010.pp. 451-483.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Portaria n. 1.805/2006 Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm. Acesso em 29 de nov. 2019.

_____ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Recomendação n. 43/2013**. Recomenda aos Tribunais de Justiça e ao Tribunais Regionais Federais que promovam a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=1823>. Acesso em 29 nov. 2019.

_____ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ), **Recomendação nº 36/2011-** constituir o Núcleo de Apoio do Judiciário (NAT JUS GOIÁS) no âmbito do Poder Judiciário em Goiás. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=847>. Acesso em 08.dez.2019

_____ Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>. Acesso em 28 nov. 2019

_____ Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional n. 27** de 21 de março de 2000. Acrescenta o art. 76 ao ato das Disposições Constitucionais Transitórias, instituindo a desvinculação de arrecadação de impostos e contribuições sociais da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc27.htm. Acesso em 08 de dez. 2019.

_____ Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional n. 29** de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35,156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc27.htm. Acesso

em 08 de dez. 2019.

_______Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional n. 42** de 19 de dezembro de 2003. Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc42.htm. Acesso em 08 dez.2019.

_______Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional n. 57** de 20 de dezembro de 2007. Prorroga o prazo previsto no *caput* do art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc56.htm. Acesso em 08 dez.2019.

_______Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional n. 68** de 21 de dezembro de 2011. Altera o art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc68.htm. Acesso em 08 dez.2019.

_______Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional n. 93** de 08 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc93.htm. Acesso em 08. dez. 2019.

_______Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. Complementar 101/2000. Estabelece normas de finanças públicas voltada para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em 29 de nov. 2019.

_______Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.080/90. Instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 29 de nov. 2019.

_______Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a 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. 29 de nov. 2019.

_______Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos Lei n. 8.213/1991. Dispõe sobre planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em 15 nov. 2019.

_______Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos Lei nº 9.656/98 que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em 29 de nov. 2019.

_______Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos Lei 13.898/2019. Lei de Diretrizes Orçamentária. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2020 e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/ldo>. Acesso em 29 de nov. 2019.

_______Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em 22.nov.2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.101. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os **parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>. Acesso em 29 de nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559/2008 Institui a **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>. Acesso em 29 de nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.631/2015. **Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>. Acesso em 29 de nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.048/2002. O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde; Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>. Acesso em 29 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.809/2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>. Acesso em 29 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 7, de 25 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em : http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em 29. nov.2019.

_____. PEC 87. **Altera o art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**. Prorroga a vigência da Desvinculação de Receitas da União (DRU) até 31 de dezembro de 2023, alterando a sua forma de cálculo, de forma a limitar seu alcance e aumentar sua efetividade. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=15678152015>. Acesso em 08. dez. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A *et al* (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, Editora Cortez, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em 19 set.2019.

BURLÁ, Cláudia. Cuidados paliativos: afinal, do que se trata? Conflitos bioéticos do viver e do morrer/Org. MORITZ, Rachel Duarte. **Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina**. – Brasília: CFM; 2011.

CALIENDO, Paulo. Reserva do possível, direitos fundamentais e tributação. **Direitos Fundamentais: orçamento e “reserva do possível”** SARLET, Ingo Wolfgang. *et al* (orgs.) Ed. Livraria do Advogado. 2008. Porto Alegre.pp. 195-207.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 6ª ed. Coimbra: Almedina, 2002.

CAMPILONGO, Celso Fernandes. **Política, Sistema Jurídico e Decisão Judicial**. São Paulo: Max Limonad, 2002.

CAPELLETTI, Mauro. Acesso à Justiça ?. Porto Alegre. Sérgio Antônio Fabris Editor, 1988.

CAPELLETTI, Mauro. **Juízes Legisladores?**. Porto Alegre. Sérgio Antônio Fabris Editor, 1999.

CARVALHO, Pedro de Menezes; LIMA, Renata Dayanne Peixoto de. Orçamento público e direito fundamental: a limitação orçamentária à implementação dos direitos fundamentais. **Científico**, Fortaleza, v. 15, n. 32, p. 195-220, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://revistacientifico.adtalembrasil.com.br/cientefico/article/view/283>. Acesso em 08.dez.2019.

CASAGRANDE, Renato; FREITAS FILHO, Roberto. O problema do tempo decisório nas políticas públicas. **Brasília a.** 47 n. 187 jul./set. 2010. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/198690> .Acesso em: 22.nov.2019.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de; LAZZARI, João Batista. **Manual de direito previdenciário**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.jfjb.jus.br/wp-content/uploads/2017/09/Manual-de-Direito-Previdenci%C3%A1rio-PDF.pdf>. Acesso em 22.nov.2019.

CASTRO, Mariana Parreiras Reis de; ANTUNES, Cafure; MARCON, Maria Pacelli; ANDRADE, Lucas Silva; RÜCKL, Sarah; ANDRADE, Vera Lúcia Ângelo. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática, **Rev.bioét.**(Impr).2016:24 (2):355-67).Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136>. Acesso em 05.nov.2019.

CENSO – ASSOCIAÇÃO MÉDICA INTENSIVISTA DO BRASIL (AMIB) 2016. Disponível em: [www.amib.org.br > censo-amib > censo-amib-2016](http://www.amib.org.br/censo-amib/censo-amib-2016). Acesso em 22. nov. de 2019.

CENSO – ASSOCIAÇÃO MÉDICA INTENSIVISTA DO BRASIL (AMIB) 2010. Disponível em: [https://www.amib.org.br > censo-amib > censo-amib-2010](https://www.amib.org.br/censo-amib/censo-amib-2010). Acesso em 22. nov. de 2019.

CINTRA, G. Saúde: direito ou mercadoria? In: COSTA, Alexandre Bernardino *et al* (Orgs.). O Direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. **Brasília: CEAD/UNB**, 2009. Disponível em: <http://prodisa.fiocruz.br/publi/O%20Direito%20Achado%20na%20Rua.pdf>. Acesso em: 22.11.2019.

CHOMSKY, Noam. **O Lucro ou as pessoas?** 5ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Bertrand Brasil. 2006.

CPAJA _ Centro de Pesquisa Jurídica Aplicada.GRINOVER, Ada Pellegrini (org) *et al.* **Avaliação da prestação jurisdicional coletiva e individual a partir da judicialização da saúde**.São Paulo, 2014. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/18674>. Acesso em 22.nov. de 2019.

CUCHI, Maristela. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação da percepção do profissional de um hospital público em Mato Grosso Sorriso – MT. **Dissertação de mestrado**. Orientador: Douglas Ferrari. 2009. Disponível em: http://www.ibrati.org/sei/docs/tese_514.doc. Acesso em 08. dez.2019.

DICIONÁRIO, Online de português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/axiologia>. Acesso em 31.out..2019.

ELIAS, Adriana Cristina Galbiatti Parminondi; MATSUO, Tiemi; CARDOSO, Luciene Tibery Queiroz; GRION, Cintia Magalhães Carvalho. Aplicação do Sistema de Pontuação de Intervenções Terapêuticas (TISS 28) em Unidade de Terapia Intensiva para Avaliação da Gravidade do Paciente. **Ver. Latino-am Enfermagem**.São Paulo. 2006, maio-junho 14 (3): Disponível em :. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 22.nov.2019

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e Razão: teoria do garantismo penal**. São Paulo: Ed. RT, 3ª Ed., pp. 733-734, 2002.

FERREIRA, Anna Carolina *et al.* A personificação do direito: uma abordagem sociolinguística. **Portal Jurídico Investidura**, Florianópolis, SC, 7 abr. 2009. Disponível em: <http://investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/filosofia-do-direito/3256-a-personificacao-do-direito-uma-abordagem-socio-lingueistica>. Acesso em: 16 jun. 2019.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**. ano XXIII, n. 79, p. 259-272, ago. 2002. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/poescrito/article/download/7953/6643>. Acesso em 08.12.2019.

FERREIRA, Francisco Gilney Bezerra de Carvalho; LIMA, Renata Albuquerque. A Desvinculação das Receitas da União (DRU) como Instrumento de Flexibilização do Orçamento Público no Brasil: necessidade ou distorção. **Revista de Direito Tributário e Financeiro** | e-ISSN: 2526-0138| Curitiba| v. 2| n. 2 | p. n. 2 | p. n. 2 | p. 309-330| Jul/Dez. 201 | Jul/Dez. 201 | Jul/Dez. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321073174_A_Desvinculacao_das_Receitas_da_Uniao_DRU_como_Instrumento_de_Flexibilizacao_do_Orcamento_Publico_no_Brasil_Necessidade_ou_Distorcao. Acesso em 23 set. 2019.

FRANCISCO, José Carlos. Dignidade da Pessoa Humana, Custos Estatais e Acesso à Saúde. **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e Direitos Sociais em espécie**. Coord. NETO, Cláudio Pereira de Souza e SARMENTO, Daniel *et alli*, 2ª tir. Ed. Lumen Juris. Rio de Janeiro. 2010.

FREITAS FILHO, Roberto. **Crise do direito e juspositivismo: a exaustão de um paradigma**. Brasília: Brasília Jurídica, 2013. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/4067/1/Crise%20do%20Direito.pdf>. Acesso em 08. Dez. 2019.

FREITAS FILHO, Roberto; LIMA, Thalita Moraes. **Metodologia de análise das decisões - MAD**. Univ. JUS, Brasília, n. 21, p. 1-17, jul./dez. 2010. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/jus/article/download/1206/1149>. Acesso em 08.dez.2019.

FREITAS FILHO, Roberto; BRUM, Camila Japiassu Dores. A retórica do direito à saúde no Supremo Tribunal Federal. **Universitas Jus**. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/jus/article/view/2818>. Acesso em 08.dez.2019.

FREITAS FILHO, Roberto; SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **Direito fundamental à saúde no SUS e a demora no atendimento em cirurgias eletivas**. RDU, Porto Alegre, v. 12, n. 67, p. 70-102, jan./fev. 2016. Disponível em: http://www.bdr.sintese.com/AnexosPDF/RDU%2067_miolo.pdf. Acesso em 08. Dez. 2019.

GOLDWASSER, Rosane Sônia. LOBO; Maria Stella de Castro; ARRUDA, Edilson Fernandes; ANGÉLO, Simone Audrey; RIBEIRO, Eliana Claudia de Othero; SILVA, José Roberto Lapa. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2018;30(3):347-357. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v30n3/0103-507X-rbti-30-03-0347.pdf>. DOI: 10.5935/0103-507X.20180053

GOIÁS. (Município) Lei municipal 9.756, de 19 de março de 2016. Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação da quantidade de pacientes que aguardam por UTI - Unidade de terapia Intensiva, em tempo real, no site da Secretaria _____Municipal de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município Goiânia 6294** 30 mar. 2016.

_____ (Município) Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Diretoria de Regulação Avaliação, controle e auditoria – disponível em : <https://portal.al.go.leg.br?arquivos/comissao/195.pdf>. Acesso em 21.out.2019.

_____ (Estado) SECRETARIA DE SAÚDE ESTADUAL. (SES) **Portaria 269, de 18 de abril de 2016**. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/portaria-no-269-2016.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____ (Estado). PODER JUDICIÁRIO. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO) - **Acordo de Cooperação Técnica n. 001/2012** Acordo de Cooperação Técnica que entre si celebram a Justiça Federal Seção Judiciária, a Secretaria do Estado de Goiás, a Secretaria de Saúde do Município de Goiânia, e o Comitê Executivo Estadual do Fórum de Saúde do Judiciário.

http://docs.tjgo.jus.br/judicializacao/Docs/termo_cooperacao_tecnica.pdf. Acesso em 08.dez.2019.

_____(Estado). Secretaria do Estado de Goiás Casa Civil. Lei n. 17.961/2013. Dispõe sobre condições organizacionais para adoção de **métodos consensuais de solução de conflitos, no âmbito da Justiça Estadual**, e dá outras providências. Disponível em: http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_leis.php?id=10611. Acesso em 29 de nov. 2019.

_____(Estado).PODER JUDICIÁRIO. Resolução 90, de 17 de setembro de 2018 - PROAD n. 201712000070503. Dispõe sobre o estabelecimento de competência prioritária para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública na Comarca de Goiânia. *Sala de Sessões do Órgão Especial do Tribunal de Justiça de Goiás*, em Goiânia, aos 17 dias do mês de setembro de 2018. Disponível em: <http://tjdocs.tjgo.jus.br/documentos/496473>. Acesso em 08 dez.2019.

_____(Estado). Poder Judiciário. Município de Goiânia. 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal. Sentença. Processo n. 5610786.57.2018.8.09.0051. Ação de Obrigação de Fazer. Autor: José Lemos. Decisão Liminar Deferida. Dr. Gustavo Dalul Faria. Data publicação. 23.12.2018. Disponível em: <https://projudi.tjgo.jus.br/BuscaProcessoPublica>. Acesso em 08.dez. 2019.

_____(Estado). Poder Judiciário. Município de Goiânia. 2ª Vara da Fazenda Pública Municipal. Sentença. Processo n. 5133930.54.2017.8.09.0051. Ação de Mandado de Segurança. Autor: Ministério Público.Substituição Processual a João Fernandes de Jesus. Decisão Liminar Deferida. Dr. F.A. de Aragão Fernandes. Data intimação. 05.05.2017. Disponível em: <https://projudi.tjgo.jus.br/BuscaProcessoPublica>. Acesso em 08.dez. 2019.

HAJJAR, Ludhmila Abrahão. As UTI's estão na UTI. CREMEP. Conselho Regional de Medicina do Estado do Pernambuco. 1. Mar. 2019. Disponível em: cremepe.org.br/2019/03/01/as-utis-estao-na-uti/. Acesso em 25 de out. 2019.

HESSE, Konrad. **A força normativa da constituição**. Tradução de: Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre. S. A. Fabris 1991.

HIRSCH, Ran. O novo constitucionalismo e a judicialização da política pura no mundo. Revista de Direito Administrativo. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12660/rda.v251.2009.7533> . Acesso em 09 de nov. 2019

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The cost of rights: why liberty depends on taxes**. New York: Norton, 2000.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Políticas sociais: acompanhamento e análise** n. 23. In: Saúde. Brasília: Ipea, 2015. cap. 3. p. 117-179. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_23_14072015.pdf. Acesso em: 23 jun. 2017.

Deflagrada operação contra pagamento de propina a funcionários do Samu em Goiás - Jornal O Popular. Cidades. Goiânia, 21. Jun. 2016. Disponível em: <https://www.opopular.com.br/noticias/cidades/deflagrada-opera%C3%A7%C3%A3o-contra-pagamento-de-propina-a-funcion%C3%A1rios-do-samu-em-goi%C3%A1s-1.1105381>. Acesso em 16 nov. 2019.

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. Estrutura Normativa dos Direitos Fundamentais Sociais e o Direito Fundamental ao Mínimo Existencial. NETO, Cláudio Pereira de Souza *et al* (coord.). **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. 2ª tiragem. Rio de Janeiro. Ed. Lumen Juris.2010. pp. 279-312.

LIMA, Ricardo Seibel de Freitas. Direito à saúde e critérios de aplicação, SARLET, Ingo Wolfgang *et al* (orgs). **Direitos Fundamentais orçamento e “reserva do possível”**..Porto Alegre. Ed. Livraria do Advogado. 2008. pp.265-283.

LIMA, Wedner Costodio; LIMA, Wiliam Costodio. Judicialização da política e ativismo judicial: o limite da interpretação da constituição e a relação entre direito e política na jurisdição constitucional. **XII**

Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. 2016. p. 1-16. Disponível em: <file:///C:/Users/asus/Desktop/REVIS%C3%95ES/judicializa%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso 26 jun. 2019.

LOPES, José Reinaldo de Lima. Em torno da “reserva do possível”. **Direitos Fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. SARLET, Ingo Wolfgang *et al* (orgs.), Porto Alegre. Ed. Livraria do Advogado. 2008. pp. 173-193.

LUZ, Regina da Luz. VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. PETER, Elizabeth. BARLÉM, *et alli*. Advocacia na terapia intensiva diante da internação por ordem judicial: qual a perspectiva dos enfermeiros? **Texto & Contexto Enfermagem** 2019, v. 28: e20180157 ISSN 1980-265X DOI. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072019000100375&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 15 nov. 2019.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. ROA, Alejandra Carrillo (Organizadores). – Rio de Janeiro. ABrES. Brasília. Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. OPAS/OMS no Brasil, 2016.260 p. : i Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em 22.nov.2019.

MAZZUTTI, Sandra Regina Gonzaga. NASCIMENTO, Andréia de Fátima. FUMIS, Renata Rego Lins. Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. 2016;28(3):294-300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-507X2016000300294&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 15 nov. 2019.

MENDES, Gilmar Ferreira Mendes. BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo. Ed. Saraiva. 12ª ed.rev.e atual. 2017.- (Série IDP).

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. São Paulo. Ed. Saraiva. 2008.

MORITZ, Rachel Duarte org. **Conflitos bioéticos do viver e morrer**. Conselho Federal de Medicina. Brasília 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/conflitos.pdf>. Acesso em 22.nov.2019.

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes; SOUZA, Jéssica de Oliveira Sousa. Limitação do suporte de vida na terapia intensiva: percepção médica. **Rev. bioét.** (Impr.). 2017; 25 (3): 554-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-804220172532>. Acesso em 29 nov. 2019.

PANCOTTI, Helena Silva. A defesa do princípio da fraternidade expresso nas encíclicas papais como instrumento de diminuição das desigualdades sociais. **Revista CIDP**. PT disponível em http://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2018/2/2018_02_0565_0582.pdf acesso em 02.out.2019.

PEREIRA, Sylvia Patrícia Dantas. A Efetivação do Direito à Saúde no Contexto da Judicialização da Política Pública . **Rev.Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. v. 2., CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília. 2018.

PINHEIRO, Maria Cláudia Bucchianeri. **A Constituição de Weimar e os direitos fundamentais sociais A preponderância da Constituição da República Alemã de 1919 na inauguração do constitucionalismo social à luz da Constituição Mexicana de 1917**. *Brasília a. 43 n. 169 jan./mar. 2006. disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/92449/Pinheiro%20Maria.pdf?sequence=2>*. Acesso em 02.out.2019.

ROSA, Alexandre Morais; GONÇALVES, Jéssica. Os Custos dos Direitos Fundamentais Justificam a Negação. Para além do discurso a la Pollyana. ROSA, Alexandre Morais. *et al* (org.) **Análise Econômica do Direito: desafios da leitura da economia no Brasil**. Florianópolis. Ed. Empório do Direito.2017. pp.25-37v.

QUINTAS, Fábio Lima. Juízes-administradores: a intervenção judicial na efetivação dos direitos

sociais. **RIL Brasília** a. 53 n. 209 jan./mar.2016 p.31-51. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/53/209/ril_v53_n209_p31. 27 nov. 2019.

RISCADO, Priscila Ermínia; RICARDO, Agum Ribeiro; FIOCRUZ, Maria Deane. A Interdisciplinaridade Das Políticas Públicas: Algumas Considerações A Partir Das Ciências Sociais. **Revista Política Hoje** - v. 27, n. 1. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politicohoje/article/view/239111/30891>. Acesso em: 22.nov.2019.

ROSA, Alexandre Moraes; GONÇALVES, Jéssica. Os Custos dos Direitos Fundamentais Justificam a Negação. Para além do discurso a la Pollyana. *Análise Econômica do Direito: desafios da leitura da economia no Brasil*. ROSA, Alexandre de Moraes; GUASQUE, Barbara (orgs.) *et all*. Florianópolis.SC. 1ª ed. Ed. Empório do Direito.2017. pp.25-36.

SÁ, Coriolano Antônio de Lemos. ROCHA, José Sebastião. ALMEIDA, Sídia Fonseca. Análise de Custo-Leito de Uti Hospitalar. **Anais do IVSINGEP** –São Paulo SP–08, 09 e 10/11/2015. Disponível em: <https://singep.org.br/4singep/resultado/396.pdf>. Acesso em 29 de nov. 2019.

SANCHEZ, Kilda Mara; SEIDL, Sanches Eliane Maria Fleury. Ortotanásia: uma Decisão Frente à Terminalidade. **Interface Com. Saúde Educação**. v.17, n.44, p.23-34. jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414-32832013000100003. Acesso em 29 de nov. 2019.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento.; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, 32(92), 47-61. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/146437>. Acesso em 19 nov. 2019.

SALVADOR, Evilásio da Silva. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.117>. Acesso em 25.09.2019.

SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **A judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública**. Tese de doutorado. Orientador: Arnaldo Sampaio de Moraes Godoy. UNICEUB. Brasília. 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em 08 de ago. 2019.

SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **A saúde aos cuidados do judiciário : a judicialização das políticas de assistência farmacêutica no Distrito Federal a partir da jurisprudência do TJDF**. 2009. 159 f. Dissertação (Mestrado em Direito)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em : <https://repositorio.unb.br/handle/10482/4153>. Acesso em 08 dez. 2019.

SANTOS, Nelson Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sus: Tendências e Desafios após 20 Anos. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.2 n.1, p. 103-121, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/download/543/1528>. Acesso em 23 set. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre. Ed. Livraria do Advogado. 4ª ed.rev.atual. e ampl. 2004, p. 48.

SCHULZE, Clênio Jair. Direito à Saúde e a Judicialização do Impossível. Coletânea da Saúde. Os Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 1ª ed. 2018. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/dilemas-do-fenomeno-da-judicializacao-da-saude/>. Acesso em 06 de out. 2019.

SIMÃO, Juliana Barby. ORELLANO, Verônica Inês. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Revista Eletrônica Scielo**. Estudos Econômicos. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-4161201545133jbv>. Acesso em 23 set. 2019.

SILVA, Bárbara Virgínia Groff Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. Aedos - **Revista do Corpo Discente do Programa de Pós graduação em História pela UFRGS** n. 12 vol. 5 – pp. 133-

143. Jan/Jul 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612015000100033. Acesso em 19 set. 2019.

SILVA, Denival Francisco. Sobre Ovelhas e Invejosos: o pragmatismo e a maximização da riqueza em Posner. ROSA, Alexandre Morais. *et al* (orgs.) **Análise Econômica do Direito: desafios da leitura da economia no Brasil**. Ed. Empório do Direito. Florianópolis, SC.pp.73-89v, 2017.

SILVA, Denival Francisco.**De Guardião a Vilão: a contribuição do Poder Judiciário no Desmonte da Democracia no Brasil**. Florianópolis. Ed. EMAis Academia. 2018.

SILVA, José Afonso. **O Estado Democrático de Direito**.Dir. adl., Rio de Janeiro, 173: 15-34 ju/set. 1988 p.20.Disponível em:<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/45920>. Acesso em 15 nov.2019.

SILVA, Neimy Batista da. **Dificuldades e Avanços na Implantação SUS em Goiânia-GO no período de 1997 a 2004**. Dissertação de Mestrado. Orientadora: Boschetti, Ivanete Salete Departamento Social da Universidade de Brasília (UnB).Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3011>. Acesso em 15 nov.2019.

STRECK, Lênio Streck. Jurisdição Constitucional e Hermenêutica: Perspectivas e Possibilidades de Concretização dos Direitos Fundamentais-Sociais no Brasil.**Novos Estudos Jurídicos** - Volume 8 - Nº 2 - p.257-301, maio/ago. 2003. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/336>. Acesso em 29 de nov. 2019.

SOUZA, Oreonnilda; OLIVEIRA, Lourival José. O Custo dos Direitos Fundamentais: o Direito à Saúde em frente às Teorias da Reserva do Possível e do Mínimo Existencial **R. Dir. Gar. Fund.**, Vitória, v. 18, n. 2. mai/ago. 2017. p. 77-110.

TORRES, Ricardo Lobo. O Mínimo Existencial como Conteúdo Essencial dos Direitos Fundamentais. pp. 313-339, Netto, Cláudio Pereira de Souza *et al* (coords.). **Direitos Sociais. Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. Rio de Janeiro. Ed. Lumen Juris.2ª Tiragem.2010.

VIARO, Felipe Albertini Nani. Judicialização, ativismo judicial e interpretação constitucional. Escola Paulista da Magistratura. Obras Jurídicas. TJSP. 2015. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/download/EPM/Publicacoes/ObrasJuridicas/ic9.pdf?d=636676094064686945>. Acesso em 08.dez.2019.

VIANNA, Luiz Werneck; Burgos Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. Dezesete anos de judicialização da política. **Tempo Social. Revista de Sociologia** da USP, v. 19, n. 2, São Paulo. <http://www.scielo.br/pdf/ts/v19n2/a02v19n2>. Acesso em 18 nov. 2019.

VICENSI, Maria do Carmo Vicensi. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Rev. Bioét.vol.24 no.1 Brasília. Jan./Apr.2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100064. Acesso em 10 de nov. 2019.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de Recursos, Custos dos Direitos e Reserva do Possível na Jurisprudência do STF. **Revista Direito GV, São Paulo**. 4(2) p.539-568. JUL-DEZ 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rdgv/v4n2.a09v4n2.pdf. Acesso em 26 ago. 2019.

XIMENES, Julia Maurmann. Judicialização dos benefícios de prestação continuada e impactos simbólicos na cidadania. **Pensar**. Fortaleza, v. 21, n. 2, p. 600-625, maio./ago. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/3647/pdf>. Acesso em 27 de nov. 2019.

ANEXOS

Anexo 1 - Amostra dos Processos com Suposta Quantidade de 3.742.

06/07/2019

Consulta de Publicações

Processo Judicial

» Publicações

PESQUISA LIVRE

Digite um termo para a pesquisa de publicações:

UTI Goiânia

e ou adj não prox \$

PESQUISA POR CAMPO ESPECÍFICO

Texto (Operação padrão: E)

Número do Processo Digite o Número do Processo completo. Ex: 5000280.28.2010.8.09.0059

Serventia

Magistrado Responsável

Data de Publicação

Tipo de Arquivo

Consultar Limpar

3742 RESULTADOS ENCONTRADOS PARA: "UTI GOIÂNIA"

Tempo de resposta: (6 milissegundos)

5029231.75.2018.8.09.0051

nº: 5029231.75.2018.8.09.0051 Promovente(s): CONCEIÇÃO PEREIRA DE SOUSA: Promovido : .Município de Goiânia, em hospital capacitado para tratamento de uti Assevera que o caos já exauriu todos os seus recursosPede que seja concedida a antecipação de tutela para determinar ao município de Goiânia que forneça vaga em uti em hospital adequado ao tratamento de neoplasia. .GOIÂNIA, em 24 de janeiro de 2018, às 01:20 Eduardo Pio Mascarenhas da Silva Juiz de Direito Plantonista

5610786.57.2018.8.09.0051

Pugna pela sua transferência para uma UTI na rede SUS ou conveniada, ou sua permanência na UTI do HospitalSanta Helena, às custas do Município de Goiânia, como forma de resguardar a sua vida e integridade físicaPOSTO ISTO. Defiro o pedido liminar, determinando que o Município de Goiânia forneça VAGA a vaga de UTIIntime-se via oficial de justiça de plantão, na Central de Vagas do Município de Goiânia e no Órgão daGoiânia, 23/12/18.

5064816.16.2019.8.09.0000

A questão posta, internação em UTI (unidade de tratamento intensivo) pretendida pelo requerente, carecerá a decisão judicial capaz de tal, nem tão pouco pode determinar a substituição de um por outro em UTI, não cabe a meu ver, em sede de liminar, decidir o judiciária, que deverá ocupar a vaga na UTI sem oportunizarao outro a discussão sobre seu direito de permanecer em tratamento na UTI, competindo, exclusivamenteGoiânia, 10-02-2019, 21:52.

5615450.57.2018.8.09.0011

ESTADO DE GOIÁS PODER JUDICIARIO COMARCA DE APARECIDA DE GOIÂNIA Aparecida de Goiânia - Plantão do 1ºGrau Rua Versales Quadra 3, Lote 8/14, , RESIDENCIAL MARIA LUIZA, APARECIDA DE GOIÂNIA - Fone: (62)5615450.57.2018.8.09.0011 Promovente(s): Reyla Alves Gouveia Promovido(s): Município De Aparecida De Goiâniaconstituída, com pedido de liminar, em desfavor do Secretário Municipal de Saúde do Município de Aparecida de GoiâniaAparecida de Goiânia, 31/12/2018.

5451010.21.2018.8.09.0051

ESTADO DE GOIÁS PODER JUDICIARIO COMARCA DE GOIÂNIA Goiânia - Plantão do 1º Grau Avenida Olinda, esquina com Rua PL-03 Quadra G Lote 04 - Forum Civel, , PARK LOZANDES, GOIÂNIA - Fone: (62) DECISÃO Ação: MandadoDiscorre sobre o direito à saúde e solicita liminar para que a Prefeitura providencie o leito de UTI.Os documentos informam que a paciente tem necessidade imediata de UTI, sendo beneficiária do SUS.Goiânia 23 de setembro de 2018.

5228357.43.2017.8.09.0051

COMARCA DE GOIÂNIA PLANTÃO JUDICIÁRIO DECISÃO Autos n.: 5228357.43.2017.8.09.0051 Cuida-se de ação de obrigação de fazer ajuizada por Lasinha Marques da Silva em face do Município de Goiânia, em queproferida decisão judicial determinando a internação da autora em leito de UTI com suporte para hemodíalíseFeitas essas considerações, determino a imediata transferência da autora para um leito de UTI, seja emGoiânia, 16 de julho de 2017 às 14h00min.

5302495.78.2017.8.09.0051

Segurança impetrado pelo Ministério Público em desfavor de FÁTIMA MRUE, Secretária de Saúde do Município de Goiânia, a fim de que seja disponibilizada ? via regulação ? vaga em UTI para Wilson Rodrigues Barbosa, queA sua não transferência para a UTI pode ocasionar seu óbito.prazo máximo de oito (08) horas, encaminhar o paciente Wilson Rodrigues Barbosa para uma unidade de UTIGoiânia, 24 de agosto de 2017 Camila Nina Erbetta Nascimento Juíza de Direito ? Plantão Judiciário

5206316.14.2019.8.09.0051

PODER JUDICIÁRIO COMARCA DE GOIÂNIA Goiânia - 5ª Vara da Fazenda Pública Estadual DECISÃO Autos nºem síntese, que o réu seja compelido a transferir a autora para uma unidade de terapia intensiva ? UTIA regulação da UTI está a cargo do Município, não do Estado de Goiás.a parte propor outra demanda junto da vara da fazenda pública municipal, se deseja o tratamento via UTIGoiânia/GO, data do sistema.

5568575.29.2018.8.09.0011

ESTADO DE GOIÁS PODER JUDICIARIO COMARCA DE APARECIDA DE GOIÂNIA Aparecida de Goiânia - Plantão do 1ºFazer c/c pedido liminar de antecipação efeitos da tutela, em desfavor do Município de Aparecida de Goiânia, visando obter vaga para internação em UTI com suporte em hemodíalíse.PELO EXPC concedo a liminar pleteada e determino que o Município de Aparecida de Goiânia, providencieAparecida de Goiânia, datado e assinado digitalmente.

https://projudi.tjgo.jus.br/ConsultaPublicacao

06/07/2019

Consulta de Publicações

5159091.55.2018.8.09.0011 

013.976.341-46), impetrou mandado de segurança em face do Secretário de Saúde do Município da Aparecida de *Goiânia* INTERNAÇÃO EM LEITO DE *UTI*. INTERNAÇÃO EM LEITO DE *UTI*. Posto isto, concedo a liminar, para determinar ao Secretário de Saúde do Município de Aparecida de *Goiânia* Aparecida de *Goiânia*, 7 de abril de 2018 J.

5290695.12.2017.8.09.0000 

MANDADO DE SEGURANÇA N. 5290695.12.2017.8.09.0000 COMARCA DE *GOIÂNIA* IMPETRANTE: IVONE BERTOLDO DE A substituída é idosa, está internada na UPA Ambrosina Coimbra Bueno, no município de Aparecida de *Goiânia* Ressalta que caso ela não seja transferida imediatamente para uma *UTI*, terá risco de morte eminente, forneça leito *UTI* ao representado, imediatamente e ? inaudita altera pars?. *Goiânia*, 22 de agosto de 2017.

5476398.79.2018.8.09.0000 

pediátrica para ser submetida a procedimento cirúrgico no Hospital da Criança, único em *Goiânia* habilitado Diz que não há previsão para a liberação de vaga em *UTI*, não tendo a família da criança condições de? pediátrica no Hospital da Criança, localizado em *Goiânia*, e que providencie nesse mesmo período o? Notifique-se o Diretor do Hospital da Criança, situado na Rua 86, nº 160, Setor Sul, no Município de *Goiânia-GO* *Goiânia*, 5 de outubro de 2018.

0006868.22.2016.8.09.0029 

Heitor Moraes Fleury, 12º Andar, Sala 1229, Setor Oeste, *Goiânia-GO*, CEP 74120020, Tel: (62) 3216-Leonídia Calaça Ferreira - mãe dos Autores - quando estava na cidade de *Goiânia/GO*, o que a obrigou a Leonídia encontrava-se na cidade de *Goiânia/GO*, e após sentir fortes dores em sua perna direita, bem, na cidade de *Goiânia*, impossibilitou à mesma que gozasse de tratamento especializado. Dizem os apelantes, que o relatório do Hospital Encore, desta cidade de *Goiânia*, deve ser considerado

5274990.49.2016.8.09.0051 

Borges, impetra mandado de segurança, com pedido liminar, em face do Secretário de Saúde do Município de *Goiânia-GO* Fernando Machado Araújo e do Município de *Goiânia*, consubstanciado na omissão do mesmo em fornecer à mesma internação em *UTI*? Unidade de Terapia Intensiva. Cite-se o Município de *Goiânia*, na condição de litisconsorte passivo, para responder a ação, no prazo *Goiânia*, 21 de outubro de 2016.

5184656.95.2018.8.09.0051 

Poder Judiciário Comarca de *GOIÂNIA* PLANTÃO FORENSE Fórum Cível - Avenida Olinda, esquina com Rua PL-G, Lt. 04, Park Lozandes, Cep: 74.884-120, *Goiânia-GO* D E S P A C H O Processo: 5184656.95.2018.8.09.0051 Tipo de leito? *UTI* Adulto II? AMB *UTI* ADULTO II?. Grifou-se Aduz ser inquestionável a omissão contumaz do Município de *Goiânia*, no que pertine à obtenção CUSTEIO DE INTERNAÇÃO EM *UTI*.

Página | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Última 250



Anexo 2 - Duplicidades de Ações

07/07/2019

Consulta de Publicações

Processo Judicial

>> Publicações

● PESQUISA LIVRE

Digite um termo para a pesquisa de publicações:

● PESQUISA POR CAMPO ESPECÍFICO

Texto

 (Operação padrão: E)

Número do Processo

 Digite o Número do Processo completo. Ex: **5000280.28.2010.8.09.0059**

Serventia

Magistrado Responsável

Data de Publicação

Tipo de Arquivo

3742 RESULTADOS ENCONTRADOS PARA: "UTI GOIÂNIA"

Tempo de resposta: (18 milissegundos)

0004385.71.2017.8.09.0162

OMISSÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, desnecessário que o paciente demonstre carência de recursos financeiros para receber o tratamento necessário em UTI Goiânia, 29 de maio de 2018. Goiânia, 29 de maio de 2018.

0075066.50.2013.8.09.0051

Comarca de Goiânia Estado de Goiás 10ª Vara Cível ? Juiz II Protocolo: 0075066.50preambular, a incompetência do juízo, entendendo que o promovente não comprovou que reside na Comarca de Goiâniaexploradora,rafia de veia cava superior e rafia de laceração de mesenterio?"Cd:prescrição,solicitou UTI Goiânia, 21 de setembro de 2018.

0310958.25.2014.8.09.0011

Heitor Moraes Fleury, 12º Andar, Sala 1229, Setor Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120020, Tel: (62) 3216-Companhia de Securitização, distribuída petição inicial à Segunda Vara Cível da Comarca de Aparecida de GoiâniaLIMITAÇÃO DE DIAS DE INTERNAÇÃO EM UTI.Goiânia, 18 de março de 2019.

5332398.19.2017.8.09.0162

mencionada carência, a autora/apelada Ana Paula Tavares Cabral necessitou submeter-se a tratamento em UTI MAURICIO PORFIRIO ROSA, Goiânia - 4ª Vara de Família e Sucessões, julgado em 29/03/2017, DJe de 29/03/2017, 02 de outubro de 2018. Goiânia, 02 de outubro de 2018.

5332398.19.2017.8.09.0162

mencionada carência, a autora/apelada Ana Paula Tavares Cabral necessitou submeter-se a tratamento em UTI MAURICIO PORFIRIO ROSA, Goiânia - 4ª Vara de Família e Sucessões, julgado em 29/03/2017, DJe de 29/03/2017, 02 de outubro de 2018. Goiânia, 02 de outubro de 2018.

0205230.06.2013.8.09.0051

Gabinete da Desembargadora Elizabeth Maria da Silva APELAÇÃO CÍVEL Nº 0205230.06.2013.8.09.0051 COMARCA DE GOIÂNIAAdos ferimentos ocasionados pelo infortúnio, a de cujus ficou internada no Hospital de Urgências de GoiâniaNo dia 24/02/2012 a paciente recebeu alta da UTI, sendo encaminhada para leito de enfermaria.Goiânia, 21 de setembro de 2017.Goiânia, 21 de setembro de 2017.

0205230.06.2013.8.09.0051

Gabinete da Desembargadora Elizabeth Maria da Silva APELAÇÃO CÍVEL Nº 0205230.06.2013.8.09.0051 COMARCA DE GOIÂNIAAdos ferimentos ocasionados pelo infortúnio, a de cujus ficou internada no Hospital de Urgências de GoiâniaNo dia 24/02/2012 a paciente recebeu alta da UTI, sendo encaminhada para leito de enfermaria.Goiânia, 21 de setembro de 2017.Goiânia, 21 de setembro de 2017.

Página 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 | 250 | Última

Anexo 3 - Partes de algumas decisões das ações no Projudi 2017/2018 que evidenciam as multas pelo não cumprimento da decisão judicial

Processo: 5487775.25.2017.8.09.0051

transferida imediatamente para instituição da rede privada, devendo o procedimento ser custeado pelo SUS.

Ante o exposto, **DEFIRO** o pedido de liminar formulado pela parte autora para determinar que o MUNICÍPIO DE GOIÂNIA promova o imediato encaminhamento do paciente para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com suporte em hemodiálise.

Preferencialmente, deverá o paciente ser encaminhado para vaga existente na rede pública, exceto se existirem pacientes prioritários do ponto de vista médico, circunstância que deverá ser justificada, por escrito, pelo servidor ou empregado responsável. Caso não haja possibilidade de alocá-lo na rede pública, deverá ser dirigido imediatamente para vaga em instituição da rede privada, cujas despesas deverão ser custeadas pela Secretária Municipal de Saúde-SUS e Município de Goiânia.

A presente decisão deverá ser cumprida no prazo máximo de 5 (cinco) horas, contados da intimação, sob pena de multa cominatória de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por dia de atraso. Consigno ainda que o servidor ou empregado encarregado do cumprimento da ordem, caso se recuse a efetivá-la, poderá ser responsabilizado pela prática de crime de desobediência (art. 330 do CP) e ato de improbidade administrativa (art. 11, II da Lei 8.429/92).

Com urgência, intime-se a impetrada e notifique-se a Central de Regulação de Vagas. Considerando as adversidades próprias do regime de plantão forense, esta decisão possuirá força de mandado judicial.

Após, notifique-se o litisconsorte, nos termos da legislação específica.

Goiânia, 12 de dezembro de 2017.

p

Valor: R\$ 1.000,00 | Classificador:
Mandado de Segurança Criminal
GOIÂNIA - 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL E REG. FÓR
Usuário: - Data: 22/07/2019 13:02:48

Processo: 5465023.25.2018.8.09.0051

Valor: R\$ 100.000,00 | Classificador:
Procedimento Comum
GOIÂNIA - 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL E REG. PÙB
Usuário: - Data: 22/07/2019 12:53:02

Pois bem.

Primeiramente, **DEFIRO** o pedido de gratuidade da justiça.

Prosseguindo, verifica-se que a parte autora fundamentou o pedido de tutela de urgência antecipada, de caráter incidental, nos termos do artigo 300 do Código de Processo Civil.

O referido dispositivo exige a presença da **probabilidade do direito** (*fumus boni iuris*) e do **perigo de dano** (*periculum in mora*), e desde que não haja perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão (§ 3º), cumprindo, ao Autor, demonstrá-los na petição inicial.

A tutela provisória antecipa os efeitos do provimento final pretendido pelo Autor em observância ao princípio da efetividade, pois concede-se o direito pleiteado sem a entrega definitiva da tutela jurisdicional.

Em sede de análise perfunctória, própria desta fase processual, estou convencido de que se afiguram presentes os requisitos que autorizam a antecipação dos efeitos da tutela vindicada.

Inferre-se dos autos que o Autor pretende a concessão de liminar para determinar que o Município de Goiânia disponibilize, imediatamente ou no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, uma vaga em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) na rede pública de saúde ou conveniada, com todos os meios necessários. Requereu ainda que caso a rede pública não possua condições de atendimento, que o Autor seja encaminhado à rede privada com custeio do tratamento pelo Sistema Único de Saúde – SUS, a fim de fornecer atendimento adequado quanto à sua situação de risco, tudo sob pena de multa diária no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Segundo os artigos 6º e 196 da CF, a saúde é direito fundamental do indivíduo, sendo dever do Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visam a prevenção de doenças e outros agravos, bem como ações que assegurem sua promoção, proteção e recuperação.

Com base nessa premissa, a jurisprudência pátria consolidou-se no sentido de que diante de situações em que pacientes necessitem de vagas em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) ou equivalentes, o Poder Judiciário possui legitimidade para determinar que o Poder Público as forneça ou, caso não existam leitos, que custeie os gastos realizados em estabelecimento privado. Nesse sentido:

Processo: 5033890.30.2018.8.09.0051

necessidade de encaminhamento para internação em leito de UTI na rede pública, ou, na impossibilidade comprovada, que a internação se dê em hospital, nas mesmas condições, na rede particular conveniada, pelo SUS.

Portanto, entendo que o pedido antecipação de tutela de urgência merece acolhimento.

Contudo, friso desde logo que a presente decisão judicial não serve como autorização para que o Poder Público encaminhe o autor para UTI em hospital, da rede pública em detrimento de outras pessoas que se encontram na lista de espera gerida pela Central de Regulação de Vagas e cujos quadros clínicos, do ponto de vista estritamente médico, sejam prioritários. Portanto, na hipótese de ser constatada a inexistência de vaga na rede pública levando em consideração o mencionado critério de prioridade, deverá ser transferida imediatamente para instituição da rede privada, devendo o procedimento ser custeado pelo SUS.

.Ante o exposto, DEFIRO o pedido de liminar formulado pelo autor, para determinar que o MUNICÍPIO DE GOIÂNIA promova o seu imediato encaminhamento para leito de UTI em hospital público, ou, na impossibilidade comprovada, que a internação se dê em hospital, nas mesmas condições, na rede particular conveniada ao SUS. Preferencialmente, deverá o autor ser encaminhada para vaga na rede pública, exceto se existirem pacientes prioritários do ponto de vista médico, circunstância que deverá ser justificada, por escrito, pelo servidor ou empregado responsável. Caso não haja possibilidade de interna-lo na rede pública, deverá ser dirigido imediatamente para vaga em instituição da rede privada, conveniada ao SUS.

A presente decisão deverá ser cumprida no prazo máximo de 06 (SEIS) horas, contados da intimação, sob pena de multa cominatória de R\$ 1.000,00 (mil reais) por dia de atraso. Consigno ainda que o servidor ou empregado encarregado

do cumprimento da ordem, caso se recuse a efetivá-la, poderá ser responsabilizado pela prática de crime de desobediência (art. 330 do CP) e ato de improbidade administrativa (art. 11, II da Lei 8.429/92).

Com urgência, Intime-se o réu e notifique-se a Central de Regulação de Vagas. Considerando as adversidades próprias do regime de plantão forense, esta decisão possuirá força de mandado judicial.

Cumpra-se.

GOIÂNIA, 27 de janeiro de 2018.

EDUARDO PIO MASCARENHAS DA SILVA

JUIZ DE DIREITO PLANTONISTA

Valor: R\$ 100.000,00 | Classificador: CONCLUSO NOVO PROCESSO
Cautelar Inominada ()
3ª CÂMARA CIVEL
Usuário: - Data: 22/07/2019 12:43:30



Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
Documento Assinado e Publicado Digitalmente em 27/01/2018 09:40:31
Assinado por EDUARDO PIO MASCARENHAS DA SILVA
Validação pelo código: 10403560552942432, no endereço: <https://projudi.tjgo.jus.br/PendenciaPublica>

ANEXO 4 – PROCESSOS JUDICIAIS CONSULTADOS EM 2017 e 2018

2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL E DE REGISTROS

5487775.25.2017.8.09.0051
5463205.72.2017.8.09.0051
5433849.32.2017.8.09.0051
5451314.54.2017.8.09.0051
5250901.25.2017.8.09.0051
5304805.57.2017.8.09.0051
5034967.11.2017.8.09.0051
5162912.78.2017.8.09.0051
5152328.49.2017.8.09.0051
5437066.83.2017.8.09.0051
5452801.59.2017.8.09.0051
5497303.83.2017.8.09.0051
5279261.67.2017.8.09.0051
5009704.74.2017.8.09.0051
5465795.22.2017.8.09.0051
5135317.07.2017.8.09.0051
5484297.09.2017.8.09.0051
5350915.17.2017.8.09.0051
5202683.63.2017.8.09.0051
5049400.20.2017.8.09.0051
5301915.48.2017.8.09.0051
5201503.12.2017.8.09.0051
5301915.48.2017.8.09.0051
5314179.97.2017.8.09.0051
5415395.04.2017.8.09.0051
5144010.77.2017.8.09.0051
5048530.72.2017.8.09.0051
5312331.75.2017.8.09.0051
5319228.22.2017.8.09.0051
5124268.66.2017.8.09.0051
5330395.36.2017.8.09.0051
5350915.17.2017.8.09.0051
5294476.83.2017.8.09.0051
5265200.07.2017.8.09.0051
5492172.30.2017.8.09.0051
5487738.95.2017.8.09.0051
5353737.76.2017.8.09.0051
5353401.72.2017.8.09.0051
5353401.72.2017.8.09.0051
5300039.58.2017.8.09.0051
5451380.34.2017.8.09.0051
5513598.98.2017.8.09.0051
5485258.47.2017.8.09.0051
5514281.38.2017.8.09.0051
5514281.38.2017.8.09.0051
5133930.54.2017.8.09.0051
5513604.08.2017.8.09.0051
5139541.85.2017.8.09.0051
5293605.53.2017.8.09.0051
5610786.57.2018.8.09.0051
5197391.63.2018.8.09.0051
5448176.45.2018.8.09.0051
5033890.30.2018.8.09.0051
5398737.65.2018.8.09.0051
5282897.63.2018.8.09.0000
5336745.06.2018.8.09.0051
5609938.70.2018.8.09.0051
5583242.94.2018.8.09.0051
5107886.61.2018.8.09.0051
5609031.95.2018.8.09.0051
5605269.71.2018.8.09.0051

5184629.15.2018.8.09.0051
5196482.21.2018.8.09.0051
5325481.89.2018.8.09.0051
5109823.09.2018.8.09.0051
5605630.88.2018.8.09.0051
5484297.09.2017.8.09.0051
5465795.22.2017.8.09.0051
5135317.07.2017.8.09.0051
5484297.09.2017.8.09.0051
5350915.17.2017.8.09.0051
5202683.63.2017.8.09.0051
5049400.20.2017.8.09.0051
5301915.48.2017.8.09.0051
5201503.12.2017.8.09.0051
5301915.48.2017.8.09.0051
5314179.97.2017.8.09.0051
5415395.04.2017.8.09.0051
5144010.77.2017.8.09.0051
5048530.72.2017.8.09.0051
5312331.75.2017.8.09.0051
5319228.22.2017.8.09.0051
5124268.66.2017.8.09.0051
5330395.36.2017.8.09.0051
5350915.17.2017.8.09.0051
5294476.83.2017.8.09.0051
5265200.07.2017.8.09.0051
5492172.30.2017.8.09.0051
5487738.95.2017.8.09.0051
5353737.76.2017.8.09.0051
5397506.03.2018.8.09.0051
5002276.07.2018.8.09.0051
5534599.08.2018.8.09.0051
5607368.14.2018.8.09.0051
5245281.95.2018.8.09.0051
5607368.14.2018.8.09.0051
5462534.15.2018.8.09.0051
5610552.75.2018.8.09.0051
5605269.71.2018.8.09.0051
5075349.12.2018.8.09.0051
5398265.64.2018.8.09.0051
5034247.73.2019.8.09.0051
5454963.90.2018.8.09.0051
5233053.88.2018.8.09.0051
5197203.70.2018.8.09.0051
5609814.87.2018.8.09.0051
5206486.20.2018.8.09.0051
5219216.63.2018.8.09.0051
5609031.95.2018.8.09.0051
5598505.69.2018.8.09.0051
5573193.91.2018.8.09.0051
5245281.95.2018.8.09.0051
5107886.61.2018.8.09.0051
5536853.51.2018.8.09.0051
5272875.84.2018.8.09.0051
5465474.50.2018.8.09.0051
5513936.38.2018.8.09.0051
5202683.63.2017.8.09.0051
5254194.66.2018.8.09.0051
5120947.86.2018.8.09.0051
5253960.84.2018.8.09.0051
5250901.25.2017.8.09.0051
5198624.95.2018.8.09.0051
5485258.47.2017.8.09.0051
5500869.06.2018.8.09.0051
5608746.05.2018.8.09.0051
5133930.54.2017.8.09.0051
5434173.85.2018.8.09.0051

5407199.11.2018.8.09.0051
5144010.77.2017.8.09.0051
5493542.10.2018.8.09.0051
5546274.65.2018.8.09.0051
5500889.94.2018.8.09.0051
5533877.71.2018.8.09.0051
5610703.41.2018.8.09.0051
5480449.77.2018.8.09.0051
5598537.74.2018.8.09.0051
5233130.97.2018.8.09.0051
5558938.31.2018.8.09.0051
5604384.57.2018.8.09.0051
5145925.30.2018.8.09.0051
5058158.51.2018.8.09.0051
5498465.79.2018.8.09.0051
5472509.61.2018.8.09.0051
5524461.38.2018.8.09.0000
5121257.92.2018.8.09.0051
5450644.79.2018.8.09.0051
5303449.90.2018.8.09.0051
5369252.20.2018.8.09.0051
5169240.87.2018.8.09.0051
5143563.55.2018.8.09.0051
5420832.89.2018.8.09.0051
5527998.83.2018.8.09.0051
5050861.90.2018.8.09.0051
5381694.18.2018.8.09.0051
5573193.91.2018.8.09.0051
5120705.30.2018.8.09.0051
5040591.07.2018.8.09.0051
5327131.74.2018.8.09.0051
5503993.94.2018.8.09.0051
5393082.15.2018.8.09.0051
5477757.08.2018.8.09.0051
5174191.27.2018.8.09.0051
5312197.14.2018.8.09.0051
5136985.76.2018.8.09.0051
5202964.82.2018.8.09.0051
5112324.33.2018.8.09.0051