

PLANTÃO JUDICIÁRIO NOTURNO: Confrontando o dilema na busca por leitos em tempos de COVID-19

Gisele O'Dwyer
Fundação Oswaldo Cruz

Soraya Pina Bastos
Tribunal de Justiça do estado do Rio de Janeiro

RESUMO

A pandemia causada pela COVID-19 tende a agravar a dificuldade de acesso ao leito hospitalar, com repercussão sobre a judicialização, especialmente no que toca ao direito à saúde. Objetivou-se analisar as demandas judiciais propostas junto ao Plantão Judiciário Noturno no Estado do Rio de Janeiro, no período de janeiro à maio de 2020, considerando o impacto da crise gerada pela pandemia no sistema de saúde. Foram consideradas para análise as atas dos plantões judiciários, dentre outros documentos. Do total de ações distribuídas, 32,6% referiam-se à saúde. A COVID-19 compôs a principal demanda do período com total de 338 processos, sendo que 98 casos provinham de Unidades de Pronto Atendimento. Dos casos COVID-19, 58% tinham 60 anos ou mais e 57,7% eram homens. Conclui-se que as questões mais sensíveis à sociedade acabam vertidas ao Poder Judiciário, evidenciando uma sociedade desigual e desassistida, além da fragilidade do sistema de saúde atual.

Palavras-chave: Emergência. Pandemia. Poder Judiciário.

JUDICIAL NIGHT SHIFT: Confronting the dilemma in the search for ICU beds in COVID-19 times

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic aggravates the difficulty of accessing a hospital bed, this affects judicialization, especially regarding the right to health. The main objective is to analyze the judicial demands at the Night Judicial Service in the State of Rio de Janeiro, Brazil, from January to May 2020, considering the impact and crises caused by the pandemic on the health system. Were taken in consideration the analysis of the judicial shifts' minutes. From the total of judicial actions, 32,6% were about health. COVID-19 being the main demand in the period with 338 lawsuits, from those 98 came from the emergency care unit (Unidade de Pronto Atendimento). Of the COVID-19 cases, 58% were 60 years of age or older and 57.7% were men. The conclusions show that the most sensitive issues to the society end up at the Judiciary, showing an unequal and unassisted society and the fragility of the current health system.

Keywords: Emergencies. Pandemics. Judiciary.

Recebido em: 12/06/2020
Aceito em: 06/07/2020

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, tem-se percebido o incremento da judicialização relativamente ao direito à saúde, seja envolvendo a prestação pública, seja envolvendo a prestação privada de saúde.

A judicialização da saúde relaciona-se à judicialização da política, na medida em que o direito à saúde se configura como um direito fundamental de ordem social, exigindo prestação positiva do Estado. Verdadeiramente, algumas decisões judiciais em casos individuais operam efeitos sistêmicos para o Sistema Único de Saúde, interferindo na política e orçamentos públicos. Todavia, o Poder Judiciário é um dos órgãos constitucionalmente instituídos para garantir a observância desses direitos, caso violados, sendo frequentemente acionado quando as políticas públicas não são resolutivas (BASTOS, 2019).

Note-se que a temática trava profunda discussão de fundo ético, mormente porque não se pode olvidar que o acesso à justiça, materializado na judicialização, desvela a indagação sobre o acesso racional e igualitário ao SUS, questão a que se atém nossa reflexão. Semelhantemente, ante os escassos recursos, muitas vezes, há a difícil tarefa da Central Reguladora de Vagas e, mesmo do médico no fronte do atendimento, ter de escolher qual vida salvar.

Por isso, a judicialização da saúde é um excelente indicador do (não) funcionamento das políticas públicas (BASTOS, 2019) na medida em que, normalmente, representa a vocalização de grupos vulneráveis ou vulnerados da população que, apenas em razão de uma demanda judicial proposta, recebem a prestação de um serviço que concretiza dois direitos fundamentais de extrema relevância: o direito à vida, inscrito no artigo 5º, *caput* da Constituição da República Federativa do Brasil e o direito à saúde plasmado no artigo 6º do mesmo diploma (BRASIL, 1988), o qual também é um direito humano, sagrado no Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Nessa medida, para além das demandas de saúde propostas perante o júízo natural, deve-se chamar a atenção para o grande quantitativo de demandas judiciais propostas perante o Plantão Judiciário Noturno. O Plantão Judiciário Noturno do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ) é órgão jurisdicional que tem por atribuição decidir casos de urgência. Como bem destaca o Tribunal de Justiça fluminense, o Plantão Noturno objetiva proporcionar ao cidadão uma prestação jurisdicional célere e efetiva, garantindo atendimento 24 horas por dia, visando ao conhecimento de medidas judiciais de caráter urgente, definidos como aqueles que ponham em risco direito relevante, cuja tutela não possa aguardar decisão judicial no expediente forense regular.

A ideia, por conseguinte, é de que a população nunca fique desguarnecida da tutela jurisdicional, eis que, findo o expediente forense regular (ocorrido das 10h às 18h dos dias úteis),

sempre haverá, pelo menos, um juiz e um desembargador no Plantão Diurno nos finais de semana e feriados e no Plantão Judiciário Noturno.

Em sede de Plantão Noturno, muitos processos relatam que o demandante se encontra em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), mas que a estrutura da unidade é insuficiente para o atendimento que o caso requer. Há casos, já desde antes da pandemia do COVID-19, de descumprimento da tutela anteriormente deferida e que previa a transferência do demandante da UPA para algum hospital com suporte em Centro de Tratamento Intensivo (CTI), sob a justificativa de que não se encontrou leito em nosocômio público, o que evidencia alarmante ausência de estrutura capaz de atender às necessidades da população.

As UPAs têm como missão atender às urgências e estabilizar o paciente grave enquanto aguarda o acesso ao leito. Todavia, as UPAs foram implantadas no país a partir de 2008 sem um planejamento efetivo, causando várias consequências impremeditadas, entre elas, a frequente “internação” na unidade, representando uma distorção da finalidade e das possibilidades de cuidado dessa unidade (O'DWYER, *et al* 2017).

Entre os principais problemas do processo de implantação das UPAs, destaca-se a fragilidade da referência hospitalar, ou seja, leitos insuficientes para internar a demanda advinda das UPAs. O fenômeno nacional também atinge o Rio de Janeiro, onde há evidente discrepância entre o número de solicitações de internação em leito hospitalar advindas das UPAs e o de vagas disponíveis, evidenciando que, menos de 40% do total de solicitações, acessa o leito (KONDER e O'DWYER, 2019).

Evidenciou-se que, como as UPAs do município do Rio de Janeiro estão sob gestão municipal e estadual, o acesso ao leito depende de duas centrais de regulação pouco integradas, de sorte que UPAs sob a gestão estadual acessam especialmente hospitais estaduais e UPAs municipais, hospitais municipais (KONDER e O'DWYER, 2019). Também é fato que, no mesmo município, a maioria das solicitações de internação que chega às centrais de regulação se origina das UPAs.

Esse cenário descrito nos últimos anos é sujeito a um complicador recente: a pandemia instaurada pela COVID-19, agravando-se a já apontada escassez de leitos. É dizer, condições especiais como a pandemia geram uma tensão adicional ao frágil equilíbrio em sustentar direitos.

Note-se que, em dezembro de 2019, identificou-se em Wuhan, China, a doença provocada por um novo tipo de coronavírus (SARS-CoV-2), que rapidamente se disseminou. A síndrome clínica foi denominada de COVID-19 e reconhecida como pandemia em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020).

No dia 27 de janeiro foi notificado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, em Minas

Gerais, quando, no mundo, já havia 2.798 casos confirmados (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1, 2020). Até 21 de fevereiro, foram 154 casos confirmados e 01 no Rio de Janeiro - o primeiro caso do estado -, ao tempo em que, no mundo, eram 76.769 casos confirmados (MINISTÉRIO DA SAÚDE 3, 2020). Considera-se que o Brasil foi atingido fortemente a partir de março.

O número de hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em 2020 representou um incremento de mais de 637% em 2020 em relação ao mesmo período de 2019, confirmando o impacto da COVID-19 para esse diagnóstico.

Estima-se que 14% das pessoas acometidas pela COVID-19 necessitarão de um leito hospitalar e 05% demandarão leitos de CTI (CONASS, 2020). Para o enfrentamento da nova doença, cabe às UPAs atendimento aos usuários de livre demanda e encaminhados pela Atenção Primária à Saúde (APS); estabilização e solicitação de internação em hospital geral ou com leito de CTI, conforme a gravidade.

Dessa feita, toda a rede de urgência deve estar implicada no atendimento à pandemia, iniciando pela APS, com ações de prevenção, atendimento e monitoramento dos casos leves; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com atendimento de demandas domiciliares e apoio às unidades assistenciais, como a APS, cabendo aos hospitais o tratamento e recuperação dos acometidos pela COVID-19 (CONASS, 2020).

É bem verdade que a escassez de leitos no país, assim como a superlotação das emergências hospitalares, compõe uma realidade antiga e persistente no SUS (BITTENCOURT e HORTALE, 2009; O'DWYER et al, 2017). Diante deste contexto, conforme aumentam os casos de COVID-19 no Brasil, há preocupação com a escassez de leitos no sistema de saúde. No Rio de Janeiro, a construção de Hospitais de Campanha seria uma estratégia capaz de atrasar a superlotação da rede hospitalar (ZIEGLER, 2020).

É que, a partir da estratégia de Hospitais de Campanha, fez-se necessário um modo para superar a dicotomia entre a regulação estadual e a municipal no Rio de Janeiro. Estabeleceu-se no âmbito do estado do Rio de Janeiro que todos os leitos habilitados para o atendimento de COVID-19 nas redes municipal, estadual e federal serão exclusivamente regulados pela Central Estadual de Regulação, via Sistema Estadual de Regulação (SER), incluindo os leitos de Hospitais de Campanha (CONASS, 2020).

Outrossim, não se pode descuidar que os casos de COVID-19 no Brasil estão concentrados em 9 metrópoles, sendo o Rio de Janeiro uma delas. Em comunidades com alta densidade demográfica e pobreza estrutural, agrava-se o risco, por ser inviável o isolamento social (CASTRO, 2020). Embora o vírus infecte pessoas indiscriminadamente, a forma como a sociedade é atingida demonstra que nos lugares mais pobres, o impacto é maior em função das diversas carências

estruturais, reproduzindo desigualdades sociais (ZIEGLER, 2020). A relação entre a maior ou menor quantidade de cômodos de uma casa e a quantidade de moradores reflete um importante problema.

Assim, quando Boaventura de Souza Santos trata da Sociologia das ausências, alerta para a existência de subjetividades e humanidades não conhecidas, subjugadas, subalternizadas e aponta a tarefa do reconhecimento como forma de reversão positiva desse cenário. No mesmo diapasão, quando trata da Sociologia das emergências, exorta a que o olhar para o futuro não seja conformista, mas comprometido com um mundo em que se tenha mais esperança do que medo, com atenção às lutas travadas na e pela sociedade, valorizando-se as experiências sociais (SANTOS, 2002).

Nessa toada, o escopo desse trabalho é realizar um recorte sobre a crise operada pela pandemia do Coronavírus (COVID-19) no sistema de saúde do Estado do Rio de Janeiro, mais especificamente em relação ao atendimento realizado pelas UPAs e seu reflexo nas demandas judiciais distribuídas ao Plantão Judiciário Noturno.

O trabalho tem como hipótese verificar se a pandemia do Coronavírus impactou as demandas judiciais de saúde ajuizadas em sede de Plantão Judiciário Noturno.

Objetiva-se, dessa feita, analisar as demandas judiciais no Plantão Judiciário Noturno no Estado do Rio de Janeiro, considerando o impacto da crise operada pela pandemia da COVID-19 no sistema de saúde público local.

1 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso descritivo exploratório, envolvendo as demandas judiciais protocolizadas junto ao Plantão Judiciário Noturno do Tribunal Judiciário do Rio de Janeiro, envolvendo pedidos de internação hospitalar de pacientes no referido estado, no período de janeiro à maio de 2020. As fontes são documentos oficiais, dentre os quais se destacam as atas do Plantão Noturno e a relação de feitos remetidos e retornados à conclusão do juiz plantonista noturno. A partir desses documentos, foram planilhadas as seguintes informações: número do processo, iniciais do nome da parte, idade, sexo, doença indicada, as pessoas jurídicas em face de quem a ação foi proposta, se o caso narrava que o demandante se encontrava em alguma UPA e se havia informação no laudo médico ou na inicial proposta sobre suspeita de contaminação pela COVID-19.

Considerando o período de janeiro à maio de 2020, foi observado o número de demandas por internação de doenças respiratórias suspeitas por COVID-19 e como as demandas por outros diagnósticos tradicionais se comportaram frente à prioridade que as autoridades sanitárias vêm praticando para as síndromes respiratórias gripais. Tal análise se torna possível porque, como regra,

os feitos distribuídos em sede de Plantão Noturno são, normalmente, acompanhados de laudos médicos. Muitos vêm com hipótese diagnóstica e outros com descrições de sintomas, às vezes, com poucos elementos para um diagnóstico presumido. A fim de classificação dessas demandas, dois médicos atestaram os diagnósticos, com posterior conferência e consenso.

Como no presente artigo pretendemos fazer a vinculação do enfrentamento da COVID-19 pelas UPAs e pelo Poder Judiciário, os feitos judiciais formulados em face de pessoas jurídicas de direito privado foram considerados apenas para totalizar o quantitativo de feitos de saúde e de casos assinalando a suspeita de COVID-19, mas não serão objeto de análise mais aprofundada pelo presente estudo. Nesse estudo, consideraram-se para análise os casos suspeitos de COVID-19 e não apenas os confirmados, já que há explícita dificuldade de acesso aos exames comprobatórios no país, no serviço público, restritos apenas ao ambiente hospitalar.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 O papel do Judiciário para o acesso ao direito à saúde

O direito à saúde está calcado na ideia de universalidade, porquanto se configura como um direito de todas as pessoas e representa, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, muito mais do que ausência de doenças, mas um estado de bem-estar físico, mental e social, de modo que sua realização e proteção dependem de um conjunto de condições econômicas e sociopolíticas que transcendem o domínio circunscrito das políticas de saúde e dos cuidados em saúde. Assim, afirma Nunes:

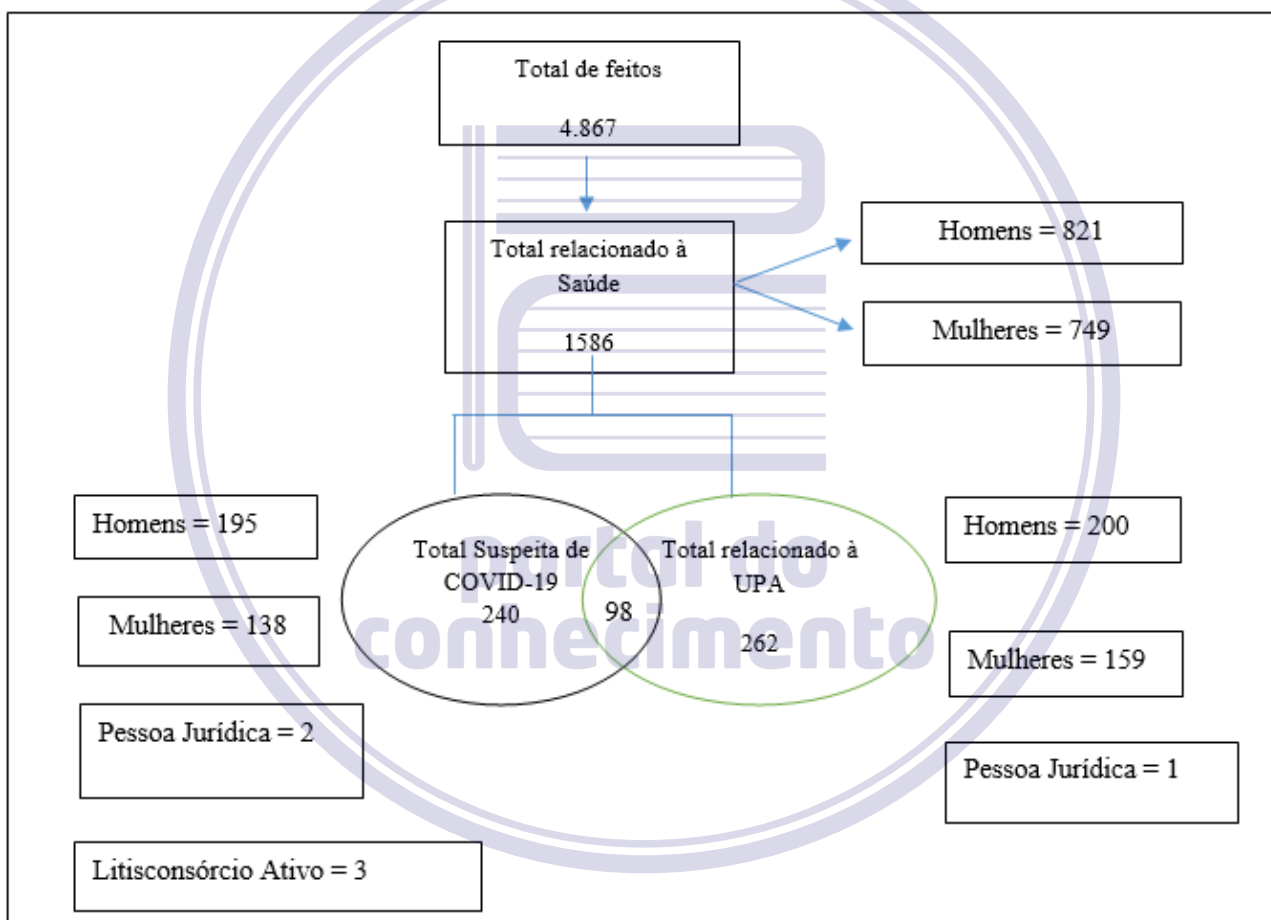
Assumir que a saúde é um direito fundamental, porém, implica considerar as transformações por que têm passado, durante as últimas décadas, as concepções do que é a saúde e, em particular, a ampliação do conceito de saúde. Essas transformações, por sua vez, não podem ser dissociadas das mudanças nos saberes sobre a saúde e nas práticas científicas e profissionais neste campo, nem da emergência de uma diversidade de formas de governar a vida (biopoder), de reconfigurar relações sociais a partir de afinidades ou partilhas de características associadas à biologia (biossocialidade) e da constituição da 'vida em si mesma' como fonte de valor e de acumulação de capital" (NUNES, 2009, p. 144).

Essa transcendência às políticas públicas de saúde e aos próprios cuidados em saúde dispensados pelo setor público e privado, tem uma de suas facetas plasmada na judicialização da saúde - fenômeno que, pela regularidade do fluxo de ações propostas, identifica carências ou inexistência de políticas públicas de saúde ou regulatórias que atendam aos reclamos mais constantes da população (BASTOS, 2019).

Essa reflexão crítica, no presente trabalho, é abordada sob a perspectiva da atividade desenvolvida pelo Plantão Judiciário Noturno no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.

Não se pode descuidar que o montante de feitos distribuídos ao Plantão Noturno em 05 meses de análise, de janeiro a maio de 2020, é volumoso, como pode ser visto no quadro 1. E assim, se também forem altos (como são) os números de ações distribuídas que versem sobre o direito à saúde, tem-se que a matéria merece a atenção do Tribunal e seus magistrados, dos gestores de saúde em todos os âmbitos federativos, da comunidade dos estudiosos e da população em geral.

Quadro 1: Mapeamento da distribuição dos feitos, Plantão Judiciário Noturno, Estado do Rio de Janeiro (janeiro à maio de 2020).



Fonte: Feitos do Plantão Judiciário. Realização própria.

Houve um total de 4.867 ações distribuídas de janeiro a maio de 2020, das quais 1.586 (32,586%) apresentavam alguma discussão em torno do direito à saúde. Desse total de demandas de saúde, 360 processos informavam a necessidade de transferência do paciente para algum hospital com suporte em CTI e 338 processos narravam suspeita de contaminação por COVID-19, sendo que 98 casos envolviam pacientes em UPA.

Em janeiro, o Plantão Judiciário Noturno contou com a distribuição de 796 feitos, dentre os quais 321 se relacionavam à saúde. Neste mês, nenhum caso de suspeita de contaminação pelo COVID-19 foi judicialmente reportado.

Em 04.02.2020, editou-se a Portaria GM/MS 188/2020, que declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19). Nessa esteira, a Lei 13.979, de 06.02.2020, dispôs sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do COVID-19, responsável pelo surto de 2019. Todavia, para fevereiro, em sede de Plantão Noturno, tal como em janeiro, nenhum caso envolvendo suspeita de contaminação por COVID-19 foi judicialmente reportado.

Em fevereiro, considerando que o mês é um pouco mais encurtado, o total de feitos distribuídos foi de 679, não demonstrando uma diferença tão grande em relação ao mês anterior. Semelhantemente, a diminuição na quantidade de feitos envolvendo a matéria saúde - foram distribuídos 272 processos com essa temática - também guarda correlação com a menor quantidade de dias do mês.

Tanto é assim, que a porcentagem de representatividade dos feitos de saúde no total de feitos distribuídos é de 40,06% - muito próximo ao percentual encontrado em janeiro (40,33%).

Em 11.03.2020, houve a Declaração de Pandemia de COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde. No dia 13.03.2020, o Decreto Estadual 46.973 reconheceu a emergência na saúde pública do estado do Rio de Janeiro, em razão do contágio pelo COVID-19 e adotou medidas de enfrentamento da propagação da doença, sendo depois revogado pelo Decreto Estadual 47.006, de 27.03.2020, ao que se seguiram outros diplomas com medidas de enfrentamento ao Coronavírus.

No dia 18.03.2020, a Corregedoria-Geral da Justiça (CGJ) do Estado do Rio de Janeiro editou o Aviso CGJ/RJ 325/2020, publicado em 20.03.2020, que versava sobre o cumprimento de mandados de intimação para regulação de vagas e de verificação de vagas para internação. Desse modo, apontou os endereços onde ocorreriam as intimações para regulação de vagas referentes às ações judiciais movidas em face do Estado do Rio de Janeiro na Comarca da Capital e nas demais Comarcas do Estado, bem como das ações judiciais movidas em face do Município do Rio de Janeiro e dos demais Municípios. Previu, ainda, que os Mandados de Verificação de vagas para internação em nosocômio da rede privada deveriam ser cumpridos pelo Oficial de Justiça Avaliador junto à administração do hospital indicado no mandado, podendo obter por meio eletrônico o mapa hospitalar que indique as vagas em utilização e as vagas disponíveis, para anexar à sua certidão.

Vale registrar a importância deste mapeamento vez que, ante reiterados descumprimentos de internação do demandante em hospital público, dada a ausência de leitos sinalizada pela Central

Reguladora, muitas decisões determinam a internação em hospital privado com a especialidade médica pretendida, às expensas dos entes públicos.

Nesse momento, ainda não havia sido distribuída ação alguma ao Plantão Judiciário Noturno que relatasse possível infecção por COVID-19. Todavia, o TJRJ já estava atuando no sentido de diminuir a circulação e aglomeração de pessoas. A partir do dia 25.03.2020, de acordo com o Aviso CGJ 328/2020, as petições para o Plantão de Primeira Instância passaram a ser protocolizadas exclusivamente pela via eletrônica, através do Portal do TJRJ – medida essa que permitiu o exercício do teletrabalho também aos juízes de plantão e seus secretários.

E essa é uma informação relevante porque o uso do Processo Judicial Eletrônico (PJE) também no Plantão Noturno facilita em muito as pesquisas e a obtenção de dados. Antes, com os feitos físicos, era necessário requerer uma cópia das ações distribuídas ao cartório ou verificar se o feito foi distribuído e digitalizado no juízo natural, o que, por não ser um procedimento tão rápido, principalmente em período de pandemia, não permite pronta consulta.

Daí que, ao longo dos meses de janeiro, fevereiro e parte de março, algumas demandas de saúde não puderam ser mais detalhadamente analisadas porque os autos ainda eram físicos e, pelos sistemas do Tribunal, não se fazia possível consultar informações como data de nascimento, doença relatada, se a pessoa precisava ser transferida da UPA para algum hospital com suporte em CTI e se havia suspeita de contaminação por COVID-19.

Em consequência, perderam-se informações em alguns feitos por falta de registros de idade, doença e/ou origem da demanda (UPA ou não): 21 em janeiro; 42 em fevereiro; 78 em março. A partir de abril, com a informatização, as perdas não mais ocorreram. Essas perdas justificam discrepâncias eventuais nos números totais e parciais dos feitos apresentados.

Em março, o total de feitos distribuídos aumentou significativamente, alcançando 1322 casos. Tal fato se deu muito em razão da Recomendação CNJ 62/2020 (Conselho Nacional de Justiça), ao propor aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo COVID-19 no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo, que resultou em novas demandas. Isso explica o porquê de a representatividade dos feitos de saúde frente ao total de processos distribuídos, em termos absolutos, ter diminuído para 24,89% em março. Todavia, uma análise mais acurada permite afirmar que a quantidade de feitos de saúde manteve números próximos a janeiro, a saber: foram 329 casos ajuizados.

Nos primeiros dias de abril, a demanda criminal ainda era bem acentuada, o que manteve elevada a quantidade total de feitos distribuídos ao Plantão Noturno em referido mês. Por isso, apesar de a demanda total ter diminuído em relação a março (em abril foram 1160 distribuições), ainda se manteve bastante elevado o tombamento de ações, se comparado aos meses de janeiro e de

fevereiro. E, por isso, o total de demandas de saúde representou 27,85% do total de feitos distribuídos no mês.

A quantidade total de feitos de saúde manteve-se estável em relação aos meses anteriores.

Em maio, a totalidade de feitos distribuídos alcançou 910 tombamentos, dos quais 341, isto é, 37,47%, são afetos à matéria de saúde.

Vale notar que, nesse meio tempo, para tentar diminuir o número de subnotificações existentes no país, a Portaria Conjunta MS CNJ 01/2020 adotou como protocolo, no caso de morte por suspeita de COVID-19, ainda não confirmada por exame laboratorial, que os profissionais da saúde deveriam colocar como *causa mortis* a expressão “provável para COVID-19” ou “suspeito para COVID-19”. Tal medida permite estimar com precisão maior o número real de mortes por COVID-19. Esse protocolo foi ratificado pela Portaria Conjunta MS CNJ 02/2020, razão pela qual a Portaria Conjunta 01/2020 foi revogada.

Esse mesmo protocolo se viu presente nos laudos médicos que lastreavam as ações distribuídas em sede de Plantão Judiciário Noturno. De fato, a maior parte dos feitos distribuídos em sede de Plantão Noturno, em que os demandantes apresentavam sintomas típicos de COVID-19, desde final de março, narravam o quadro clínico do paciente e apontavam suspeita de COVID-19 ou alguma expressão correlata.

Importante ressaltar que, de todos os casos apresentados em sede de Plantão Noturno, o laudo médico e a petição inicial apenas informavam a suspeita de contaminação por COVID-19, a exceção de um caso, distribuído no 1º dia de maio, que relatou ter sido a paciente testada, uma vez que a autora é profissional da saúde. Não obstante isso, ainda não havia o resultado do exame. É dizer, das 338 ações judiciais apresentando casos suspeitos de COVID-19 no período de março a maio de 2020, apenas 01 caso noticiou ter sido o demandante testado. Em todos os outros, havia apenas um diagnóstico que levava a crer a existência da doença.

Essa situação é justificada pela política de testagem para COVID-19, adotada no estado e de forma mais abrangente no país. Os pacientes têm seus testes realizados apenas nas unidades hospitalares. Podem ser colhidos nas UPAs, mas o exame não é realizado localmente. A política de testagem no país é extremamente restritiva, por falta de testes e de capacidade laboratorial de sua realização.

Dessa maneira, o que se percebe, é que a tutela jurisdicional vindicada no Plantão Judiciário Noturno no que toca a tratamento médico/internação em casos de suspeita de COVID-19 é uma luta pelo acesso à saúde que passa pela luta do “direito à doença”, revelando uma deficiência das políticas públicas no enfrentamento de doenças. Considerando que o conceito de saúde é muito mais amplo do que ausência de doenças, Nunes traça uma crítica a que a realização do direito à

saúde tenha de passar por reivindicações de reconhecimentos da afetação por uma doença e pela exigência de resposta a essa condição:

“Num artigo publicado em 2006, com o sugestivo título “Illnesses You Have to Fight to Get” (“Doenças que se tem de lutar para ter”), Joseph Dumit chamava a atenção para as controvérsias e mobilizações colectivas em torno de doenças emergentes ou com características consideradas incertas pelo saber biomédico e epidemiológico. De facto, a expressão usada por Dumit pode ser alargada a um conjunto de situações para além daquelas a que ele se refere no seu artigo, para abranger, em geral, as lutas por aquilo que designarei, em termos gerais, de *justiça sanitária*. Não se trata, aqui, apenas de lutas que têm como foco o acesso a serviços de saúde, hoje muitas vezes incluídas nos movimentos de consumidores ou de utentes de serviços públicos. Estamos, antes, perante um conjunto de situações em que a realização do direito à saúde passa pelo reconhecimento da existência de doenças ou da existência de pessoas ou grupos na sociedade afectados por certas doenças, geralmente causadas por exposições ambientais ou condições sociais ou laborais, cuja existência pode ser contestada ou negada por profissionais, investigadores e instituições de saúde ou de protecção social, e pelo apoio (ou ausência de apoio) do Estado e compromisso público com a intervenção sobre a doença. Destas situações emergem diferentes formas de acção e de mobilização colectiva, cujos objectivos podem incluir: acesso a serviços e cuidados; inclusão em categorias que têm acesso a cuidados médicos de um certo tipo (...) Muitas das acções no campo da justiça ambiental incidem, igualmente, sobre problemas que afectam a saúde e sobre a exigência do seu reconhecimento pelo Estado, pelas autoridades de saúde e pelos especialistas e profissionais” (NUNES, 2009, p. 154-155).

Percebe-se, então, que o Poder Judiciário se posicionou de forma estratégica, visando atender às demandas geradas pela pandemia. Isso porque, as exclusões sociais, econômicas e técnico-informacionais, muitas vezes, geram a invisibilidade dos sujeitos. E é exatamente esse fenômeno que a judicialização da saúde, na luta pelo reconhecimento e concretização desse direito à saúde, tenta combater, retirando do óbvio vozes que estavam silenciadas e cifras de doenças que, talvez, só o registro do óbito externasse sua existência.

A vasta maioria dos países com sistema universal de saúde garante o direito aos serviços de saúde. O Brasil experimenta um quadro original de judicialização em que o bem protegido é o direito à saúde, sustentado em um princípio abstrato, o da dignidade humana (DINIZ *et al*, 2014).

E essa é uma questão relevante na medida em que, para além da questão ética relativa ao direito coletivo e individual, deve-se pontuar que o mandado judicial se interpõe ao processo regulatório, levando à priorização do direito de um indivíduo sobre os outros, na contramão do processo técnico, reforçando iniquidades (KONDER, 2018). Por outro lado, pacientes-cidadãos-consumidores, em especial de baixa renda, não mais esperam por acesso equânime às tecnologias médicas. Fazem da judicialização um instrumento para a responsabilização do Estado em razão de infraestruturas ineficazes (BIEHL, 2016).

Importante observar que a atuação do Poder Judiciário se faz sobre uma falta estrutural de leitos hospitalares, acessados através da Central de Regulação, com ou sem intervenção da justiça. As centrais de regulação do estado e município do Rio de Janeiro tinham atuação regulatória restrita

no início da década de 2000. A implementação das UPAs foi um fator organizador e impulsor da estruturação da regulação, mesmo mantendo-se ainda tão precária no final dos anos 2010. Não se pode deixar de salientar a significativa atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ) por meio de variadas ferramentas, desde audiências e seminários, até Termos de Ajustamento de Conduta e Ações Cíveis Públicas, desempenhando papel substantivo para promover mais equidade e integralidade na organização de rede de atenção à saúde (KONDER, 2018).

A Central Estadual de Regulação (CER) possui um núcleo jurídico com integrantes habilitados a auxiliar os médicos reguladores nas circunstâncias em que um mandado judicial é endereçado à CER-RJ ou incide sobre a ação regulatória (KONDER, 2018). E aqui não se pode olvidar que os pedidos de leitos de CTI são os mais frequentemente judicializados (KONDER, 2018).

2.2 As demandas da saúde e suas especificidades

Em janeiro, dentre as demandas de saúde, 66 processos envolviam casos em que a pessoa se encontrava na UPA e precisava ser transferida para algum nosocômio com suporte de CTI. Dessa maneira, considerando-se que 40,32% das demandas propostas em sede de Plantão Noturno tiveram como causa alguma violação ao direito à saúde, está demonstrada a expressividade da matéria.

Outrossim, se compararmos a representatividade dos feitos relatando a estadia em UPA frente ao total de demandas, verifica-se um percentual de apenas 8,29%. Todavia, quando se analisa a representatividade de demandas que apontam a necessidade de transferência da UPA para algum hospital, tendo como parâmetro o quantitativo de processos distribuídos envolvendo a saúde, verifica-se um total de 20,56% processos, o que revela a necessidade de se voltar uma maior atenção à saúde pública.

Em fevereiro também se verifica a distribuição de 57 processos em que se narra a estadia de uma pessoa na UPA e sua necessidade de transferência para hospital com suporte em CTI, o que representa um pequeno incremento desse tipo de questão frente ao total de feitos distribuídos e ao total de feitos de saúde no mês de referência. É dizer, a representatividade dos feitos envolvendo estadia em UPA e necessidade de transferência para CTI ante o total de feitos distribuídos foi de 8,40% e a representatividade dos feitos envolvendo estadia em UPA e necessidade de transferência para CTI ante o total de feitos de saúde foi de 20,96%.

Em março, tem-se um incremento um pouco maior na quantidade de feitos que narram a necessidade de transferência da UPA para algum nosocômio com suporte de CTI, passando a um quantitativo de 73 casos.

Vale notar que apenas no Plantão Judiciário Noturno ocorrido no dia 23.03.2020 foi noticiado o primeiro caso de suspeita de contaminação por COVID-19. E assim, como os casos começaram a serem noticiados no final do mês, os casos suspeitos para COVID-19 representavam 3,65% das demandas de saúde, mas já representavam 16,44% das demandas envolvendo transferência da UPA para nosocômio com suporte de CTI.

Em abril, devido à grande distribuição de feitos criminais, foi pequena (apenas 7,24%) a representatividade dos casos que previam a necessidade de transferência do paciente da UPA para algum hospital com suporte em CTI frente ao total de feitos distribuídos. Apesar disso, houve um aumento do número de pedidos de transferência da UPA para unidade hospitalar com suporte de CTI (foram 84 casos). Tem-se que, do total de processos de saúde distribuídos no mês, 26,01% diziam respeito a demandas envolvendo pessoas que precisavam dessa transferência. Aqui se percebe um incremento nesse tipo de demanda de 27,27%, se considerados como parâmetro o mês de janeiro e 47,37% se considerado fevereiro - quando nenhum caso de COVID-19 foi reportado - e 15,07% se comparado com março, quando casos de suspeitas de contaminação pelo COVID-19 já começavam a ser noticiados.

Os casos envolvendo suspeita de contaminação pelo COVID-19 passaram de 12 casos em março para 133 casos em abril, de modo que passam a representar 41,18% da demanda de saúde, com reportes já desde o primeiro dia de abril.

Segundo o Ministério da Saúde, em 03.04.2020 havia 9.056 casos confirmados no país e 1074 no Rio de Janeiro. Os registros de óbitos já eram significativos, 359 no Brasil e 47 no Rio. No resto do mundo, chegava-se perto de 1 milhão de casos confirmados e ultrapassavam-se os 50 mil óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 6, 2020). No mesmo mês, houve importante evolução da doença em âmbito nacional e internacional: foram confirmados 2.423.470 casos de COVID-19, com 166.041 óbitos no mundo; e, no Brasil, 40.581 casos e 2.575 óbitos. No Rio de Janeiro chegava-as a 4.899 casos e 422 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 8, 2020).

Em maio, a quantidade de feitos envolvendo pessoas que precisavam ser transferidas de UPAs para hospital com suporte de CTI se manteve em níveis mais elevados do que nos meses iniciais, mas acompanhou a média do mês de abril, isto é, foram 80 processos, representando 23,46% dos feitos de saúde.

A quantidade de demandas noticiando a suspeita de COVID-19 aumentou, chegando ao total de 193 casos, representando 56,60% dos feitos de saúde e 21,21% do total de feitos distribuídos.

Segundo o Ministério da Saúde, até 23.05.2020, foram registradas, no Brasil, 139.622 hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), quadro compatível com suspeita

de COVID-19. Havia 241.080 casos confirmados de COVID-19 e 16.118 óbitos confirmados. No Rio de Janeiro, 22.238 casos confirmados de COVID-19 e 2.715 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 13, 2020).

Não se descuidava de que no Rio de Janeiro as patologias que mais demandavam leitos de CTI em 2016 e 2017 eram as doenças cardiovasculares, seguidas das infecções respiratórias. Para os leitos de clínica médica, as demandas têm números mais próximos e as infecções respiratórias são a quarta maior demanda, mantendo-se a cardiovascular em primeiro lugar (KONDER, 2018). Também em Brasília foram encontradas como doenças mais prevalentes em casos de judicialização, as do aparelho cardiocirculatório e respiratório (DINIZ *et al*, 2014).

Observa-se, porém, que o diagnóstico mais prevalente nos feitos referentes à saúde no período estudado foi a COVID-19, com crescimento expressivo em abril e maio. As doenças cardiovasculares mantêm um padrão de demanda estável até março, sendo a principal causa de ação, compatível com a expectativa de adoecimento e morte, segundo o referencial epidemiológico. As doenças neoplásicas também se destacaram, como previsto pelos indicadores epidemiológicos, e as doenças múltiplas (assim classificadas quando houvesse, pelo menos, três categorias de doenças afetando o autor da ação) evidenciam a gravidade dos pedidos.

Portanto, não fosse a COVID-19, haveria harmonia entre os diagnósticos encontrados e os indicadores de prevalência de doenças (GLOBAL BURDEN OF DISEASES, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE - SAGE, 2020).

A seguir apresenta-se a forma de distribuição dos diferentes tipos de doenças, considerando o período analisado (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das doenças por mês, Rio de Janeiro, janeiro a maio de 2020

DOENÇAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	TOTAL
DOENÇA OBSTÉTRICA	3	2	9	6	6	26
DOENÇA MENTAL	5	6	7	9	4	31
TRAUMA	12	11	7	2	2	34
DOENÇA HEMATOLÓGICA	27	5	6	1	4	43
DOENÇA NEUROLÓGICA	9	9	12	11	3	44
OUTRAS DOENÇAS	8	10	9	18	6	51
DOENÇA GASTROINTESTINAL	8	15	16	11	12	62
DOENÇA RENAL	14	12	23	11	8	68
DOENÇA RESPIRATÓRIA	28	22	22	8	3	83
DOENÇAS MÚLTIPLAS	56	24	27	23	15	145
DOENÇA NEOPLÁSICA	43	30	34	36	17	160
DOENÇA CARDIOVASCULAR	86	92	82	29	27	316
COVID-19			12	133	193	338

Fonte: planilhas dos feitos do Plantão Judiciário. Realização própria.

A categoria 'outras doenças' compreende casos de: doença metabólica; imunológica, dermatológica; oftalmológica; neonatal; osteomuscular; ginecológica; arbovirose; intoxicação medicamentosa e doença genética.

A forma como o Rio de Janeiro organiza sua rede de urgência, nos fez dar atenção especial aos pedidos das UPAs. O município foi o primeiro do país a implantar esse equipamento de saúde, no ano de 2007, e responsável pelo nome e marca UPA. Essa implantação ocorreu antes da primeira Portaria que regularia a UPA, em 2008. O Rio de Janeiro se manteve por anos como o estado com mais UPAs implantadas e, atualmente, só está atrás de São Paulo. Essa implantação configurou o sistema de urgência e emergência local e a UPA passou a funcionar com pacientes permanecendo por vários dias, como se estivessem "internados" (KONDER e O'DWYER 2019; O'DWYER et al 2017).

Apesar da expressiva implantação da UPA no Rio de Janeiro, a partir de 2009 há uma escolha estratégica de privilégio da atenção primária, com conseqüente maior restrição ao segmento de alta complexidade (PEREIRA FILHO *et al*, 2018). O enfraquecimento do atendimento pleno da saúde, enquanto direito social (PEREIRA FILHO *et al*, 2018), influencia negativamente na capacidade do estado para o enfrentamento da pandemia.

Segue, a distribuição dos diagnósticos dos feitos demandados pelas UPAs (tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das doenças por mês, Rio de Janeiro, janeiro a maio de 2020, UPAs

DOENÇAS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	TOTAL
DOENÇA GASTROINTESTINAL			1		2	3
DOENÇA NEUROLÓGICA		1	2	2		5
TRAUMA	1	2	1	1		5
OUTRAS DOENÇAS				5	1	6
DOENÇA HEMATOLÓGICA	3		2		2	7
DOENÇA NEOPLÁSICA	2	2	5	4		13
DOENÇA RENAL	1	3	6	2	2	14
DOENÇA RESPIRATÓRIA	13	10	3	4		30
DOENÇAS MÚLTIPLAS	20	7	15	12	2	56
DOENÇA CARDIOVASCULAR	23	29	31	9	6	98
COVID-19			3	43	52	98

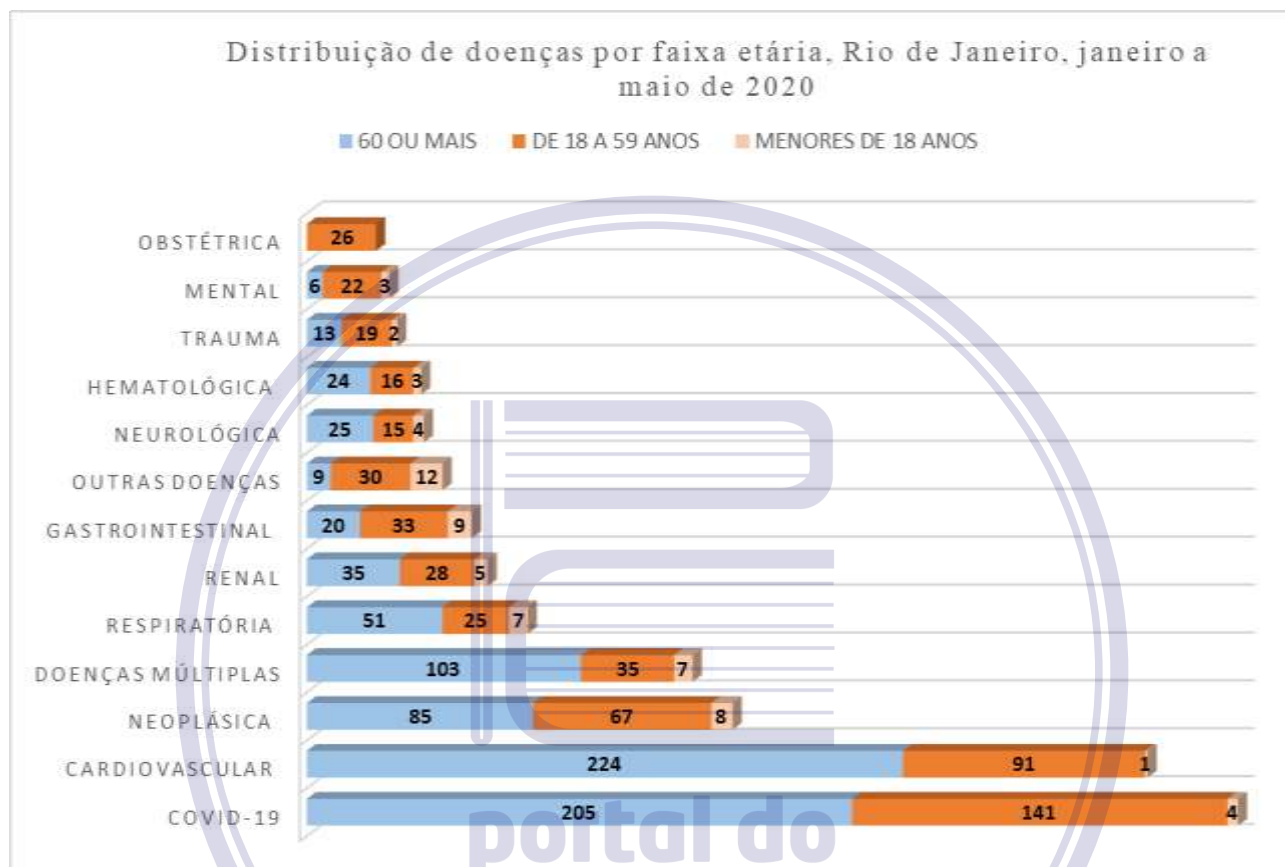
Fonte: planilhas dos feitos do Plantão Judiciário. Realização própria

A categoria 'outras doenças' compreende casos de: doença metabólica; imunológica, dermatológica; oftalmológica; neonatal; osteomuscular; ginecológica; arbovirose; intoxicação medicamentosa; e doença genética.

Como pode ser observado, a distribuição das doenças oriundas da saúde é semelhante, sejam de origem ampla na saúde, ou originárias da UPA.

Outra análise importante para entendermos como as doenças afetam o Plantão Judiciário Noturno se refere à distribuição por faixa etária dos feitos, considerando-se a análise da descrição das doenças (figura 1).

Figura 1: Distribuição de doenças por faixa etária, Rio de Janeiro, janeiro a maio de 2020.



Fonte: Planilhas dos feitos do Plantão Judiciário. Realização própria

Há predomínio de pedidos para pacientes com 60 anos ou mais, de forma geral, com poucos casos em pacientes menores de idade. As doenças obstétricas se concentram na faixa etária de adultos jovens, além das doenças gastrointestinais e outras doenças. Os poucos jovens são atingidos por todas as doenças, com exceção da obstétrica. A faixa etária entre 18 e 59 anos, classificados como COVID-19, apesar de aparecer com menos casos que a de idosos, indica a potencial gravidade que gerou demandas de leitos para COVID-19 nesta faixa etária.

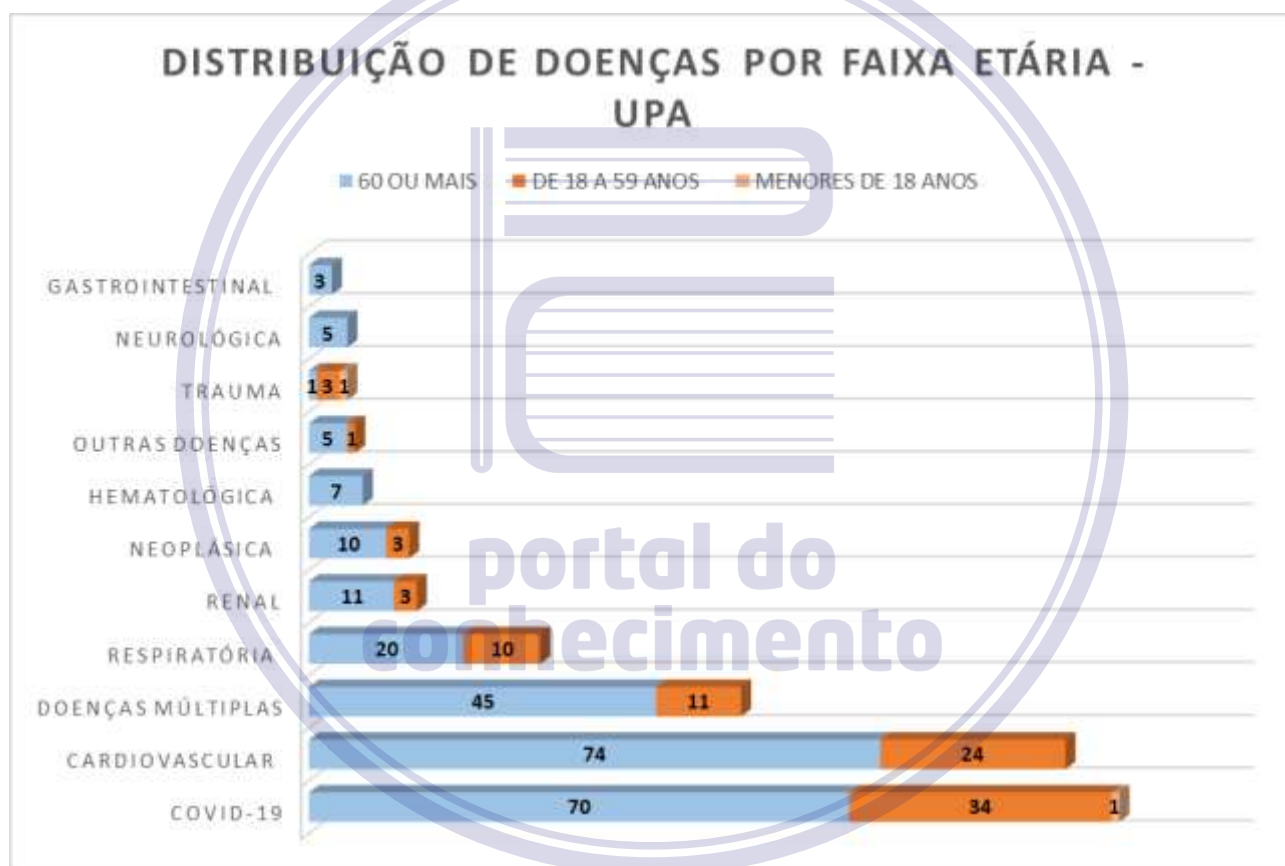
É natural que a maioria das demandas venha dos idosos, faixa etária que consome mais serviços de saúde e internações hospitalares. A identificação precoce de riscos é fundamental e a hospitalização deve ser de curta duração (VERAS, 2018). Portanto, é especialmente prejudicial para essa população permanecer na UPA, em uma falsa situação de internação, enquanto aguarda um leito hospitalar. Há de se considerar que mais de 4 horas entre a indicação de internação e o

acesso ao leito hospitalar implica agravamento do quadro do paciente, independentemente da idade (LIEW *et al*, 2003). Quando há judicialização dos casos, o tempo é um obstáculo fundamental de gravidade a ser superado.

Em um importante estudo da Itália, com 1591 pacientes internados por COVID-19, evidenciou-se que a maioria dos pacientes internados era idosa, com idade mediana de 63 anos (GRASSELLI, 2020).

A seguir a distribuição por faixa etária dos pedidos das UPAs, considerando-se a análise da descrição das doenças (figura 2).

Figura 2: Distribuição de doenças por faixa etária, Rio de Janeiro, janeiro a maio de 2020, UPA

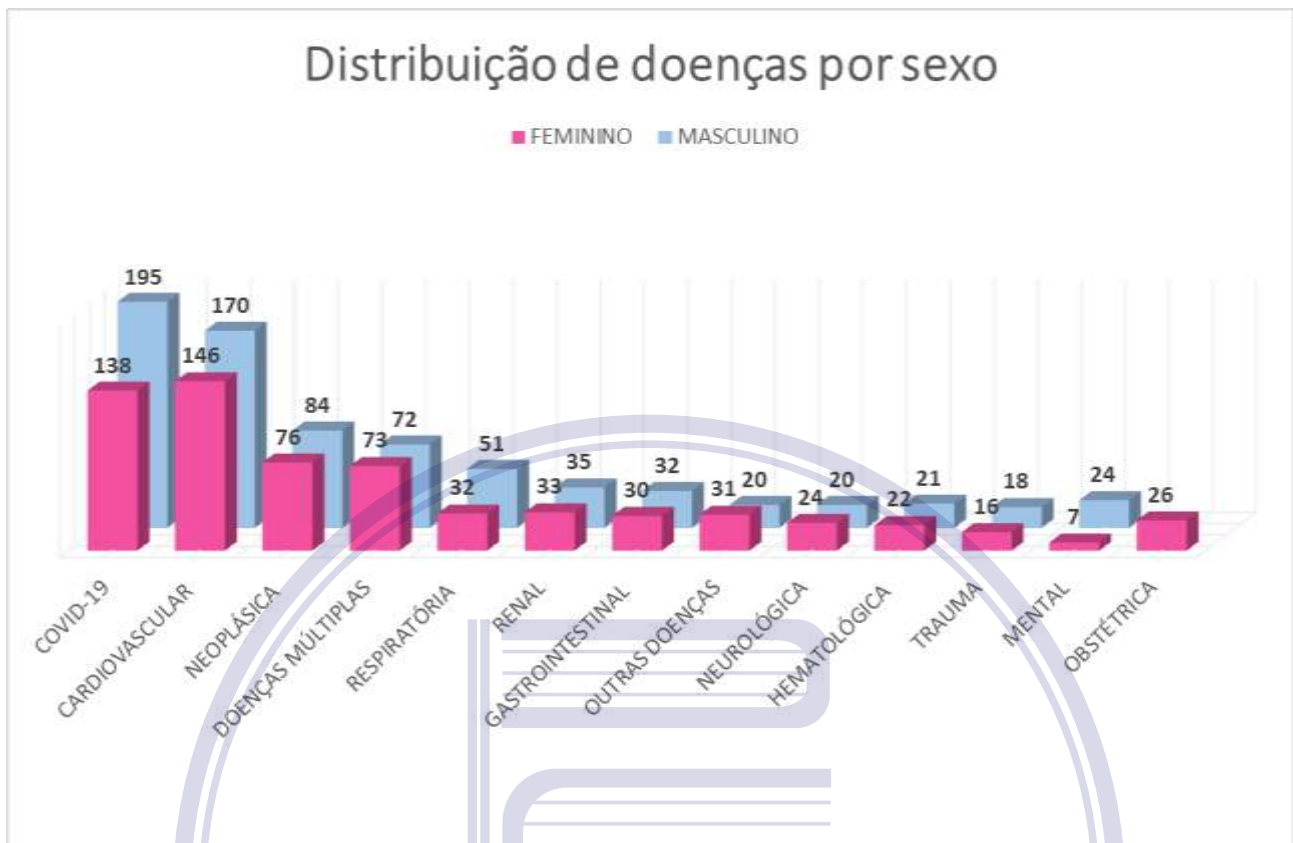


Fonte: Planilhas dos feitos do Plantão Judiciário. Realização própria

As Unidades de Pronto Atendimento exercem papel fundamental no atendimento à população idosa, com destaque para diagnósticos relacionados com doenças cardiovasculares e respiratórias (COSTA *et al*, 2020). Segundo nossos dados, o COVID-19 se mantém como primeira demanda, seguida de doenças cardiovasculares, múltiplas e respiratórias.

Nossa próxima análise se refere à distribuição por sexo, considerando os relatos da inicial e/ou médicos (Figura 3).

Figura 3: Distribuição de doenças por sexo, Rio de Janeiro, janeiro a maio de 2020

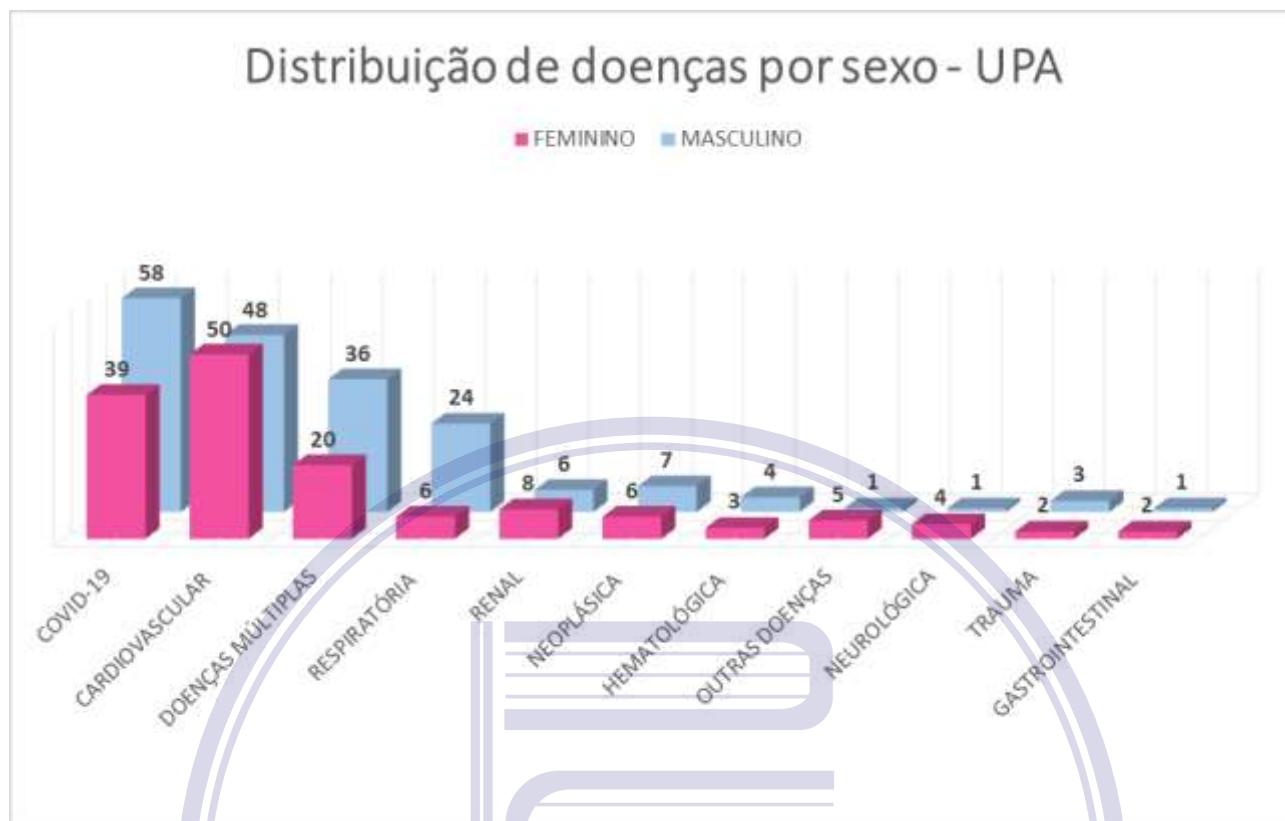


Fonte: Planilhas dos feitos do Plantão Judiciário. Realização própria

A distribuição por sexo evidencia maioria de casos em homens, com raras exceções: doenças múltiplas, outras doenças, doenças neurológicas, hematológica e a última, obstétrica, própria do sexo feminino. No estudo italiano (GRASSELLI, 2020) 82% dos pacientes internados com COVID-19 eram homens.

Segue a distribuição apenas para demandas das UPAs, considerando os relatos da inicial e/ou médicos (Figura 4).

Figura 4: Distribuição de doenças por sexo, Rio de Janeiro, janeiro a maio de 2020, UPA.



Fonte: planilhas dos feitos do Plantão Judiciário. Realização própria.

Em estudo sobre os atendimentos ocorridos em todas as UPAs do município do Rio de Janeiro, durante três anos, encontrou-se predomínio de atendimentos a pacientes do sexo feminino (COSTA *et al.*, 2020). Em nosso estudo persiste a maioria de acometimentos em homens. Entretanto, para a doença cardiovascular, renal, outras doenças e neurológica, há um discreto predomínio de mulheres.

Sobre o comportamento da distribuição por sexo, mês a mês, em janeiro, verificou-se que, das 321 demandas de saúde, 188 (58,57%) tinham homens como autores e 133 (41,43%) possuíam mulheres como autoras. E, dos 66 casos envolvendo "internação" em UPA e a necessidade de remoção para algum hospital com suporte em CTI, 47 casos (71,21%) apontavam a internação de homens e 19 (28,79%) a internação de mulheres.

Em fevereiro, do total de feitos de saúde distribuídos, 135 casos (49,63%) foram propostos por homens e 136 casos (50%) por mulheres. Um caso não foi possível informar por se tratar de autos físicos, a cujo conteúdo não se teve acesso. Vê-se, portanto, que o quantitativo de demanda de saúde propostas por homens e mulheres se equivale no mês de fevereiro. O mesmo se diga para a relação de feitos envolvendo pessoas internadas na UPA e com necessidade de transferência para

hospital com suporte de CTI: 30 casos (52,63%) envolviam homens e 27 casos (47,37%) envolviam mulheres.

Em março foram 329 casos ajuizados, dos quais 171 (51,98%) propostos por homens e 158 (48,02%) por mulheres. Isto é, a distribuição de feitos com a temática de saúde guarda uma certa constância em relação aos meses analisados nesse estudo. No caso das UPAs, foram 38 (52,05%) propostos por homens e 35 (47,95%) propostos por mulheres.

Para os meses de fevereiro e março, portanto, encontra-se um equilíbrio quantitativo em relação ao sexo dos demandantes, tanto dos feitos totais de saúde, quanto das transferências de UPA para hospitalais.

Até o final do mês de março, foram 12 casos COVID-19 narrados, sendo que 07 (58,33%) tinham homens como vítimas da doença e 05 ocorrências (41,67%) em relação a mulheres.

A quantidade total de feitos de saúde em abril manteve-se estável em relação aos primeiros meses. É dizer, foram 323 distribuições tratando da matéria, das quais 148 (45,82%) propostas por homens e 163 (50,46%) propostas por mulheres. O total de 8 ações previam litisconsórcio ativo, tendo como autores um homem e uma mulher e 04 ações foram propostas por pessoas jurídicas, sendo 03 delas para tratar de alguma lide envolvendo plano de saúde.

Em abril, há uma alteração do perfil dessas internações, passando-se a ter mais mulheres (47 casos, totalizando 55,95%) nas UPAs precisando de transferência, do que homens (37 casos, totalizando 44,05%). Em relação à COVID-19, continua havendo mais homens supostamente infectados (75, representando 56,39% dos casos de suspeita de COVID-19) do que mulheres (54 casos, representado 40,60% dos casos de suspeita para COVID-19).

Em maio, do total de 341 feitos de saúde distribuídos, 180 (52,79%) foram propostos por homens e 158 (46,33%) por mulheres. Apenas 01 feito envolvia litisconsórcio ativo, figurando 1 homem e 1 mulher e 02 feitos foram ajuizados por pessoas jurídicas, sendo 1 em face de plano de saúde.

Em maio, torna-se a ter mais homens que precisavam ser transferidas de UPAs para hospital com suporte em CTI do que mulheres necessitando dessa transferência, contudo, com uma diferença substancial, é dizer: 48 casos (60%) foram propostos por homens, 31 casos (38,750%) por mulheres e 01 caso (1,25%) por pessoa jurídica.

Desse total, de suspeitos COVID-19, a grande maioria de supostos infectados continuaram sendo homens (113 casos, perfazendo 58,55%). O total de 79 casos (40,93%) envolviam mulheres e 1 caso (0,52%) envolvia um grupamento de idosos que foram deslocados da casa de repouso onde viviam para UPAs.

No Rio de Janeiro, atingindo idosos ou jovens, homens ou mulheres, a pandemia mudou a vida de todos, doentes ou não, assim como no resto do país e do mundo.

No dia 31.05.2020, mais de 200 países haviam sido afetados pela pandemia e os casos excediam os 5,9 milhões, mantendo rápido crescimento de casos em alguns países. Para aqueles que estão vencendo a pandemia, medidas de controle e abordagem terapêutica compatível com o conhecimento científico foram implantadas (LI et al, 2020). O mesmo ainda não ocorreu localmente, mas ações estratégicas da saúde e o Judiciário foram identificados nesse estudo.

Em resumo, estamos enfrentando um novo, extraordinário, complexo e altamente danoso vírus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a demanda judicial é muito expressiva e se modificou substancialmente com a pandemia, demonstrando uma capacidade de resposta do Estado. O crescimento da demanda COVID-19 acompanhou a curva da doença no estado do Rio de Janeiro e no país. A distribuição por idade foi compatível com a expectativa epidemiológica, assim como o predomínio do sexo masculino. A UPA persiste como um espaço que gera demandas judiciais por sua já conhecida dificuldade de acesso ao leito hospitalar.

Ainda é escassa a produção bibliográfica sobre as repercussões da COVID-19 na sociedade brasileira, mas, em que pese tenhamos trabalhado com casos suspeitos e não com casos confirmados, é fato que a expressiva demanda de uma nova doença ocorreu em um cenário no qual o acesso aos leitos de saúde já era um ponto sensível, a merecer reconfiguração das políticas públicas de saúde existentes.

Os dados do Ministério da Saúde relatando que o Brasil foi fortemente atingido pela COVID-19, a partir de março de 2020, guardam perfeita consonância com os dados mapeados no Plantão Noturno do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Mesmo considerando que a pandemia não impactou de forma significativa a quantidade das demandas de saúde ajuizadas em sede de Plantão Judiciário Noturno, houve significativa alteração qualitativa da demanda, com reordenamento do *ranking* das principais doenças (perfil epidemiológico) que demandaram a judicialização, aumento dos casos narrando 'internação' nas UPAs, além do incremento de demandas paralelas em outras áreas, como pedidos de curatela de pacientes em estado grave de saúde e de liberdade aos encarcerados domiciliar para evitar a contaminação e propagação da doença nas unidades prisionais e de medidas socioeducativas. Qualitativamente, houve

desassistência de problemas tradicionais de saúde com consequências, cuja análise, só estará acessível no futuro próximo.

A pesquisa reafirmou que as questões mais sensíveis à sociedade acabam vertidas ao Poder Judiciário, evidenciando que o excesso de judicialização de direitos sociais espelha uma sociedade desigual e desassistida, além da fragilidade do sistema de saúde atual.

O aumento ou a alteração da natureza da judicialização de demandas de saúde indica maior facilitação do acesso à justiça. Mas, ao mesmo tempo, esse fenômeno revela a incapacidade da gestão pública local em oferecer tais serviços/tratamentos de saúde, na quantidade e qualidade desejadas, tudo isso agravado por um cenário de pandemia.

Implicações severas recaem sobre um sistema de saúde frágil, principalmente quando submetido a uma pandemia. Apesar de o estudo ter indicado ações de correção de déficits estruturais, não se supera um sistema de saúde com baixa cobertura de APS; UPAs 'internando' pacientes; um sistema de regulação hipertrofiado que regula, em verdade, um acesso à escassez; ou com medidas temporárias e recursos disponibilizados pontualmente.

Esse estudo teve como limitações a base da informação ser a suspeita e não o caso confirmado. A política de abordagem da pandemia no Brasil previu a testagem apenas para suspeitos internados, produzindo, portanto, demandas judiciais apenas de casos suspeitos. Outra limitação reside no fato de não ter sido possível analisar a origem de moradia dos pacientes que demandaram acesso ao leito por meio da Justiça, informação importante, considerando que a judicialização é um instrumento de acesso aos direitos dos mais pobres. Também fica o vazio de informação sobre o destino do demandante após o feito. Ficam outras questões, tal qual: Como será o próximo comportamento das tradicionais doenças que se apresentam à saúde e ao Judiciário?

O que há, portanto, é a necessidade de reconhecer as ausências, invocar as pluralidades, advindas do conhecimento produzido pela comunidade científica e por outras instituições, como no caso, o Poder Judiciário e todos os atores envolvidos na judicialização da saúde. Assim, estarão fincadas as bases para a construção das emergências, cujo lastro nas múltiplas experiências sociais permite a dialogicidade entre os Poderes e o desenvolvimento de diretivas e ações mais assertivas no que toca ao tratamento da saúde da população.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Soraya Pina. **A judicialização da saúde**: uma atuação da magistratura na sinalização da necessidade de desenvolvimento e de implementação de políticas públicas na área da saúde. Dissertação (Mestrado), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

BIEHL, João. Patient-citizen-consumers: judicialization of health and metamorphosis of biopolitics. **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, 2016, p. 77-105. Disponível em: DOI.org/10.1590/0102-6445077-105/98. Acesso em: 20 maio 2020.

BITTENCOURT, Roberto, HORTALE, Virginia. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, 2009, p. 1439-1454. DOI.org/10.1590/S0102-311X2009000700002.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição brasileira**, 1988. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988. Brasília: (Senado Federal). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 maio 2020.

CASTRO Marcia; CARVALHO Lucas Rezende; CHIN Taylor; KAHN Rebbeca, FRANÇA Giovanni; MACÁRIO Eduardo Marques; OLIVEIRA Wanderson Kleber. Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil. **MedRxiv**, 2020. Disponível em: DOI.org/10.1101/2020.03.30.20047662. Acesso em: 20 maio 2020.

Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS). **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, abril de 2020.

COSTA Gabriela Alves Paes; O'DWYER Gisele; CARVALHO Yasmim; CAMPOS Hisbello; RODRIGUES Nádia Cristina. Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro. **Revista Saúde em Debate**, 2020, no prelo.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez Carvalho.; PENALVA, Janaína. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2014, p. 591-598. Disponível em: DOI.org/10.1590/1413-81232014192.23072012. Acesso em: 21 fev. 2020.

GLOBAL BURDEN OF DISEASES. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil?language=129>. Acesso em: 21 fev. 2020.

GRASSELLI Giacomo *et al.* Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. **JAMA**, v. 323, n. 16, 2020, p. 1574-1581. Disponível em: DOI:10.1001/jama.2020.5394. Acesso em: 21 fev. 2020.

KONDER, Mariana Teixeira. **Regulação assistencial e atenção hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Tese (Doutorado), Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

KONDER Mariana Teixeira, O'DWYER Gisele. As Unidade de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: DOI.org/10.1590/s0103-73312019290203. Acesso em: 21 fev. 2020.

LI Zhongjie; CHEN Qiulan; FENG Luzhao; RODEWALD Lance; et al. Active case finding with case management: the key to tackling the COVID-19 pandemic. **The Lancet.com**. Published online June 4, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31278-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31278-2). Acesso em: 21 fev. 2020.

LIEW Don, LIEW Danny, KENNEDY MP. Emergency department length of stay independently predicts inpatient length of stay. **Med J Aust**, v. 179 (10), 2003, p. 524-6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1 Boletim epidemiológico especial. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública/ Doença pelo Coronavírus 2019 (COE-COVID-19). Semana epidemiológica 1, jan. 2020. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 3 Boletim epidemiológico especial. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública/ Doença pelo Coronavírus 2019 (COE-COVID-19). 23 fev. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 6 Boletim epidemiológico especial. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública/ Doença pelo Coronavírus 2019 (COE-COVID-19). 03 abr. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8 Boletim epidemiológico especial. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública/ Doença pelo Coronavírus 2019 (COE-COVID-19). Semana epidemiológica 15 (05 a 10 abr.). **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 13 Boletim epidemiológico especial. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública/ Doença pelo Coronavírus 2019 (COE-COVID-19). Semana epidemiológica 9 (15 a 25 de abril). **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAGE - **Sala de apoio à gestão estratégica**. Indicadores de Morbidade e Mortalidade. Acesso em: 27 mai. 2020.

NUNES, João Arriscado. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 87, 2009, p. 143-169. Disponível em: DOI.org/10.4000/rccs.1588. Acesso em: 27 maio 2020.

O'DWYER, Gisele *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 125, 2017. Disponível em: DOI.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072. Acesso em: 27 maio 2020.

PEREIRA FILHO, José Eduardo; BRAGANÇA, João Carlos de Oliveira; ROTHSTEIN, June Maria Emeline Barreiro. As ameaças aos direitos constitucionais da saúde pública brasileira: o caso do município do Rio de Janeiro entre 2005-2016. **Confluências Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito**. v. 20, n. 2, 2018, p. 209-234. Disponível em: DOI.org/10.22409/conflu20i2. Acesso em: 27 maio 2020.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 63, ano 2002. p. 237-280. Disponível em: DOI.org/10.1590/S0101-33002007000300004. Acesso em: 27 maio 2020.

VERAS RP, OLIVEIRA M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência Saúde Coletiva**, n. 23(6), 2018, p. 1929-1936. Disponível em: DOI.org/10.1590/1413-81232018236.04722018. Acesso em: 27 maio 2020.

WHO Director General's opening. **Remarks at the media briefing on COVID-19 19- March 11th.** Geneve, 2020.

ZIEGLER, MF. Padrão de disseminação urbana do COVID-19 reproduz desigualdades sociais. **Agência FAPESP.** Disponível em: <http://agencia.fapesp.br/padrao-dediseminacao-urbana-da-covid-19-reproduz-desigualdades-territoriais/33226/>. Acesso em: 22 mai. 2020.

AUTORAS:

Gisele O'Dwyer

Médica e pesquisadora do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde com diversos artigos publicados sobre a temática da política de urgências.

E-mail: odwyer@ensp.fiocruz.br

Soraya Pina Bastos

Juíza de Direito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, mestre em Saúde Pública pela ENSP do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Justiça e atualmente cursa Doutorado na ENSP/ FIOCRUZ.

E-mail: sorayabastos@tjrj.jus.br



portal do
conhecimento