
**O DIREITO À SAÚDE E O ACESSO ÀS UTIs EM TEMPOS DE
PANDEMIA: O CASO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA (PRIMEIRA
ONDA DA COVID-19)**

***THE RIGHT TO HEALTH AND ACCESS TO ICUs IN PANDEMIC
TIMES: THE CASE OF THE MUNICIPALITY OF FORTALEZA (FIRST
WAVE OF COVID-19)***

LUCIANA RÊGO DOS SANTOS

Mestranda em Direito pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Especialista em Direito e Processo Constitucionais pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Graduada em Direito pela UNIFOR; Assessora Técnica da Coordenadoria Jurídica da Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza; e Advogada. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3413-7825>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1398743119648884>.

JOÃO LUÍS NOGUEIRA MATIAS

Doutor em Direito Comercial pela Universidade de São Paulo (USP) (2009); Doutor em Direito público pela Universidade Federal de Pernambuco (2003); Mestre em Direito e desenvolvimento pela Universidade Federal do Ceará (1999); MBA em gestão de empresas FGV/MARPE (2005); Professor Titular da UFC e do Centro Universitário 7 de Setembro (UNI7). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3873-702X>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8192937377585273>.



RESUMO

Objetivo: o artigo versa sobre o direito fundamental à saúde e o acesso às unidades de terapia intensiva – UTIs na pandemia COVID-19. O núcleo central situa-se na possibilidade de compatibilização do direito ao tratamento igualitário ao acesso às UTIs com a maximização de benefícios em saúde. A pesquisa tem como recorte a cidade de Fortaleza, capital do Ceará, sendo analisado o período de 01 de março de 2020 a 19 de junho de 2020 e os critérios de acesso às UTIs adotados pela referida municipalidade.

Metodologia: a pesquisa é descritiva e exploratória, com análise de textos doutrinários, atos normativos e dados empíricos e baseada em linha de raciocínio dedutivo.

Resultados: em Fortaleza, aplicam-se os critérios estipulados pela Resolução CFM nº 2.156/2016, adaptados aos aspectos estruturais do serviço de saúde local. A doença ocasiona danos mais severos em bairros com baixo IDH, conforme constatado. A opção de fila única de acesso a leitos, públicos ou privados, na pandemia vivenciada, se revela como medida atenuante das desigualdades sociais impostas, todavia, constatam-se grandes dificuldade para sua implementação.

Contribuições: a principal contribuição do trabalho consiste em chamar a atenção para a compatibilização do direito ao tratamento igualitário o acesso às UTIs com a maximização de benefícios em saúde, dando ênfase à análise de critérios de acesso às UTIs adotados pelo Município de Fortaleza durante a pandemia e à necessidade de implementação de políticas públicas que atenuem as desigualdades sociais.

Palavras-chaves: Direito à saúde; Critérios de acesso à UTI; Fila única; COVID-19.

ABSTRACT

Objective: the article deals with the fundamental right to health and access to intensive care units – ICUs in the pandemic of COVID-19. The central core situation is the possibility of reconciling the right to equal treatment in access to ICUs with the maximization of health benefits. The research has as its outline the city of Fortaleza, capital of Ceará, analyzing the period from March 1, 2020 to June 19, 2020 and the access criteria to ICUs adopted by the current municipality.

Methodology: the research is descriptive and exploratory, with analysis of doctrinal texts, normative acts and empirical data and based on deductive reasoning.

Results: in Fortaleza, the criteria stipulated by CFM Resolution No. 2,156/2016 are applied, adapted to the previous aspects of the local health service. The disease causes more serious damage in neighborhoods with low HDI, as found. The option



for a single line of access to beds, public or private, in the pandemic experienced, reveals itself as a mitigating measure of the imposed social inequalities, however, there are great difficulties for its implementation.

Contributions: *the main contribution of the work is to draw attention to make the right to equal treatment compatible with access to ICUs with the maximization of health benefits, emphasizing the analysis of the criteria for access to ICUs adopted by the Municipality of Fortaleza during a pandemic and regarding the need to implement public policies that mitigate social inequalities.*

Keywords: *Right to health. Criteria for access to the ICU. Single line. COVID-19.*

1 INTRODUÇÃO

O clássico dilema da escassez de recursos impõe a sua otimização, o que assume contornos ainda mais drásticos quando repercute em um bem comum como a saúde. É inequívoco que todos têm direito à saúde, conforme assegurado na Constituição, de forma universal, o que implica no direito à internação em unidades de terapia intensiva (UTIs). Diante da pandemia decorrente da proliferação da COVID - 19, em que a demanda por UTIs supera a oferta, impõe-se a definição de critérios objetivos para o seu acesso.

A questão central do artigo é analisar como é possível compatibilizar o tratamento igualitário a que todos têm direito com a necessidade de maximização de benefícios, diante da escassez de unidades de terapia intensiva e da elevada demanda por leitos vivenciadas na pandemia. Muitas têm sido as propostas de critérios para o acesso a UTIs, alguns de viés flagrantemente utilitarista, que serão analisados à luz dos valores constitucionalmente eleitos.

A perspectiva não será apenas teórica, os critérios aplicados para concessão de UTIs no Município de Fortaleza serão examinados. Capital do Estado do Ceará, situada no Nordeste do Brasil, Fortaleza é uma cidade de vocação turística, com aproximadamente três milhões de habitantes, marcada por uma profunda desigualdade social.



Destaque-se que o lapso temporal analisado por este estudo – dia 01 de março de 2020 a 19 de junho de 2020 – é considerado um dos períodos mais críticos vivenciados na pandemia pelo Município de Fortaleza, uma das cidades brasileiras mais afetadas pela COVID-19.

De início, será caracterizado o acesso à UTIs como consequência lógica do direito à saúde. Em seguida, a análise recairá sobre os critérios de acesso a elas sob uma perspectiva crítica, com o fito de debater a sua democratização. Após, será analisada a situação no Município de Fortaleza no referido período. Ao final, serão apresentadas as conclusões.

A metodologia é descritiva e exploratória, com análise de textos, especialmente doutrinários e atos normativos, assim como de dados empíricos. No tocante aos dados, indicadores e informações relacionadas ao Município de Fortaleza, os mesmos foram obtidos através do boletim epidemiológico semanalmente divulgado pelo Município de Fortaleza, bem como por meio de solicitação de informações à Secretaria Municipal da Saúde e do Relatório emitido pelo Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (documento de circulação interna).

2 O ACESSO À UTI COMO EXPRESSÃO DO DIREITO À SAÚDE

A atual Constituição Federal pode ser considerada a mais inovadora e progressista no tocante à garantia de direitos fundamentais sociais e, especialmente, no que tange à efetivação do direito à saúde. Segundo Sarlet e Figueiredo (2013), antes da sua promulgação não se poderia reconhecer um “direito fundamental à saúde”, já que as previsões anteriores limitavam-se a normas esparsas, a exemplo da garantia de “socorros públicos”, insculpida na Constituição de 1824, da inviolabilidade do direito à subsistência e da imposição da adoção de medidas legislativas e administrativas para restringir a morbidade infantil e impedir a propagação de doenças transmissíveis, instituída pela Carta Constitucional de 1934.



O modelo normativo-constitucional de 1988 quebrou paradigmas antes firmados, de modo a trazer independência ao direito à saúde, que não mais se encontrava necessariamente correlacionado à garantia de assistência social. O rompimento com a tradição normativa liberal estabelecida e o atendimento, de outra parte, às reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária, firmadas nas conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde, ensejaram novos contornos ao direito à saúde no Brasil (SARLET; FIGUEIREDO, 2013).

Outro aspecto decisivo para a instalação do novo cenário, como destaca Hachem (2013), deu-se com a consolidação da ideia de supremacia da Constituição, a qual estabeleceu parâmetros de validade do conteúdo material de todas as demais normas do ordenamento, bem como consolidou valores sociais mais relevantes, de observância obrigatória não só ao legislador, mas também ao juiz e à Administração. A valorização da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais ganha novas dimensões, sendo então possível referir-se a um Direito Constitucional da efetividade, com preocupações voltadas à eficácia jurídica e social das disposições constitucionais.

A ordem constitucional vigente, portanto, consagrou o direito à saúde como dever do Estado, a quem incumbe à adoção de medidas que visem à proteção, promoção e recuperação da saúde, propiciando, quando for o caso, o tratamento mais adequado e eficaz ao paciente que dele necessitar. Com o intuito de proporcionar um pleno bem-estar físico, mental e social a todos, é determinado que as ações e serviços do Estado devem se voltar para a proteção (saúde preventiva), promoção (saúde promocional) e recuperação da saúde (saúde curativa), estando em consonância com o conceito de saúde internacional estabelecido pela *World Health Organization* (1946).

Apesar das inovações, a ordem constitucional não conseguiu alinhar-se à realidade econômica brasileira, onde predomina a escassez de recursos públicos, principalmente no que tange ao custeio e efetivação de diversos direitos sociais. Com o passar do tempo, avanços contínuos se dão tanto no conhecimento científico, quanto no custo da assistência à saúde. Todavia, ao contrário do que normalmente



ocorre em outros setores, o avanço tecnológico não implica necessariamente em redução de custos, potencializando a escassez. Conforme conclui Dworkin (2005), a alta dos preços na área da saúde não decorre do encarecimento da medicina tradicional, mas do surgimento de novos tratamentos médicos, já que as tecnologias nesta área não são substitutas, mas cumulativas, inclusive na medicina intensiva.

Inclusive, o aumento na demanda por tratamento intensivo é um fenômeno global e que decorre de vários fatores, tais como o crescimento e envelhecimento populacional, aumento da prevalência de comorbidades etc. (RHODES; CHICHE; MORENO, 2011). Todavia, há de se considerar que após a declaração da Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020) referente à existência de uma pandemia mundial, causada pela COVID-19, em 11 de março de 2020, houve um agravamento da situação.

O alto grau de contaminação e os severos danos respiratórios causados pela COVID-19 culminaram na urgente necessidade de ampliação ao acesso de leitos de UTI em diversos países do mundo, inclusive no Brasil, onde já se demonstrava uma insuficiente capacidade no atendimento à pacientes em condições graves e instáveis.¹

Neste contexto, cabe evidenciar ainda mais a importância do acesso às UTIs na efetivação do direito do fundamental à saúde, considerando que o seu objetivo primordial é prestar assistência a pacientes com maior gravidade, que apresentam instabilidade ou risco de instabilidade clínica vital e correm risco de morte (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020).

No âmbito normativo nacional, a Resolução CFM Nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020, traz, em seu artigo 1º, a definição legal de UTI como:

[...] ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e

¹ Segundo dados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2020), em período anterior à pandemia, a Organização Mundial de Saúde recomendava que a relação ideal de leitos de UTI seria de 1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes. Contudo, com a instalação da COVID-19, o número de leitos recomendado pela referida Organização Internacional se mostrou insuficiente durante a pandemia. Também, se pode notar uma defasagem na quantidade de leitos de UTI no Brasil já no ano de 2019, conforme demonstram os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019).



suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020, s. p.).

Por conseguinte, a existência de equipe multidisciplinar especialmente treinada e equipada, dedicada ao tratamento e monitoramento de pacientes com risco de morte, bem como a existência de instalações para suporte de funções vitais, favorecem, significativamente, a manutenção da vida e o tratamento eficaz do enfermo (INTENSIVE CARE SOCIETY, 2013).

Embora a Constituição Federal não tenha definido, de modo específico, no que consiste o direito à saúde, deve-se compreender que se vincula, de forma íntima, à proteção da vida, da integridade física e da dignidade da pessoa humana, encontrando-se diretamente conectado ao mínimo existencial. Segundo Sarlet e Figueiredo (2013), pode-se notar uma forte tendência jurisprudencial e doutrinária quanto ao reconhecimento de posições subjetivas, decorrentes do direito à saúde na condição de direito a prestações materiais, tanto nas hipóteses de risco morte do indivíduo, ou mesmo nas situações em que a prestação venha a possibilitar à noção de mínimo existencial, isto é, à garantia de condições mínimas à vida com dignidade e certa qualidade.

Vale ressaltar que esse mínimo não deve se limitar apenas às ações preventivas de saúde, mas também deve envolver medidas relacionadas com a saúde curativa, como o acesso a leitos de UTIs, imprescindíveis à manutenção da vida de pacientes graves que apresentem risco ou instabilidade clínica vital. Destarte, merecem salvaguarda jurídica os indivíduos que porventura venham a necessitar de internação em leitos de terapia intensiva, a fim de alcançar a concretização do direito à saúde de forma humanizada, integral e segura.

Diante da constante inovação e dos custos crescentes dos equipamentos de saúde, a limitação estatal para a concretização do direito à saúde é um tema recorrente no debate contemporâneo (ALCÂNTARA, 2016). O déficit de concretização tem causado o fenômeno da “judicialização do direito à saúde” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019), com efeitos deletérios na organização do sistema



de saúde (MATIAS; MUNIZ, 2015). O tema foge ao objeto do artigo, mas é de grande importância.

Como foi visto, em ambiente de escassez devem ser firmados critérios objetivos de acesso a UTIs, os quais passam a ser analisados.

3 ENTRE A EQUIDADE DE ACESSO ÀS UTIs E A MAXIMIZAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Diante do cenário de trágicas escolhas durante a pandemia causada pela COVID-19, embora todos tenham o direito ao eficaz tratamento, o acesso às UTIs tem sido restrito. A elevada demanda global por equipamentos de saúde e a oferta deficitária de recursos humanos qualificados tem inviabilizado a ampliação de novos leitos de UTI com os necessários equipamentos de sobrevivência, especialmente respiradores.

A problemática passa então a ser a definição de parâmetros de escolha, de fixação de critérios para definir aqueles que terão acesso aos equipamentos de saúde que, em último grau, ampliarão as chances de cura. Desta forma, flagrante se impõe o estabelecimento de um modelo de triagem ponderado à luz da universalidade do direito à saúde e da excepcionalidade da situação atual.

3.1 O CRITÉRIO FIRMADO PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM

O Conselho Federal de Medicina – CFM (2016), por meio da Resolução CFM nº 2.156/2016, estabelece parâmetros de priorização de admissão e alta em unidade de terapia intensiva, que devem levar em consideração os recursos disponíveis na unidade de atendimento, baseados no diagnóstico e necessidade do paciente (devidamente justificado pelo médico solicitante e registrado no prontuário), na condição clínica e no potencial benefício para o enfermo com as intervenções terapêuticas e prognóstico.



Em sintonia com o texto constitucional, especificamente com os artigos 1º, inciso III; 5º, inciso I; e 196 da Constituição Federal, são afastados critérios centrados em religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política, deficiência, ou quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

São estabelecidos cinco níveis de prioridade de internação, inversa à ordem de grandeza: Prioridade 1 - pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; Prioridade 2 - pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; Prioridade 3 - pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica; Prioridade 4 - pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica; Prioridade 5 - pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação.²

A Resolução CFM nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020 além de definir as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, bem como determinar a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessárias para seu adequado funcionamento, dispõe, de forma clara, no item 3.1, do Anexo I, que os critérios de admissão e alta em UTI/UCI devem ser norteados pela Resolução CFM nº 2.156/2016 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020). Tais parâmetros têm sido utilizados no Brasil, de forma geral, na fase pré-pandemia e ainda estão em vigor.

Firma-se o pressuposto de um padrão mínimo de gravidade da doença, a partir do qual é dada prioridade aos pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de

² Em geral, os pacientes com doença em fase de terminalidade ou moribundos não são apropriados para admissão em UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.



suporte terapêutico, prioridade que diminui à medida que as chances de recuperação sejam menores, ou seja, o privilégio é assegurado àqueles cuja vida tem maior probabilidade de ser salva.

A partir do critério geral de gravidade da situação, parâmetro igualitário, privilegia-se a chance de recuperação, sem qualquer distinção lastreada em religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política, deficiência, ou outras formas de discriminação. O critério consagra a opção pela maior quantidade de vidas possíveis de serem salvas, sejam de nacionais ou estrangeiros, brancos ou negros, idosos ou crianças, ricos ou pobres. Impõe-se que indicação do grau de prioridade decorra de uma perfeita análise da realidade, com a justificação precisa da situação clínica no prontuário do doente, a fim de assegurar transparência e afastar influências de terceiros, como os familiares.

Com a grave crise de acesso aos equipamentos de saúde atual, diversos parâmetros têm sido propostos para o seu acesso. Passa-se a analisá-los.

3.2 PARÂMETROS ADICIONAIS DE ACESSO ÀS UTIS

Outros critérios têm sido sugeridos para o acesso a UTIs, a partir da concepção de que as políticas públicas devem ser eficientes economicamente, entendendo como tal a priorização das escolhas que beneficiem o maior número de pessoas, em perspectivas que, em seu núcleo, propõem que sejam o maior número de anos de vidas ou, ainda, o maior número de anos de vidas com qualidade. Na linha das propostas utilitaristas, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB apresentou Protocolo de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19, em caráter meramente sugestivo.

Em versão inicial, proposta em abril de 2020, propunha-se critério de priorização de acesso a UTIs a partir da chance de benefício, aplicado igualmente a todos os pacientes, independente de considerações subjetivas quanto à qualidade de vida. Respeitava a equalização da oportunidade dos indivíduos de passar pelos diferentes ciclos da vida, que não favorece aos mais idosos, mesmo os saudáveis.



Propunha critérios de desempate, sequencialmente, o escore de fragilidade clínica, a pontuação total do escore de gravidade *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA), critério de aferição de probabilidade de sobrevivência proposto por professores da Faculdade de Medicina da Universidade de Pittsburgh, com o título “Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency” (KRETZER *et al.*, 2020; WHITE, 2020) e a randomização. Como se percebe, patente era a inadequação jurídica do documento.

Na versão lançada no início de maio de 2020, evolui-se para afastar o critério da faixa etária como elemento para acesso ao tratamento, em razão de ser discriminatório e não estar sintonizado com a Constituição Federal. A inclusão de uma medida de funcionalidade é a principal diferença entre as duas versões (KRETZER *et al.*, 2020).

Por outro lado, há critérios que se baseiam no fator da quantidade de anos com qualidade de vida, que perpetuam desigualdades previamente existentes. O *Quality Adjusted Life Years* – QALY, proposto como parâmetro de saúde pela *National Institute for Health Care Excellence* – NICE (2020) órgão de saúde pública inglês, é um exemplo.

Nos últimos anos, os QALYs tornaram-se índices bastante utilizados em resultados de saúde e isso basicamente decorre de três importantes fatores: 1) combina mudanças na morbidade (qualidade) e mortalidade (quantidade) em um único indicador; 2) o cálculo é feito através de multiplicação simples, apesar da estimativa prévia de utilitários associados a determinados estados de saúde ser um fator complicador; 3) baseiam-se em peculiar ferramenta de análise econômica na área da saúde, na análise de custo-utilidade (DRUMMOND *et al.*, 1997).

O QALY é centrado no objetivo de preservar o máximo de anos com qualidade possível. A partir da determinação de estados de saúde que seriam preferencialmente entendidos como desejáveis, é estabelecido parâmetro de vida perfeitamente saudável, sendo atribuída uma unidade de vida perfeitamente saudável (QALY) a cada ano de vida em tal estado. O mesmo critério, anos de vida com qualidade, decorre da aplicação de escalas clínicas de fragilidade (CECHINEL,



2015) em que são indicados aspectos clínicos que podem comprometer a capacidade de recuperação, afastando a prioridade ao acesso de UTIs para os indivíduos que nelas se enquadrem (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2020).

Todos esses critérios devem ser ponderados à luz do argumento de que o vício da eficiência não é um valor em si mesmo, mas mero instrumento para o alcance de fins constitucionalmente previstos, no caso, o direito à saúde. Observe-se que a ordem jurídica pode se utilizar de parâmetros econômicos, que ensejam análises mais objetivas, desde que não os utilize para afastar os valores constitucionalmente eleitos.

Logo, a eficiência jurídica, que significa adequação aos valores constitucionais, não se confunde com eficiência econômica, pertinente à otimização dos recursos. Embora possa ser, por esta última, influenciada, em caso de conflito deve prevalecer a eficiência jurídica.

3.3 A FILA ÚNICA COMO FORMA DE DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO ÀS UTIS

Em busca de mecanismos de democratização do acesso à UTIs, intenso tem sido o debate na sociedade e no meio científico em torno da normatização e regulamentação da fila única. Diante das dificuldades enfrentadas e da escassez de UTIs, exacerbadas pelas graves complicações respiratórias causadas a milhares indivíduos pela COVID-19 e, em maior escala, aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, tem sido fomentado o debate quanto à adoção de uma fila única geral para a concessão de leitos de UTI no Brasil com o objetivo de democratizar o acesso.

Variadas foram as repercussões favoráveis e contrárias à utilização de uma fila única de regulação de leitos de UTI. No âmbito social, o Manifesto Leitos para Todos propõe que o SUS realize o controle e a coordenação de todos os leitos públicos e privados no Brasil, através de uma regulação unificada e gerenciada



pelas secretarias estaduais, não devendo haver discriminação entre indivíduos detentores de plano de saúde ou não (SERRANO *et al.*, 2020).

Seguindo o mesmo posicionamento, foi editada a Recomendação nº 026 do Conselho Nacional de Saúde (2020, s.p.) que: “recomenda aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia”.

No campo técnico-científico, estudos têm apoiado a regulamentação e a normatização de uma fila única pelo Ministério da Saúde, nos moldes do Sistema Nacional de Transplantes, modelo em que também caberia às secretarias estaduais a organização das centrais estaduais únicas de vagas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2020). Inclusive, estudo preliminar realizado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP) em parceria com outras instituições aponta que, além das medidas de isolamento social, a fila unificada entre os setores público e privado poderia amenizar, de forma considerável, a escassez de leitos de UTI durante a pandemia em diversos Estados (DANA *et al.*, 2020).

Na seara jurídica, o debate chegou à análise do Supremo Tribunal Federal através da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 671, ajuizada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL). Por meio da referida ação, pleiteou-se que SUS viesse a regular leitos de UTIs públicos e privados, enquanto durar a pandemia do COVID - 19, mediante fila única de acesso, com fundamento na garantia do direito à saúde, à dignidade da pessoa humana, à igualdade, à vida e ao acesso igualitário dos serviços de saúde (BRASIL, 2020).

Todavia, o relator, ministro Ricardo Lewandowski, negou seguimento à ação por entender que a ADPF não seria a via adequada para garantir a pretensão almejada, não cabendo àquela Corte atuar em substituição à Administração Pública, haja vista que qualquer ente da federação estaria apto a requisitar bens e serviços particulares relacionados à saúde no caso de iminente perigo público, em consonância com a Constituição Federal (artigo 23, inciso II), com a Lei Orgânica da Saúde (art. 15, inciso XIII da Lei nº 8.080/1990) e com o Código Civil (artigo 1.228,



§3º). Além dos referidos dispositivos, o relator também fez menção à requisição administrativa, prevista pela Lei nº 13.979/2020, especialmente editada para o enfrentamento da COVID-19 (BRASIL, 2020).

Em desfavor da referida decisão, o PSOL interpôs agravo regimental, estando até o momento pendente de decisão. Através de manifestação à peça recursal, o Colégio Nacional dos Procuradores-Gerais, representando os Estados da Federação e o Distrito Federal, deixou claro o entendimento favorável à requisição administrativa, mas demonstrou oposição à fila única nacional na regulação de leitos de UTI. Dentre os argumentos levantados, cita-se a disparidade vivenciada pelos Estados no que tange à capacidade de leitos disponíveis, devendo, portanto, cada estado adotar a melhor saída no combate à pandemia. Também contrária à adoção da fila única foi a manifestação do Procurador Geral da República (BRASIL, 2020).

Em verdade, a disseminação da COVID-19 tem exigido dos sistemas de saúde respostas rápidas e eficazes nas esferas nacional, estadual e municipal. A identificação das vulnerabilidades e o dimensionamento de necessidades são ações estratégicas na coordenação de respostas para a luta contra a doença.

Diante das estratégias propostas, a fila única de leitos de UTI deve ser considerada como opção para o enfrentamento da problemática em saúde causada pela COVID-19. Apesar das manifestações contrárias, a fila única aparece no cenário brasileiro como uma via equânime para a democratização da saúde, haja vista que a maior parte dos indivíduos prejudicados pela doença se encontram inseridos na população considerada de baixa renda.

De acordo com estudo realizado pelo *Imperial College*, em Londres, os efeitos mais severos da COVID-19 se situam nas camadas mais carentes da sociedade, sendo a taxa de mortalidade 32% (trinta e dois por cento) mais elevada em comparação com classes sociais de renda mais alta (WINSKILL *et al.*, 2020).

A pesquisa também aponta que as pessoas de baixa renda atuam em ocupações empregatícias que, por muitas vezes, não são compatíveis com medidas de distanciamento social, o que reduz a capacidade de proteção desses indivíduos contra a infecção. Além disso, foram levadas em consideração as dificuldades de



acesso a recursos sanitários básicos, como água e sabão, aos hospitais e às moradias que permitam o isolamento social (WINSKILL *et al.*, 2020). A realidade brasileira não é diferente, como será visto a partir do extrato da realidade do Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará.

Certo é que, diante do cenário pandêmico atual, apresenta-se como necessária a adoção de mecanismos práticos que viabilizem o acesso universal, igualitário e democrático aos serviços de saúde no Brasil, sem distinção entre usuários do SUS e de planos de saúde. A criação de uma fila única de casos graves da COVID-19 que demandem internação e terapia intensiva, atualizada e regulada pelo SUS, de forma análoga às filas de transplantes, proposta por diversos seguimentos da sociedade, se mostra como via gerencial adequada e democrática ao enfrentamento da COVID-19 e à escassez de leitos de UTI.

Contudo, diante das dificuldades de sua adoção, assume ainda mais importância a definição de critérios de prioridades de atendimento, a fim de garantir uma atuação isonômica no âmbito público e privado, podendo a violação desses critérios gerar consequências desastrosas, tanto para o paciente, como ao funcionamento do sistema de saúde.

4 A PANDEMIA DA COVID-19 E O ACESSO A LEITOS DE UTI EM FORTALEZA/CE

O recorte do artigo se direciona ao Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, um dos Estados mais atingidos pela pandemia da COVID-19. Com população estimada em, aproximadamente, dois milhões e seiscentos mil pessoas e área de 312.353 km², em estimativa de 2019, a densidade demográfica alcança 8.323hab/km², segundo dados do IBGE. A população feminina gira em torno de 53%. Em sua região metropolitana, a população supera quatro milhões de pessoas, em estimativa de 2019. O IDH do Município é de 0,754, em dados de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).



De acordo com o Informe Semanal emitido pela Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, os óbitos confirmados pela COVID-19 têm estreita conexão com o IDH do bairro analisado, tendo sido constatado um maior número de mortes entre moradores de bairros de baixo e muito baixo IDH (FORTALEZA, 2020a).

Segundo dados do relatório emitido pelo Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-nCoV), no âmbito do serviço público de saúde, até o dia 01 de junho de 2020, 97,7% das mortes foram de indivíduos residentes em bairros de IDH muito baixo, sendo apenas 3,3% e 2% das mortes de pessoas residentes em bairros de IDH alto/muito alto e médio, respectivamente. No âmbito do serviço privado, o percentual de óbitos de residentes de bairros com IDH muito baixo foi de 78, 2% (FORTALEZA, 2020b).

A cidade é dividida em seis regiões de saúde, segmentadas em bairros. Em cada região, constatam-se bairros com maior e menor densidade de pobreza, aferida pelo IDH, contudo, é certo que os bairros mais pobres estão concentrados na zona oeste, composta das regionais I, III e V.

Em números globais de casos, as regionais da zona oeste (I, III e V) situam-se entre as com menor número. A maior quantidade de casos é constatada nas regionais II, IV e VI. Contudo, a série temporal dos óbitos confirmados demonstra a concentração do número de mortes nas zonas mais pobres, em bairros que compõem as Regionais I (Arraial Moura Brasil; Barra do Ceará; Cristo Redentor; Pirambú e Vila Velha, entre outros) e V (Bom Jardim; Canidezinho; Conjunto Ceará I e II; Genibaú; Granja Portugal; Granja Lisboa e Mondubim, entre outros) (FORTALEZA, 2020b).

Na sequência, há grande quantidade de óbitos em alguns dos bairros mais pobres da Regional II (Cais do Porto; Praia do Futuro I e Praia do Futuro II, entre outros), região com maior número absoluto de casos em que se concentram os bairros com maior IDH da cidade, fator que também contribui para a ocorrência de um maior número de testagem na região (FORTALEZA, 2020b).

Conforme indicadores do Informe Semanal, atualizado em 19 de junho de 2020, os bairros com maior número de mortes foram: Barra do Ceará (118), Vila



Velha (91), Cristo Redentor (69) e Carlito Pamplona (51), situados na Regional I; Granja Lisboa (77), Mondubim (71), Prefeito José Walter (63), Bom Jardim (55) e Granja Portugal (49), situados na Regional V; Vicente Pizon (80), Centro (59), Meireles (57) e Cais do Porto (42), situados na Regional II; Bonsucesso (48), Pici (52) e Antônio Bezerra (49), situados na Regional III; Jangurussu (53) e Messejana (52), situados na Regional IV (FORTALEZA, 2020a).

Demonstra-se, ainda, que o menor número de óbitos está situado no âmbito dos bairros que compõem a Regional IV (Aeroporto; Benfica; Bom Futuro; Damas; Fátima; Gentilândia; Itaóca; Jardim América; José Bonifácio; Montese e Parangaba, entre outros) (FORTALEZA, 2020a), região de classe média, em que se situam, além de residências, lojas e instituições de ensino. A decretação de isolamento social, restringindo o funcionamento de atividades comerciais e das aulas presenciais, foi fator de grande importância no controle da contaminação e, conseqüentemente, na redução do número de óbitos.

De todo o contexto se extrai a evidência de que a doença teve impulso inicial nos bairros mais ricos, como Meireles, depois expandindo-se para as áreas mais pobres, em que vem causando maior impacto. Nos bairros de maior IDH, as pessoas têm melhores condições originais de saúde, em razão do histórico de boa alimentação e frequentes cuidados médicos, assim como acesso a planos de saúde, com os equipamentos necessários ao enfrentamento da COVID-19.

A distribuição de Unidades de Pronto Atendimento Municipais – UPAs do Município de Fortaleza, em que ocorre o atendimento mais urgente, obedece à lógica de contemplar as áreas mais carentes (FORTALEZA, 2020c). Contudo, o atendimento das UPAs é realizado de forma inicial, sendo as referidas unidades caracterizadas como porta de entrada da rede municipal de saúde, especialmente nos casos de pacientes acometidos pela COVID-19. Em seguida, através da regulação, os pacientes que necessitem serão direcionados para leitos de internação (enfermaria ou de UTIs).³

³ Informação prestada através de solicitação formal à Secretaria Municipal da Saúde.



Segundo dados do relatório emitido pelo Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE-nCoV), a contaminação ocorreu com mais intensidade entre indivíduos do sexo feminino. Em recorte por faixa etária, apenas na faixa de 60 (sessenta) a 79 (setenta e nove) anos o contágio se deu em maioria no sexo masculino (52%). Em todas as demais faixas, a população feminina supera a metade dos contágios. Contudo, quando a análise recai sobre o número de mortes por faixa etária, percebe-se que há uma inversão, com mortes em maioria do sexo masculino, em todas as faixas etárias, com exceção da faixa acima de 80 (oitenta) anos, em que morreram mais mulheres. Todavia, nesta faixa etária, há maior quantidade de mulheres que homens. A taxa de letalidade por sexo e faixa etária indica que o sexo masculino tem maior letalidade em todas as faixas (FORTALEZA, 2020b).

A correlação de casos e óbitos indica que as faixas etárias mais atingidas foram as que englobam pessoas entre 60 (sessenta) a 79 (setenta e nove) anos, em que ocorreram 22% (vinte e dois por cento) dos casos com 46% (quarenta e seis por cento) dos óbitos e pessoas acima de 80 (oitenta) anos, em que ocorreram 7% (sete por cento) dos casos e 30% (trinta por cento) dos óbitos (FORTALEZA, 2020b).

Soma-se esta realidade a uma população carente, que não dispõe de planos de saúde, já debilitada por aspectos decorrentes da baixa condição econômica, como subnutrição, e tem-se um cenário propício para efeitos mais drásticos da contaminação. Interessante destacar que não houve a adoção de novos critérios de triagem para alocação de pacientes em UTI no Município de Fortaleza. Continuam a ser usados os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina - CFM (prioridade de 1 a 5 - Resolução CFM nº 2.156/2016), já analisados.⁴

Como foi destacado, não há preferência lastreada em critérios de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política, deficiência, ou outras formas de discriminação. Igualados pela condição de saúde que impõe tratamento intensivo, o objetivo é salvar as vidas que tenham mais chance, conforme as suas condições clínicas. A indicação do grau de prioridade tem

⁴ Informação prestada através de solicitação formal à Secretaria Municipal da Saúde.



que decorrer de uma perfeita análise da realidade, com a justificação precisa da situação clínica no prontuário do doente, assegurando transparência.

Em meio a grande quantidade de casos de COVID-19 e da alta demanda por leitos de UTIs e enfermarias no sistema público de saúde, a despeito da ampliação realizada pelo Município de Fortaleza, com a criação de uma rede de saúde paralela, com atuação em todos os níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) no enfrentamento do novo coronavírus, no âmbito municipal, a doença alcançou seu ápice no mês de maio de 2020, chegando a ter, no dia 14 de maio, 106 (cento e seis) pacientes em demandas de enfermaria e, no dia 06 de maio, 32 (trinta e dois) pacientes em demandas de leito de UTI (FORTALEZA, 2020b).

No âmbito da atenção primária, houve considerável ampliação estrutural, que passou a contar com 113 postos, aparelhados com oxímetro e laboratório. Também foi constatada ampliação da frota de transporte, com a aquisição de 7 (sete) unidades de suporte avançado, 6 (seis) transportes sanitários, 4 (quatro) ambulâncias do SAMU. Além disso, houve um aumento relevante do número de profissionais médicos (173) através dos Programas Médico Família Fortaleza e Mais Médicos Brasil, para atuação em unidades básicas de saúde. Foi disponibilizada ainda ferramenta digital “Atende em Casa” com o objetivo de orientar os cidadãos através de triagem inicial a partir de consultas virtuais (CABRAL, 2020).

No âmbito da rede de atenção secundária, a expansão de atendimento também foi verificada, passando a contar com a totalidade de 791 (setecentos e noventa e um) leitos específicos para COVID-19 na rede pré-hospitalar e hospitalar. Ademais, o número de leitos em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foi ampliado em 177% (cento e setenta e sete por cento), bem como foi constatada a construção de hospital de campanha (Hospital Presidente Vargas), específico para o enfrentamento da COVID-19, com o total de 224 leitos, podendo vir a contar com até 336 unidades de internação. Já na atenção terciária, com a abertura do Instituto Dr. José Frota 2 (IJF-2), a capacidade de atendimento foi ampliada para 100 (cem) leitos de UTI e 50 (cinquenta) leitos de internação (CABRAL, 2020).



Diante da realidade estrutural de combate à pandemia em Fortaleza, considerando os aspectos estruturais e a alta demanda, percebe-se que os critérios instituídos pelo CFM, considerados isoladamente, não mais são suficientes no âmbito da regulação, sendo necessária a observância de alguns parâmetros práticos para a otimização da alocação de pacientes, dentre os quais são considerados: (i) análise do perfil clínico do paciente e da UTI disponível; (ii) ordem de entrada; (iii) perfil de condições de transporte; (iv) infraestrutura ofertada e (v) questões administrativas.⁵

É necessário, desta forma, verificar a melhor adequação do perfil clínico do paciente e o seu enquadramento nas UTIs disponíveis. Por exemplo, pacientes com quadro de COVID-19 combinado com outras comorbidades como tuberculose, HIV e hepatites virais, possuem perfil de adequação específico, sendo ideal a alocação desses pacientes em UTIs ou enfermarias disponíveis no Hospital Estadual São José, haja vista que, além da existência de suporte profissional, técnico e estrutural aptos ao tratamento da COVID-19 e das demais patologias associadas, apresenta-se como unidade hospitalar de referência em doenças infecciosas.⁶

A adequação do perfil clínico é medida de extrema importância para aumento das chances de sobrevivência do paciente, devendo ser adotada sempre que possível. Contudo, na falta de leitos de UTI ou enfermaria específicos ao quadro clínico apresentado, poderá o enfermo ser alocado em unidades de saúde mais abrangentes, como os hospitais de campanha, a fim de evitar o agravamento das condições clínicas e a consequente morte do paciente.⁷

A ordem de entrada em todos que estão em condições similares, ou seja, a fila única do UNISUS tem sido obedecida.⁸ Trata-se de forma igualitária de acesso, em que é seguida ordem de prioridade de internação, após o devido enquadramento nos critérios propostos abstratamente.

Muitas vezes, a fila única sofre a interferência do Poder Judiciário, com a determinação de inclusão de pacientes, o que gera grande tumulto na administração

⁵ Informação prestada através de solicitação formal à Secretaria Municipal da Saúde.

⁶ Informação prestada através de solicitação formal à Secretaria Municipal da Saúde.

⁷ Informação prestada através de solicitação formal à Secretaria Municipal da Saúde.

⁸ Informação prestada através de solicitação formal à Secretaria Municipal da Saúde.



dos leitos. Outro agravante no processo de regulação durante a pandemia em Fortaleza, foi alto grau de desestabilização do paciente, ocorrido entre a regulação e a aquisição de leitos. Frequentemente, doentes com perfil clínico de enfermaria apresentavam piora significativa, passando a demonstrar quadro clínico que demandasse vaga em UTI.

Ainda na alocação dos pacientes em UTIs, também tem sido considerado o perfil de transporte disponível. O transporte pode acarretar instabilidade e riscos para o paciente, sendo necessário definir estratégias para assegurar o transporte seguro e, conseqüentemente, a redução de riscos e complicações. Muitas vezes o enfermo não tem condições de transporte, não podendo ter acesso a UTIs que estejam desocupadas, sendo necessário alocar a vaga para outro paciente.⁹

Também são consideradas questões estruturais e administrativas. A falta de atualização da situação clínica do paciente é um impeditivo recorrente para alocação dos indivíduos que necessitem de leitos de UTI. Não sabendo a atual situação clínica, o médico regulador não poderá fazer a indicação do leito, já que o enfermo, inclusive, poderá ter falecido ou mesmo havido alterações em seu perfil clínico.¹⁰

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde é universalmente assegurado na Constituição Federal de 1988, no que se inclui o direito de acesso a Unidades de Terapia Intensiva - UTIs. Ante a escassez de UTIs potencializada pela pandemia acarretada pela COVID-19, em que a demanda por leitos supera demasiadamente a oferta, impõe-se o equilíbrio entre a equidade de acesso e a maximização de benefícios, equilíbrio que somente pode ser estabelecido por meio de critérios objetivos de acesso a UTIs.

Em sintonia com a Constituição Federal, devem ser afastados critérios baseados em religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política, deficiência, ou quaisquer outras formas de

⁹ Informação prestada através de solicitação formal à Secretaria Municipal da Saúde.

¹⁰ Informação prestada através de solicitação formal à Secretaria Municipal da Saúde.



discriminação. Entre as diversas propostas de fixação de critérios, há de prevalecer o critério definido pela Resolução CFM nº 2.156/2016, por estar em harmonia com os valores constitucionais.

No Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, ao longo do período de 01 de março à 19 de junho de 2020, lapso temporal em que se concentrou a pesquisa, foram aplicados os critérios de acesso a UTIs estipulados pela Resolução CFM nº 2.156/2016, adaptados a aspectos estruturais do serviço de saúde local, tais como: análise do perfil do paciente e da UTI disponível; ordem de entrada; perfil de condições de transporte; infraestrutura ofertada e questões administrativas.

Constatou-se que a doença é perversa e seus efeitos são mais intensos em bairros com menor IDH, que concentram a maioria das mortes, apesar de não terem o maior número de casos (o que demonstra um menor número de testagem em áreas mais pobres no período analisado). Apesar dos esforços dos agentes públicos, o Sistema único de Saúde – SUS tem apresentado dificuldades para suportar a demanda excepcional por leitos de UTIs decorrente da pandemia. A fila única nacional de acesso a leitos, públicos ou privados, atenuaria os efeitos da pandemia entre os mais pobres, mas constata-se complexos entraves para sua implementação.

Pode-se perceber, portanto, que a desigualdade social é fator nuclear e antecedente a todos os problemas potencializados pela pandemia, como a falta de saneamento básico, de alimentação adequada e de condições mínimas de higiene. Talvez possa resultar de todo esse difícil momento a percepção de que já não podem tardar políticas de inclusão e de redução das desigualdades.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Gisele Chaves Sampaio. Reflexões sobre a judicialização da saúde no Brasil à luz dos direitos sociais e da análise prospectiva proposta pela teoria dos jogos. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, Fortaleza, v.1, n.12, p.119-154, jul. 2016.



ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil.** 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Regulamento técnico para funcionamento de unidades de terapia intensiva.** 2009. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/abril/23/RecomendacoesAMIB.pdf. Acesso em: 16 maio. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Constituição (1824). **Constituição Política do Império do Brasil.** Rio de Janeiro, 1824. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao24.htm. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 671.** O Tribunal, por unanimidade, negou provimento ao agravo regimental, nos termos do voto do Relator. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski, 03 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.jota.info/wp-content/uploads/2020/04/adpf-671.pdf>. Acesso em: 17 maio. 2020.

CABRAL, Ana Clara. **SMS garante que Fortaleza está preparada para uma possível segunda onda de Covid-19, 2020.** 2019. Disponível em: <https://www.cmfor.ce.gov.br/2020/06/19/fortaleza-esta-preparada-caso-haja-segunda-onda-de-covid-19-afirma-sms/>. Acesso em: jul 2020.

CECHINEL, Clovis. **A condição de fragilidade física de idosos e aptidão para a direção veicular.** 2015. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015. Disponível em: <https://tinyurl.com/yicy2vta8>. Acesso em: 18 maio. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 2.271 de 14 de fevereiro de 2020.** Regulamenta os critérios para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Cuidados intermediários no Brasil. 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>. Acesso em: 18 maio. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 026, de 22 de abril de 2020.** Recomenda aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que



requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1131-recomendacao-n-026-de-22-de-abril-de-2020>. Acesso em: 16 maio. 2020.

DANA, Samy *et al.* **Brazilian Modeling of COVID-19 (BRAM-COD): a Bayesian Monte Carlo approach for COVID-19 spread in a limited data set context.** MedRxiv. 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.29.20081174v3>. Acesso em: 07 jun. 2020.

DRUMMOND, M.F. *et al.* **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes.** Oxford: Oxford Medical Publications, 1997.

DWORKIN, Ronald. A justiça e o alto custo da saúde. In: DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade.** Trad. Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Informe semanal Covid-19.** jun. 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>. Acesso em: 12 jun. 2020.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Covid-19, do Centro de Operações de Emergência em Saúde – COE.** Junho 2020b, 36 f. (circulação interna).

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **UPAS.** jun. 2020c. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/upa-s>. Acesso em: 10 jun. 2020.

HACHEM, Daniel Wunder. A maximização dos direitos fundamentais econômicos e sociais pela via administrativa e a promoção do desenvolvimento. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 340-399, jan./jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados.** Informações por cidade. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/fortaleza.html>. Acesso em: 12 jun. 2020.

INTENSIVE CARE SOCIETY. **Core Standards for Intensive Care Units.** 2013. Disponível em: <https://www.ics.ac.uk/ICS/ICS/GuidelinesAndStandards/ICSGuidelines.aspx>. Acesso em: 17 maio. 2020.



KRETZER, Lara *et al.* **Protocolo AMIB de Alocação de Recursos Em Esgotamento Durante a Pandemia por COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/ydcpk52g>. Acesso em: 08 jun. 2020.

MATIAS, João Luis Nogueira; MUNIZ, Águeda. O poder judiciário e a efetivação do direito à saúde. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 194-206, 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **COVID-19 rapid guideline: critical care in adults (NG159).** 20 de março de 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/y9v3fkjs>. Acesso em: 27 abr. 2020.

NEIDE, Albuquerque. **Avaliação do acesso a leitos de UTI através da Central de Regulação Hospitalar do SUS em PE no ano de 2009.** Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Organização Mundial da Saúde declara novo coronavírus uma pandemia. **ONU News**, Nova York, 11 de março de 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 27 jun. 2020.

RHODES, A.; CHICHE, J-D; MORENO, R. *Improving the quality of training programs in intensive care: a view from the ESICM.* **Intensive Care Medicine**, Londres, v. 37, p. 377-379, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde na ordem jurídico-constitucional: uma visão geral sobre o sistema (público e privado) de saúde no Brasil. **Revista do Instituto do Direito Brasileiro**, Lisboa, v.1, n. 4, p. 3234-3240, 2013.

SERRANO, Pedro *et al.* **Frente unificada por políticas públicas solidárias que garantam, durante a pandemia, o acesso universal e igualitário aos serviços hospitalares através do SUS.** 2020. Disponível em: <https://www.vidasiguais.com.br/>. Acesso em: 07 jun. 2020.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Planos de saúde na pandemia do coronavírus: entre a omissão e o oportunismo.** 2020. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/planos-de-saude-na-pandemia-do-coronavirus-entre-a-omissao-e-o-oportunismo>. Acesso em: 06 jun. 2020.

WINSKILL, Peter *et al.* **Equity in response to the COVID-19 pandemic: an assessment of the direct and indirect impacts on disadvantaged and vulnerable populations in low- and lower middle-income countries.** Imperial College London, 2020. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial->



college/medicine/mrc-gida/2020-05-12-COVID19-Report-22.pdf. Acesso em: 15 maio. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of World Health Organization**. 1946. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 16 maio. 2020.

