



JUDICIALIZAÇÃO DE LEITOS E A PANDEMIA DE COVID-19 NO DISTRITO FEDERAL

JUDICIALIZATION OF BEDS AND THE COVID-19 PANDEMIC IN THE DISTRITO FEDERAL

Walber Cristian de Queiroz Moreira ¹
Ana Cláudia Morais Godoy Figueiredo ²
Ludmila de Ornellas Abreu ³
Paloma Aparecida Carvalho ⁴

Manuscrito recebido em: 11 de outubro de 2022.

Aprovado em: 09 de julho de 2023.

Publicado em: 12 de julho de 2023.

Resumo

Introdução: O número de judicializações em saúde em todo Brasil, entre 2008 e 2017, figurou crescimento de 130%. No DF, de 2005 a 2010, os bens mais solicitados judicialmente foram leitos de UTI. **Objetivo:** Analisar as ações judiciais por leitos de UTI atendidas durante as três ondas da pandemia de COVID-19 no DF. **Método:** Foram coletados na SES-DF a data de recebimento da ação e concessão do leito judicializado, data de óbito, tipo de unidade de saúde de origem do impetrante e destino da concessão, suporte requerido e classificação de prioridade do requerente. **Resultados:** Houve maior número de **judicializações** durante a segunda onda de COVID-19. Além disso, 48,9% partiram de usuários internados na própria rede pública distrital, bem como cerca 63,2% dos leitos foram concedidos na mesma. Grande parte dos requerentes (49,9%) reclamaram leitos COVID-19, e a maioria apresentava quadro clínico de prioridade 1. O tempo médio de resposta às liminares foi de 1 dia. **Conclusão:** A judicialização de saúde forma debate importante sobre a execução de direitos individuais e coletivos, e sua persecução de acesso é paralela à regulação do acesso à assistência do SUS, colocando em questão o quão efetivamente as reclamações judiciais podem impactar sobre a equidade.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde; Sistema Único de Saúde; COVID-19; Unidade de Terapia Intensiva.

Abstract

Background: The number of lawsuits in health care throughout Brazil between 2008 and 2017 grew by 130%. In the Federal District, from 2005 to 2010, the most judicially requested goods were ICU beds. **Objective:** To analyze the lawsuits for ICU beds handled during the three waves of the COVID-19 pandemic in the Federal District. **Method:** The following data were collected in the SES-DF was date of action receipt and judicialized bed concession, date of death, type of health unit of origin of the plaintiff and destination of the concession, required

¹ Especialista em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Preceptor de Enfermagem no Centro Universitário do Distrito Federal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2704-4209> E-mail: walbercqmoreira@gmail.com

² Doutora em Ciências da Saúde, com Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Docente na Escola Superior de Ciências da Saúde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2842-9848> E-mail: aninha_m_godoy@hotmail.com

³ Especialista em Terapia Intensiva pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7638-5478> E-mail: ludmilaabreu@gmail.com

⁴ Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Enfermeira na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5795-6631> E-mail: palomaaparecidacarvalho@gmail.com



support and priority classification of the plaintiff. **Results:** There were more judicializations during the second wave of COVID-19. Around 48.9% were from users hospitalized in the district's own public network, as well as about 63.2% of the beds were granted there. A large part of the plaintiffs (49.9%) claimed COVID-19 beds, and most had priority 1 clinical picture. The average response time to the injunctions was 1 day. **Conclusion:** The judicialization of health forms an important debate on the enforcement of individual and collective rights, and its pursuit of access is parallel to the regulation of access to SUS care, calling into question how effectively judicial claims can impact equity.

Keywords: Health's judicialization; Unified Health System; COVID-19; Intensive Care Units.

INTRODUÇÃO

O número de ações judiciais reclamantes à saúde em todo Brasil, entre 2008 e 2017 figurou crescimento de 130%¹. No Distrito Federal (DF), no período de 2005 a 2010, o bem de saúde mais solicitado judicialmente, entre as redes pública e privada, foi o acesso a leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)².

De acordo com o *Ministério da Saúde*³ (MS), um leito de UTI é parte integrante do ambiente hospitalar e se destina a possibilitar assistência contínua especializada com suporte de monitorização multiparamétrica e equipamentos de auxílio às funções orgânicas à pacientes críticos com elevado risco de morte. Em todo território nacional, existem mais de 45 mil leitos de suporte intensivo, perfazendo a razão ideal de 2,2 a cada 10 mil habitantes – a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta a relação de 1 a 3 leitos por 10 mil habitantes⁴.

No entanto, há disparidades consideráveis nas proporções quando analisada a distribuição entre as redes pública e privada, bem como entre as regiões e os estados. No DF, embora não tenha o maior número absoluto, a rede distrital de saúde apresenta a melhor relação nacional leito-população, com mais de 1.300 leitos de UTI (344 públicos e 1.025 privados), apesar de registrar notória discrepância quando vista sob a ótica da relação público-privada (1,6 públicos e 11,6 privados/10 mil habitantes)⁵.

Propondo-se a preservar os princípios da universalidade e integralidade com vistas à equidade, e permeio pela ideia da racionalização de recursos finitos, o acesso a leitos de UTI deve se dar por instância regulatória assistencial que conflua aspectos da gestão clínica e do gerenciamento de leitos. Essa dinâmica se orienta ao alcance da rotatividade ideal, de acordo com os critérios de elegibilidade de concessão e alta, gerando, sempre que possível, o menor tempo de internação dos usuários⁶.



É pacificado que todo esse panorama se desdobra cronicamente em conjunto com outros problemas vertebrais do SUS, que há mais de três décadas coreografa desafios tais quais a fragmentação do sistema em um país plural em desigualdades como o Brasil⁷. Em adição, a pandemia de COVID-19 emergida em março de 2020⁸—, por um vírus, na época, ainda não imunoprevinível —, impôs, ao calejado sistema de saúde, o agravamento de suas crises há muito tempo deflagradas.

A alta taxa de transmissibilidade nos picos epidemiológicos desencadeou colapso hospitalar⁹ nacional, público e privado, o que inviabilizou a resposta em tempo hábil a muitas necessidades dos usuários demandantes de cuidados intensivos. Esse cenário formou ringue fecundo para o fenômeno da judicialização, que se cravou, por vezes, como saída entre a hipossuficiência relativa do Estado e a urgência da garantia de um conjunto de direitos constitucionais. Ante o exposto, este estudo busca analisar as judicializações de leitos de UTI concedidas no DF durante a pandemia de COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa-descritiva. A pesquisa foi realizada no Complexo Regulador da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), unidade composta por centrais de regulação que operacionalizam o processo regulatório da assistência na rede distrital de saúde para procedimentos e consultas ambulatoriais, além de internações hospitalares, urgência e emergência, cirurgias eletivas e transplantes de órgãos e tecidos.

Ademais, os fluxos e contrafluxos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) operados pelo complexo também contemplam a demanda gerada pela Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), constituída por mais de trinta municípios entre os estados de Goiás (GO) e Minas Gerais (MG), que formam território-base para a articulação e o planejamento conjunto de ações e serviços públicos de interesse comum, entre eles saúde e assistência social.

O objeto da pesquisa foi o conjunto de dados pré-coletados pela Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH) dos mandados judiciais liminares impetrados contra a Secretaria de Estado de Saúde do DF.



Aplicaram-se os critérios de inclusão: i) ter sido encaminhado à Secretaria entre 1º de abril de 2020 e 31 de março de 2022; e ii) contar com a disponibilidade de todos os dados definidos para análise, exceto em casos nos quais os dados que faziam referência ao *local de destino* e à *data de concessão* do leito intensivo estivessem indisponíveis em função da possibilidade de óbito antes da execução da liminar. Foram excluídos da coleta liminares duplicadas para o mesmo usuário.

O estudo avaliou as seguintes variáveis: i) número mensal de judicializações; ii) tipologia de leito de origem e de destino do requerente (público, público conveniado/contratado, privado, hospital de campanha e entorno); iii) tipologia de suporte requerido no ato da judicialização (COVID-19, geral, cardiológico, neurológico, neonatal e pediátrico); iv) classificação de prioridade clínica geral e dos óbitos (prioridades 1, 2, 3 e 4); v) número de liminares não atendidas; vi) tempo (em dias) de atendimento das judicializações, caso ocorra; e vii) tempo (em dias) entre recebimento do mandado e óbito do requerente, caso ocorra.

A análise temporal considerou o número absoluto mensal de judicializações por leitos de UTI a partir da data de recebimento do mandado liminar pela central de regulação no período proposto.

No que pese a tipologia do leito de origem e de destino do requerente, levou-se em conta a informação nominal das instituições hospitalares, convertidas durante a qualificação dos dados, para fins de padronização, às categorias de modelos de prestação de serviços (público, público conveniado/contratado, privado, hospital de campanha) no DF e, em casos de origem e/ou destino interestadual, a categoria local (entorno).

O tipo de suporte considerou, a partir do mandado judicial, o modelo de leito intensivo requerido (COVID-19, geral, cardiológico, neurológico, neonatal e pediátrico). O suporte intensivo “COVID-19” foi considerado como modalidade assistencial tendo em vista a separação coorte entre infectados e não infectados nas unidades hospitalares.

A variável prioridade clínica considerou a classificação, pela central, dos casos judicializados. As classificações de prioridade seguem análises individualizadas considerando a priorização com base em perfis clínicos elegíveis, tendo como norteador a elegibilidade daqueles que mais se beneficiaram com o tratamento em leito de UTI. Para sistematização da análise regulatória, utilizam-se critérios de priorização classes 1, 2, 3 e 4 (4a e 4b)¹⁰.



Para o número de liminares não atendidas, utilizou-se aferição das ordens liminares não concedidas, para este estudo compreendidas como a ausência de preenchimento dos dados de *local de destino* e *data de admissão*, pois pôde-se inferir que não houve mobilização à reclamação judicial, seja em função de óbito antes da análise e regulação do usuário, progressão clínica ou mesmo falta de critérios mínimos para acesso.

O tempo de atendimento (em dias) às judicializações foi obtido a partir da comparação entre a *data de recebimento da liminar* e a *data de concessão* do leito de UTI reclamado. Para o tempo (em dias) entre recebimento da liminar e do óbito do requerente utilizou-se *data de recebimento da liminar* e a *data do óbito*.

A análise seguiu à aplicação de método estatístico descritivo de tendência central (média, mediana e moda), intervalo de confiança e análise temporal para as variáveis descritas. Aplicou-se variação interquartil para identificação de *outliers*. Por fim, foram produzidos gráficos e tabelas a fim de sistematizar os resultados estatísticos encontrados na análise descritiva.

A pesquisa cumpriu com os preceitos da Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, que prevê a apreciação ética obrigatória de projetos de pesquisa que envolvam seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (FEPECS) conforme parecer consubstanciado nº. 5.318.674.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de um total de 3.875 liminares no período do estudo.

Pode-se observar na Figura 1 que houve três períodos de ascensão no número de judicializações por leitos de UTI no DF. O primeiro pode ser identificado pela crescente em maio de 2020, que segue até julho e então exhibe declínio progressivo até setembro do mesmo ano, porém sem retornar aos patamares de abril.

Entre fevereiro e maio de 2021, o segundo pico de judicializações (Figura 1) é expressivamente maior em proporção e velocidade, quando comparado ao primeiro. Na ocasião, demonstra franca ascendência a partir de fevereiro, atingindo seu ápice em março, com discreta descendência em abril, quando somente em maio do mesmo ano performa queda, sem retomar os patamares prévios.



Em janeiro de 2022, o número de liminares encena novo crescimento, contudo sem a mesma robustez do segundo período, quando demonstra queda em março do mesmo ano.

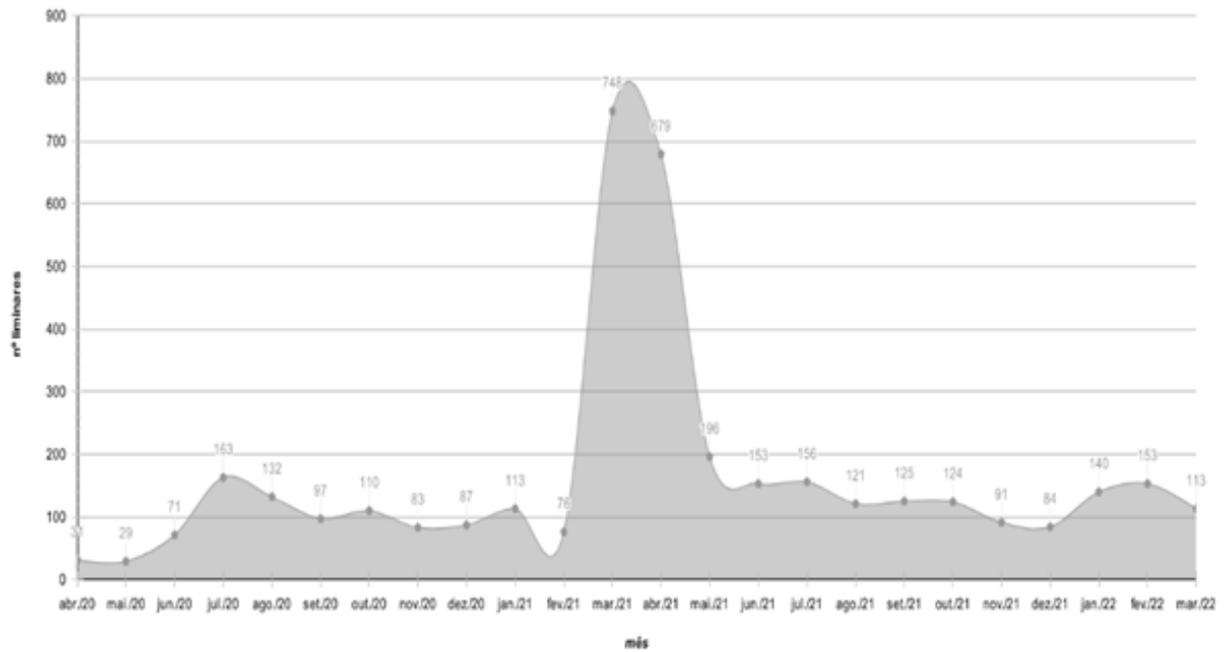


Figura 1. Número mensal de judicializações, contra a Secretaria de Saúde do DF, para obtenção de leito de UTI, Distrito Federal, 2022

No que concerne os locais do leito de origem do requerente e de destino do leito requerido (Tabela 1), é possível inferir que a maioria dos locais de origem foi, respectivamente, de usuários internados na própria rede pública distrital, seguido pela rede privada, pública conveniada/contratada, da rede de saúde municipal do entorno e, por fim, dos hospitais de campanha.

Em relação aos locais de destino (Tabela 1), percebe-se prevalência de leitos públicos, acompanhado pelos localizados em hospitais de campanha, público conveniados/contratados, privados e do entorno, respectivamente.

É possível também ponderar que a capacidade absorviva do sistema de saúde no DF se deu principalmente através dos leitos públicos em suas modalidades, sejam aqueles pertencentes aos hospitais de campanha, da própria rede, bem como àqueles conveniados/contratados em unidades privadas de assistência.



Tabela 1. Tipo de leito de origem e de destino do requerente, Distrito Federal, 2022

Tipo de leito de origem e de destino do requerente	Origem		Destino	
	N	%	N	%
Público	3.289	84,8	1.610	63,2
Público conveniado/contratado	115	2,9	307	12,0
Privado	307	8,1	178	6,9
Hospital de Campanha	62	1,6	437	17,1
Entorno	102	2,6	12	0,8
Total	3.875		2.544*	

Legenda: o número de leitos concedidos é inferior ao total da amostra (n = 3.875) em função da parcela de mandados não atendidos (n=1.331) *. **Fonte:** próprios autores.

Na Tabela 2, verifica-se as proporções do tipo de suporte terapêutico requerido para o leito de UTI judicializado, da classificação de prioridade do quadro clínico dos usuários requerentes e dos falecidos, do total de requerimentos não concedidos, além do tempo médio entre a ciência e atendimento da liminar e entre ciência desta e o óbito do requerente.

Tabela 2. Tipo de suporte terapêutico requerido para o leito de UTI judicializado, da classificação de prioridade do quadro clínico dos usuários requerentes e dos falecidos, do total e subtotal de requerimentos não concedidos, o tempo médio entre ciência e atendimento da liminar e entre ciência da liminar e óbito do requerente

Tipo de suporte terapêutico requerido para o leito de UTI judicializado			
	N	%	IC _{95%}
Covid-19	1.937	49,9	48,4 – 51,5
Geral	1.152	29,7	28,9 – 31,1
Cardiológico	459	11,8	10,8 – 12,8
Neurológico	220	5,6	4,9 – 6,4
Neonatal	54	1,3	1,0 – 1,7
Pediátrico	53	1,3	1,0 – 1,7
Classificação de prioridade* do quadro clínico dos requerentes			
	N	%	IC _{95%}
Prioridade 1	1.936	49,9	48,3 – 51,5
Prioridade 2	811	20,9	19,6 – 22,2
Prioridade 3	769	19,8	18,5 – 21,1
Prioridade 4 (4a/4b)	359	9,2	8,3 – 10,1
Classificação de prioridade do quadro clínico dos requerentes falecidos			
	N	%	IC _{95%}
Prioridade 1	311	44,0	40,3 – 47,7
Prioridade 2	97	13,7	11,2 – 16,2
Prioridade 3	241	34,1	30,6 – 37,6
Prioridade 4 (4a/4b)	57	8,2	6,0 – 10,0
Requerimentos não concedidos			
	N	%	IC _{95%}
Subtotal de requerimentos não concedidos em função de óbito	708	53,1	50,5 – 55,8
Subtotal de requerimentos não concedidos sem especificação	623	46,8	44,1 – 49,4
Total de requerimentos não concedidos	1.331	34,3	32,8 – 35,8
Tempo médio entre ciência e atendimento da liminar			
	N		
Tempo médio (em dias)	1		
Tempo médio entre ciência da liminar e óbito do requerente – prévio à concessão do leito			
	N		
Tempo médio (em dias)	1		
Total			3.875

Legenda: a classificação de prioridade é considerada a partir da análise do quadro clínico, pela regulação, de todos os impetrantes (n = 3.875) no ato do recebimento da liminar*. **Fonte:** próprios autores.



O principal tipo de suporte requerido para leitos de UTI judicializados no período foi de COVID-19, em seguida, geral, cardiológico, neurológico, neonatal e, por fim, pediátrico.

Quanto à classificação de prioridade do quadro clínico dos requerentes, no ato de ciência do mandado, nota-se que grande parte foi classificada como prioridade 1, seguida das prioridades 2 e 3, com importâncias percentuais semelhantes dentre os analisados e, enfim, parte diminuta classificada como prioridade 4 (4a/4b).

Entre os usuários que faleceram antes de ter o acesso ao leito viabilizado, a maioria fora classificada como quadro clínico de prioridade 1, com proporção semelhante de classificação 3, seguido das 2 e 4.

Ao todo, 1.331 dos requerimentos judiciais não foram executados, tendo 53,1% ocorrido em função de óbito do usuário antes da concessão do leito em tempo hábil e cerca de 46,8% não atendido sem motivos especificados.

O tempo médio entre a ciência da Secretaria e a concessão dos leitos de UTI judicializados foi de 1 dia, o mesmo entre ciência e óbitos daqueles usuários que faleceram antes da execução da liminar.

DISCUSSÃO

A variabilidade do número de judicializações por leitos de UTI entre a primeira (2020), a segunda (2021) e a terceira (2022) ondas de COVID-19 no DF pode ser compreendida, sem a pretensão de exaurir as possibilidades conjunturais, por pontos como o perfil heterogêneo de morbimortalidade assumido nas ondas epidemiológicas em função dos padrões das cepas virais e a celeridade e o escopo das ações governamentais deflagradas face esses cenários.

Em países como Itália, Espanha e Japão, a segunda onda da COVID-19 se comportou de modo eminentemente mais agressivo, dado os registros demonstrarem crescimento expressivo no número de casos e óbitos¹¹. No Brasil, de acordo com *Barreto et al.*¹², a cidade de Manaus (AM) foi a primeira afetada pela segunda onda, iniciada em novembro de 2020, quando passou a registrar quase o dobro do número de casos e óbitos em meio ao que viria ser o primeiro exemplo brasileiro de colapso total dos serviços de saúde.



Na capital do país, apesar da primeira onda ter se estabelecido de maneira mais sustentada em número de casos, sua velocidade de crescimento foi mais paulatina que a segunda, quando se passou a observar repentino aumento de infectados¹³. A terceira onda por sua vez se marcou pela mais acelerada ascensão e declínio em comparação às duas anteriores¹⁴.

Em paralelo, a resposta do governo distrital às necessidades impostas pela pandemia também não assumiu tônica única para as três ondas. Primeiro local a determinar medidas de distanciamento social no país, o DF saiu à frente dos demais estados¹⁵ ao suspender a realização de eventos de qualquer natureza e atividades educacionais em todas as instituições de ensino¹⁶.

A habilitação, contratação e desbloqueio de leitos de UTI, a implementação de hospitais de campanha e a contratação temporária emergencial de profissionais formaram a via de resposta às demandas da rede de saúde durante a pandemia de COVID-19. Entre março e junho de 2020, a abertura dos hospitais de campanha pôde incrementar o número de leitos para cuidados intensivos no DF o que, de certo modo, dilatou a capacidade absorviva do sistema de saúde distrital aos fluxos hospitalares, inclusive de parte das judicializações.

No âmbito da saúde, as reiteradas discussões sobre o fenômeno da judicialização de bens e serviços de saúde pública vem ganhando cátedra, em especial no que se debruça sobre a operacionalização do direito individual e coletivo através de ferramentas judiciais. A busca pelo gozo pleno do direito à saúde mediante a judicialização, pavimenta fluxo paralelo de acesso à assistência no sistema, tendo em mente que o processo regulatório, que serve de anteparo para priorização equânime das necessidades dos usuários, não é adotado, rompendo o acesso isonômico coletivo, caso das reclamações por leitos de UTI¹⁷.

Em casos atípicos como o de uma pandemia de características epidemiológicas tão severas como a de COVID-19, pôde-se observar, ainda em seu início, cena propícia para o aumento dos litígios judiciais por ações e serviços de saúde públicas, estando o acesso a leitos de UTI entre os principais protagonistas das judicializações¹⁸. No DF, essa rima não pareceu se mostrar destoante, sobretudo no arrocho da segunda onda que balizou incremento significativo de liminares contra o Poder Público, colocando em cheque não apenas a capacidade de acesso resolutivo à rede, mas, em alguma medida, a equidade enquanto princípio do SUS.



Convém ressaltar que a leitura da realidade da judicialização sanitária brasileira, em crescimento nos últimos anos¹⁹, pode servir de ferramenta para redirecionar os olhares sobre a elaboração e implementação das políticas de saúde que, por vezes, exibem preponderantes lacunas assistenciais, catalisando ainda mais o fenômeno nas cortes²⁰. Nessa perspectiva, “urge o contrato social nacional, que deve assegurar a universalidade das prestações, preservar a isonomia e equidade no atendimento aos cidadãos”²¹.

A pandemia de COVID-19 despiu não apenas crônicas problemáticas estruturais do sistema de saúde brasileiro, mas se prestou, em igual medida, à marcação do fenômeno da judicialização como eloquente contrapasso às garantias coletivas equânimes, propondo-nos refletir o quão frustrante pode ser depositar as mudanças sociais de nosso tempo nos litígios judiciais²².

Nesse intento, a dinâmica do acesso por serviços de saúde via judicialização evidencia uma gama de perspectivas correlacionadas que convidam à participação política-governamental todos os atores da sociedade sobre o planejamento congruente que eleve a equidade, para além de um princípio organizativo, a objeto coletivo e transversal de patamar societário a ser almejado.

É prudente compreender que o estudo não vislumbrou estancar o tema das judicializações por leitos de UTI durante a pandemia no DF. Na realidade, apresentou limitações como a incapacidade de acesso aos dados pré-pandemia das judicializações pela inexistência de banco de dados referente ao mesmo período pregresso em que seu deu a pesquisa (um ano e onze meses), o que refletiu sobre a impossibilidade de perfazer recortes comparativos dos litígios antes e durante a pandemia.

Contudo, a análise dos dados obtidos permitiu traçar, em maior ou menor medida, a eficiência absorptiva do sistema de saúde distrital às demandas geradas via judicial pela pandemia de COVID-19 por leitos de UTI ante à rede privada, bem como a capacidade temporal de dar escoamento rápido aos bens e serviços judicializados.

Assim sendo, o caminho da judicialização de saúde tem impacto fundamental sobre a operacionalização das políticas de saúde do SUS, em termos de acesso, equidade e justiça distributiva²³. A seara da temática não se finda na lateralidade daqueles que advogam à favor ou contra o intervencionismo jurídico na persecução dos direitos à saúde, pelo contrário, convida os distintos atores na luta pela saúde pública brasileira a participarem politicamente da construção de um sistema capaz de atender, coletivamente, aos seus usuários.



CONCLUSÃO

A judicialização por leitos de UTI durante a pandemia de COVID-19 no DF se mostrou elemento catalisador de discussões acerca da garantia do acesso pleno ao direito à saúde, contrabalanceando a relação conflituosa entre direitos individuais e coletivos e seu desempenho equânime e isonômico. O fenômeno da judicialização conclama, sem desabonar a legalidade de sua utilização pelo usuário frente às omissões estatais, novos ordenamentos sócio-políticos da sociedade, a fim de instalar robustez não só ao arcabouço legal do SUS, mas, em especial, à elaboração e à execução, com participação social, de políticas públicas de saúde obstinadas ao alcance coletivo concreto, à luz do princípio da equidade.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização de saúde no Brasil: perfil de demandas, causas e propostas de solução. Conselho Nacional de Justiça, p. 1-174, jan. 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2021.
2. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil." *Ciência & Saúde Coletiva* 2014,19(2):591-598. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PTXJ9db6bfHCrntkz4cfvsH/abstract/?lang=pt#:~:text=Por%20judicializa%C3%A7%C3%A3o%20do%20direito%20%C3%A0,dos%20dados%20coletados%20no%20DF>. Acesso em: 13 dez. 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 3 dez. 2021.
4. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil. Associação de Medicina Intensiva Brasileira, p. 1-2, mar. 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf. Acesso em: 2 dez. 2021.



5. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068#:~:text=Trata%2Dse%20de%20ambiente%20hospitalar,de%20morte%20por%20insufici%C3%Aancia%20org%C3%A2nica>. Acesso em: 3 dez. 2021.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 3 dez. 2021.
7. Miranda GMD, Mendes ADCG, Silva ALAD. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde e Sociedade*, 2017,26(2): 329-335. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/89Dyb8NphHWYmPhnzNnnTGG/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 3 dez. 2021.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de Covid-19. OPAS, Brasília. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 6 dez. 2021.
9. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório Covid-19. Fiocruz, Brasília. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf. Acesso em: 6 dez. 2021.
10. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº. 200, de 6 de agosto de 2015. Estabelece os critérios para admissão e alta em UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/334302f0b00946e097bea38bce4e3aa0/Portaria_200_07_08_2015.html. Acesso em: 5 dez. 2021.
11. Moura EC, Silva EN, Sanchez MN, Cavalcante FV, Oliveira LG, Oliveira A, Frio GS, Santos LMP. Disponibilidade de dados públicos em tempo oportuno para a gestão: análise das ondas da Covid-19. Preprint, Brasília, mai. 2021. SciELO Brasil. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/2316/3905/4037>. Acesso em: 4 dez. 2021.
12. Barreto ICHC, Costa Filho RV, Ramos RF, Oliveira LG, Martins NRAV, Cavalcante FV, Andrade LOM, Santos LMP. Colapso na Saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. *Saúde em Debate*, 2021;45(131):1126-1139. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ktbLC8Qcncmt4nKgKgJr6TS/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 3 dez. 2021.



13. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Boletim Epidemiológico nº. 485. Boletim SESDF. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_485.pdf. Acesso em: 7 dez. 2021.
14. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Boletim Epidemiológico nº. 714. Boletim SESDF. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim_Covid_714.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.
15. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica nº. 33. Medidas legais de distanciamento social: análise comparada da primeira e segunda ondas da pandemia da Covid-19 no Brasil. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10572/1/NT_33_Dinte_MedidasLegais_DistanciamentoSocial_PrimeiraSegundaOndasPandemiadaCovid19.pdf. Acesso em: 4 dez. 2021.
16. Brasil. Governo do Distrito Federal. Decreto nº. 40.509, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, e dá outras providências. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/ad0fae78af5f4e50b46c7357b7ee8597/Decreto_4_0509_11_03_2020.html. Acesso em: 8 dez. 2021.
17. Mota GP. Judicialização do acesso a leitos de UTI no Distrito Federal: dimensões clínica, ética e letal. [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília; 2017.
18. Juliano IA, Simões AFS, Souza LEFP. Judicialização da saúde e pandemia de covid-19: novos desafios para os sistemas de saúde e de justiça. R. Dir. sanit. 2021;21:e0027. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/170717>. Acesso em: 19 nov. 2021.
19. Araujo WC, Rodrigues MS, Kamimura QP. Judicialização da Saúde: um estudo no estado de São Paulo. LAJBM. 2018;9(1):267-287. Disponível em: <https://www.lajbm.com.br/index.php/journal/article/view/463>. Acesso em: 13 dez. 2021.
20. Vilela LM, et al. Judicialização da saúde: um fenômeno a ser compreendido. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42007>. Acesso em 4 dez. 2021.
21. Machado TR. Judicialização da saúde e contribuições da Teoria de Justiça de Norman Daniels. R. Dir. sanit. 2015;16(2):52-76. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/106891/105511>. Acesso em: 3 dez. 2021.



22. Rosenberg, G. The Hollow Hope: Can Courts Bring about Social Change? 2 ed. Chicago: University of Chicago Press; 2008.

23. Wang DWL. Poder Judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde. 2009. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2009.