

## Gestão da disponibilidade de leitos na terapia intensiva no contexto da internação por ordem judicial\*

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>

Elizabeth Peter<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8155-216X>

Kely Regina da Luz<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1616-5515>

Edison Luiz Devos Barlem<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6239-8657>

Carla Aparecida Arena Ventura<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0379-913X>

Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2215-4222>

**Objetivo:** identificar, a partir da perspectiva de enfermeiros, situações que interferem na disponibilidade de leitos em unidade de terapia intensiva no contexto de internação por ordem judicial. **Método:** pesquisa qualitativa exploratória, analítica, realizada com 42 enfermeiros atuantes em terapia intensiva adulto. A seleção aconteceu por amostragem não probabilística, do tipo bola de neve. Dados coletados por entrevista e analisados pela técnica de Análise Textual Discursiva. **Resultados:** analisaram-se três categorias, intituladas deficiência de estrutura física e de recursos humanos; falta de políticas e critérios claros para admissão de paciente e alta inadequada da unidade de terapia intensiva. Nas situações de internação por ordem judicial há alteração nos critérios de alocação de leito de terapia intensiva, mediante a credibilidade dos profissionais, ameaças de processos médico-legais por parte de familiares e imposição judicial às instituições e aos profissionais de saúde. **Conclusão:** enfermeiros defendem as necessidades dos pacientes, também, com ações que possam impactar positivamente na disponibilidade de leitos de terapia intensiva e de infraestrutura adequada de atendimento.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Ética; Política Pública; Gestão dos Serviços de Saúde; Judicialização da Saúde.

\* Artigo extraído da tese de doutorado "O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente diante da internação por ordem judicial na terapia intensiva", apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Apoio Financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), MCTI/CNPQ/Universal 14/2014 – Processo 444483/2014-4, Brasil.





<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> University of Toronto, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, Toronto, ON, Canadá.

<sup>3</sup> Universidade do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Vargas MAO, Peter E, Luz KR, Barlem ELD, Ventura CAA, Nascimento ERP. Management of bed availability in intensive care in the context of hospitalization by court order. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3271. [Access    ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3420.3271>.

mês dia ano

URL

## Introdução

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, garantiu aos cidadãos o direito social à saúde. Como resultado, em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado, com base nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, com a responsabilidade de fornecer serviços públicos de saúde para a população<sup>(1-2)</sup>. No entanto, esse direito à saúde, muitas vezes, não é aplicado, em função das dificuldades enfrentadas para garantir acesso universal e igualitário, e a partir destas dificuldades emerge o movimento de judicialização da saúde, especialmente para o acesso a medicamentos e serviços de saúde<sup>(2)</sup>, dentre os quais o acesso a leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)<sup>(3)</sup>.

As pessoas que usam o sistema público têm acesso a uma média de 0,9 leitos de UTI por 10.000 habitantes e as pessoas com plano de saúde privado têm acesso a 4,14 leitos por 10.000 habitantes, sendo a disparidade mais pronunciada nas cidades pequenas e nos estados mais pobres do Brasil<sup>(4-5)</sup>. Há um descompasso entre oferta no sistema público de saúde e incorporação de novas tecnologias no SUS e a demanda de atenção à saúde do cidadão.

E, tanto no Brasil<sup>(6-7)</sup> como em outros países<sup>(8-9)</sup>, amplia-se a mercantilização do cuidado, refletindo a noção de que o cuidado é considerado melhor distribuído pelo mercado, o que prioriza o sistema privado de saúde. Resulta em um contexto de minimização do Estado no qual os sistemas de saúde, a qualidade desses serviços e o acesso a eles e às melhores tecnologias em saúde são desigualmente distribuídos entre as pessoas e grupos que compõem a organização social e político-econômica da sociedade<sup>(10)</sup>.

No Reino Unido, o número de leitos de UTI é de 0,6/10.000, um dos mais baixos da Europa<sup>(11)</sup>, inclusive menor que o número de leitos do SUS. Contudo, sua infraestrutura física e de recursos humanos são superiores às existentes no Brasil. Nesta perspectiva, para além da quantidade absoluta de leitos em UTI, multiplicam-se motivos de indisponibilidade de leitos de UTI no Brasil e em outros países, incluindo: limitados equipamentos e medicamentos; inadequado treinamento profissional; altas cargas de trabalho; escassez de profissionais; falta de melhores práticas e de protocolos; demandas para tratamento agressivos; desnecessária hospitalização em UTI; obstinação terapêutica; desigualdade na distribuição de recursos; falta de disponibilidade de leitos hospitalares regulares e atendimento domiciliar após internações em UTI; interesses que competem e que influenciam nas decisões na triagem e inadequada comunicação com famílias de pacientes<sup>(1,12-15)</sup>.

No Brasil, em casos de indisponibilidade de vaga hospitalar no serviço público, é responsabilidade do gestor estadual providenciar leito do SUS em serviço privado, garantindo o direito de acesso aos serviços de saúde e a uma assistência adequada. Assim, instauraram-se políticas e estratégias que abrangem a Regulação de Leitos do Estado e a Internação por Ordem Judicial para auxiliar no processo de procura por vagas. Nesta circunstância, ciente da gravidade do seu familiar e da necessidade de um leito em outro centro, a família recorre ao Ministério Público ou ao seu advogado para propor uma ação para pedido de tutela antecipada. É uma ação contra o município e o Estado a encaminha à Central de Leitos do Estado<sup>(16)</sup>.

No entanto, argumenta-se que os pacientes, admitidos na UTI por ordem judicial, podem não ser os que mais necessitam de cuidados na UTI, o que restringe as possibilidades dos profissionais atuarem de acordo com seus princípios éticos e de justiça. Isto é, a aplicação da lei, atendendo ou ordenada pelo judiciário, pode resultar em consequências não intencionais e até prejudiciais à saúde de alguns pacientes, como por exemplo, a transferência de paciente com maior gravidade de uma UTI para admitir paciente com menor gravidade<sup>(1)</sup>.

É um problema ético que se amplia, à medida que o acesso à justiça e ao exercício de direitos restringe-se às pessoas, por meio de ações individuais. Além disso, essas situações pontuais limitam as possibilidades de enfermeiros e outros profissionais de saúde defenderem seus pacientes e trabalharem em prol da justiça social<sup>(1)</sup>.

O exercício da advocacia tem sido proposto, globalmente, como estratégia que permite o fortalecimento dos papéis político, ético e legal do enfermeiro, objetivando assegurar seus direitos e dos usuários dos serviços de saúde nos quais atuam<sup>(17-19)</sup>. Especificamente na UTI, o enfermeiro intensivista tem o dever legal e moral de garantir a qualidade do cuidado ao paciente gravemente doente e a comunicação proativa na tomada de decisão do paciente, da família, e da equipe de saúde<sup>(20)</sup>.

Um estudo<sup>(21)</sup> brasileiro articula enfermagem de UTI com aspectos conceituais da advocacia do paciente. Para tanto, ao efetivar uma pesquisa com 451 enfermeiros, analisou as ações e os fatores associados à defesa do paciente pelos enfermeiros intensivistas utilizando a escala *Protective Nursing Advocacy Scale*, adaptada transculturalmente e validada no Brasil<sup>(22)</sup>. E, o estudo identificou que um número maior de enfermeiros entende a defesa do paciente como parte importante de seu trabalho, bem como os fatores que podem influenciar a decisão em defender seus pacientes, mas ainda desconhece os benefícios da advocacia<sup>(22)</sup>.

Pacientes e familiares costumam avaliar o cuidado a partir da habilidade de comunicação, de orientação e de posicionamento do profissional diante das situações vivenciadas. Portanto, considera-se a relevância da articulação da temática da judicialização da saúde – neste caso, a internação por ordem judicial – às reflexões acerca da defesa da saúde, dos direitos humanos e da ética. Neste caso, sobreleva-se o necessário aprimoramento crítico do enfermeiro e do seu comprometimento com ações que possam impactar positivamente na disponibilidade de leitos de UTI e de infraestrutura adequada de atendimento. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar, a partir da perspectiva de enfermeiros, situações que interferem na disponibilidade de leitos em UTI no contexto de internação por ordem judicial.

## Método

Pesquisa exploratória analítica do tipo qualitativa, que pertence ao macroprojeto, financiado pelo Universal - Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico MCTI/CNPq No 14/2014: Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas. Realizada com 42 enfermeiros atuantes em UTI adulto há pelo menos 1 ano, independente de idade, sexo, horário de trabalho, e procedência de instituições públicas ou privadas, que confirmaram terem vivenciado situação de internação por ordem judicial. A seleção aconteceu por amostragem não probabilística, do tipo bola de neve, sendo que os participantes iniciais foram selecionados pela pesquisadora responsável, de acordo com os critérios de inclusão. Os participantes atuavam nas UTIs das capitais dos estados da região Sul: Curitiba – Paraná (PR), Florianópolis – Santa Catarina (SC) e Porto Alegre – Rio Grande do Sul (RS) e Sudeste: Belo Horizonte – Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), São Paulo – São Paulo (SP) e Vitória – Espírito Santo (ES), escolhidas por concentrar 68% dos leitos existentes de UTI adulto. O número de participantes foi determinado por saturação dos dados.

O contato foi feito, primeiramente, por telefone ou por e-mail e eles foram indagados sobre a possibilidade de responderem a uma entrevista. Após o aceite, as entrevistas ocorreram presencialmente pelas pesquisadoras do projeto, no dia, local e horário de preferência dos participantes, com duração média de 45 minutos. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos participantes. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e dezembro de 2016. O instrumento de coleta de dados continha seis perguntas: 1) Descreva algum problema ou dilema ético que você enfrenta

diante da necessidade de vaga na indicação de internação por ordem judicial em UTI. 2) Nas situações vivenciadas por você enquanto enfermeiro que atende paciente grave necessitando de leito em UTI, quem é o familiar que consegue a internação por ordem judicial? 3) Em seu ponto de vista, quem participa do processo de conseguir essa vaga na UTI, através da internação por ordem judicial? 4) Você reconhece o papel de *advocacy* como uma conduta importante da enfermagem nesse processo de conseguir uma vaga da UTI? Você acha importante a intervenção do enfermeiro nisso? Em caso afirmativo de que modo isto acontece ou pode acontecer? 5) Você conhece como ocorre o processo de conseguir uma ordem judicial? O que você faria se estivesse no lugar do enfermeiro que está lá na emergência, na unidade de internação? e 6) O que você pensa sobre quais as consequências da internação por ordem judicial na UTI para a prática da enfermagem. Qual a relação que você faz da internação por ordem judicial com a responsabilidade do enfermeiro?

Para a análise e interpretação dos dados, utilizou-se a técnica de Análise Textual Discursiva<sup>(23)</sup>, seguindo as etapas: 1) denominada de unitarização dos textos, resultante das transcrições das entrevistas com os enfermeiros intensivistas; 2) compreende a categorização das unidades de sentido por semelhança e aproximação, mediante associação com o referencial utilizado; 3) captação do novo emergente, baseado nas novas combinações dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores e que deram origem a construção de um processo auto-organizado, de reconstrução de novas compreensões que foram comunicadas e validadas sob forma escrita.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer 863.112. Em respeito às normas éticas para pesquisas que envolvem seres humanos, a aplicação das entrevistas foi precedida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Com relação à caracterização dos participantes da pesquisa sinaliza-se que a idade dos enfermeiros variou de 25 a 54 anos, constituindo uma população jovem, com sua maioria entre 25-35 anos. Houve predomínio de mulheres com 38 participantes, sendo quatro enfermeiros do sexo masculino. Em relação ao tempo de formação, a média foi de 12 anos. O tempo de atuação na UTI variou de 1 a 27 anos, com uma prevalência entre 6 e 10 anos de atuação. E as capitais dos estados tiveram a seguinte distribuição de participantes: Porto Alegre com 9, São Paulo com 7, Belo Horizonte com 6, e Curitiba, Florianópolis, Rio de Janeiro e Vitória com 5

participantes em cada uma destas capitais. Ainda, 86% dos enfermeiros que participaram do estudo possuíam especialização em terapia intensiva e 80% atuavam em hospitais públicos.

Da análise dos dados, resultaram três categorias, intituladas: "Deficiência de estrutura física e de recursos humanos"; "Falta de políticas e critérios claros para admissão de paciente na UTI" e "Inadequada alta da UTI".

Na primeira categoria, os discursos dos participantes assinalaram a relação da internação por ordem judicial com a questão da estrutura física e de materiais, equipamentos e medicamentos deficientes ou limitados: *O profissional diz: o paciente precisa de um cuidado melhor que não é disponibilizado aqui. Procura teus direitos, entra na justiça pra conseguir um leito de UTI com estrutura, pra ele ficar monitorizado com equipe de enfermagem e médico 24 horas (RS6); Mesmo nas UTIs de grande porte sempre têm pacientes esperando vaga na emergência e alguns nem na emergência estão e precisariam de uma vaga de UTI que tenha condições tecnológicas e de pessoal para atendê-los. O enfermeiro precisa ficar atento nestas questões sociais e fomentar discussões que exijam da sociedade mais leitos (PR1); Com ou sem ordem judicial são muitos pacientes que aguardam vagas, inclusive alguns nem têm a chance de internação em uma UTI e evoluem com óbito (SC6).*

A sobrecarga de trabalho, também, impacta na gestão dos leitos de UTI. Foi identificado nos discursos dos enfermeiros que, algumas vezes, eles precisavam cuidar de pacientes graves em local inadequado, adotar cuidados específicos com a família do paciente e lidar com conflitos entre a equipe, relacionados à situação de internação por ordem judicial: *Paciente com encaminhamento judicial para intervenção cirúrgica, com diagnóstico de dissecação da aorta e não tínhamos leito, tivemos que levar para centro cirúrgico e fazer "pré" monitorado na sala de recuperação pós anestésica (RJ2); Os familiares muitas vezes ficam desassistidos, pois estão em outra cidade, não conhecem ninguém e estão com uma pessoa doente. Isso exige respaldo e amparo da equipe da UTI para onde o paciente será transferido. O Enfermeiro tem responsabilidade, pois este fará juntamente com sua equipe o acolhimento desse paciente e da família. Por exemplo, ao conversar com a família de uma paciente do interior que internou com H1N1, sobre onde os mesmos iriam ficar, dei-me conta que as condições financeiras eram deficitárias. Acionei a assistência social do hospital e foi encontrado um albergue para a hospedagem deles (MG1); O paciente entra na UTI e a cama e o box não estão preparados. Num primeiro momento, todos se perguntam: vamos receber o paciente ou não? E o paciente está esperando e toda a UTI está parada. Dessa vez tinha leito vago e colocamos o paciente na cama. Um dos nossos problemas é a falta de tempo para nos prepararmos. A equipe pensa que a família sempre vai estar ali procurando uma coisa pra te incomodar, pra ir à justiça. Tenho*

*que dizer que é uma baixa judicial, mas é o que a família tinha [pra fazer] naquele momento. Com os técnicos de enfermagem não tive problemas, mas tive com os enfermeiros: eles já pensam que é aquela família que qualquer coisa: vou procurar os meus direitos (RS5).*

Na segunda categoria denominada "Falta de políticas e critérios claros para admissão de paciente na UTI", os discursos dos enfermeiros expressaram a necessidade de orientações e diretivas claras de trabalho: *A falta de leitos de UTI é um problema grave no país. Contudo, acredito que deveriam existir critérios, como os de avaliação dos pacientes, antes da emissão da ordem judicial (RJ4); A ordem judicial chega "de cima para baixo" Judiciário-direção-UTI. Em várias ocasiões, o documento judicial solicitava vaga de UTI, mas os próprios intensivistas não viam necessidade da mesma, ocorrendo um impasse. Mesmo assim, o paciente era admitido na UTI pelos médicos, deixando a equipe confusa, sem saber o motivo da internação na UTI e, conseqüentemente, ocupando leito que poderia ser disponibilizado para uma emergência. Não temos um setor responsável para esclarecer estas situações que fogem à regra (SC3).*

Evidenciada a questão do alinhamento entre as necessidades de tratamento dos pacientes com os programas de especialidade prioritários de cada hospital: *Trabalho em um hospital oncológico e uma situação que marcou, foi a admissão de um paciente politraumatizado por falta de vaga no hospital geral da região (MG3).*

Consubstanciou-se, também, a problemática dos interesses que competem e que influenciam nas decisões na triagem dos pacientes para a internação na UTI: *O paciente chegou por ordem judicial da UTI de um hospital privado em pós laparotomia e extubado; mas nossa UTI é de alta complexidade. Nesse caso houve um posicionamento de que o paciente não tinha critério de UTI e sugerimos que viesse e fosse avaliado na emergência. E, após a avaliação ele internou na unidade clínica e não na UTI. Em outra situação, o paciente veio e retornou para o hospital que ele estava, porque além de não ter vaga, ele não precisava de vaga de UTI e o juiz concordou. O juiz tem autoridade máxima, mas se houver um posicionamento e uma equipe que aponta os critérios de internação na UTI, ele precisa considerar (RS2); Diversas vezes, a família força a vinda de um paciente que poderia ficar num lugar de média complexidade. E, algumas vezes não é possível assistir outro paciente que realmente precisa da complexidade que ofertamos (PR2).*

Por fim, demonstrado, nos discursos dos profissionais a necessidade de lidar com os conflitos oriundos das indefinições e das mensagens inconsistentes acerca do prognóstico dos pacientes: *Paciente oncológico com metástase, dor intensa, e a família solicitou internamento em UTI para morte assistida e o parecer do juiz foi positivo à família. O paciente precisava de maior conforto, mas precisaria ser na UTI? (SP5).*

Na terceira categoria denominada “Inadequada alta da UTI”, emergiram nos discursos dos participantes, as situações inseguras de alta precoce dos pacientes da UTI e do risco da reinternação: *Tem consequências ruins para cuidado de enfermagem; é inseguro transferir paciente da UTI para o outro entrar. É bem difícil, pois o profissional é obrigado a fazer algo que sabe que não é o certo naquele momento (RJ3); Toda a situação deve ser avaliada, mas é controversa ter que tirar um paciente que está na UTI para outra internação. Às vezes, o paciente que tem alta precoce, não está estável e reinterna na UTI em curto prazo (SC2).*

Sinalizada a problemática da dificuldade de liberar o paciente da UTI por ausência de unidades intermediárias especializadas em pacientes dependentes: *Um paciente sequelado devido à uma tetraplegia, a família entrou com uma liminar na justiça. Ele permaneceu na UTI, por mais de um ano até chegar a óbito por infecções recorrentes (ES5).*

## Discussão

Dentre os aspectos abordados na categoria “Deficiência de estrutura física e de recursos humanos”, está a sobrecarga de trabalho, articulada ao dimensionamento de pessoal aquém do necessário e à precarização de infraestrutura física e de equipamentos. Logo, ainda que a internação por ordem judicial seja uma problemática da realidade brasileira<sup>(3-5,12-13,15-16)</sup>, estudos internacionais e nacionais abordam a questão da racionalização de custos e de acesso aos leitos de UTI<sup>(4,12,24)</sup>. Racionamento é a alocação de recursos de cuidados de saúde com disponibilidade limitada.

Estudo multinacional<sup>(25)</sup> que se constitui até o momento na maior amostra de UTIs de países latino-americanos analisou os diferentes fatores estruturais, padrões de pessoal, recursos tecnológicos e processos de atendimento na UTI. Numa comparação entre as UTIs brasileiras e não brasileiras, evidenciou-se que o Brasil tem grandes hospitais e UTIs e melhores mecanismos de controle de qualidade e segurança, mas a relação enfermeiro:paciente representa o maior déficit percebido. Neste sentido, importante estudo realizado na Inglaterra, entre outros aspectos, evidenciou que a relação enfermeiro:paciente é determinante independente da mortalidade<sup>(26)</sup>.

Conjectura-se, aqui, que a carga de trabalho excessiva e que se sobrepõe diante da questão da internação por ordem judicial ainda é mais complexa, já que pode impactar na dificuldade da implementação do plano multidisciplinar de cuidados diários e nas implicações negativas dos conflitos manifestos entre a equipe de saúde<sup>(27)</sup>. Emerge, então, a necessidade de desenvolver estratégias de alocação de recursos de forma a otimizar a assistência ao cuidar de todos os pacientes de forma justa

e responsável<sup>(24)</sup>, por meio de regras claras e específicas e por políticas públicas que mesmo limitando a construção de novas vagas de UTI, qualifiquem as UTIs existentes.

A deficiência de leitos de UTI nas pequenas cidades do Brasil repercute na necessidade de direcionamento dos pacientes para os grandes hospitais das capitais e grandes cidades. Essa é uma situação vivenciada em outros países, por exemplo, nos Estados Unidos, em que há uma maior probabilidade de aumento de leitos de UTI em hospitais de ensino com 500 ou mais leitos, buscando favorecer os resultados do tratamento do paciente. Contudo, a expansão das UTIs nos maiores hospitais pode refletir negativamente na qualidade do atendimento dos pequenos hospitais, pelo comprometimento da capacidade do cuidado ao paciente grave<sup>(28)</sup>.

Outro aspecto preocupante referiu-se ao efeito do tempo de espera por leito de UTI, nas situações de internação por ordem judicial. Nesse caso, estudos<sup>(13,29-30)</sup> indicam que a recusa do acesso do paciente à UTI ou a admissão tardia na UTI de paciente elegível para a UTI estão associadas à maior probabilidade de mortalidade, deficiência e despesas adicionais de recursos pelo maior tempo de internação. Ainda, pode tornar-se um problema grave quando os pacientes que precisariam de leito de UTI, por exemplo, no pós-operatório de grande cirurgia, são alocados em leitos inapropriados e não equipados com fins de cuidados intensivos 24 horas por dia<sup>(28,30)</sup>.

Na categoria “Falta de políticas e critérios claros para admissão paciente na UTI”, pôde-se ponderar que qualquer análise das políticas e critérios claros para admissão de pacientes nas UTIs deve estar alinhada aos objetivos éticos de equidade, prioridade de necessidade, ou eficácia, ainda que haja o reconhecimento de que o profissional apoiaria um ou outro dos critérios estabelecidos. Nesse sentido, a equidade do processo pode ser melhorada por meio da incorporação de algumas medidas: 1) aumentar a publicidade das prioridades institucionais dentro do hospital e para a comunidade que serve; 2) publicação das políticas de priorização de leitos de UTI como referência para profissionais e para as outras partes interessadas; e 3) criação de um mecanismo formal de recurso para conflitos entre famílias e equipe de cuidados, como um programa prioritário para usuários e tomadores de decisão<sup>(13)</sup>.

Os participantes da pesquisa sinalizaram que, nas situações de internação por ordem judicial, há alteração nos critérios de alocação de leito de UTI, mediante ameaças de processos médico-legais por parte de familiares e imposição judicial às instituições e aos profissionais de saúde. No entanto, adotar critérios é uma premissa que compactua para a defesa dos pacientes. A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.156/2016 prevê parâmetros para as admissões em

UTI, que são: diagnóstico e necessidade do paciente; serviços médicos disponíveis na instituição; priorização de acordo com a condição do paciente; disponibilidade de leitos e, potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico<sup>(31)</sup>.

Estudo<sup>(32)</sup> sinaliza que diretrizes inglesas e americanas destacam que pode ser considerado antiético transferir um paciente para fora de uma UTI com o único propósito de abrir espaço para outro, já que as obrigações de garantir o cuidado dos pacientes já hospitalizados em uma UTI superam as obrigações de aceitar novos pacientes. Neste sentido, há preocupação com a imprecisão nas tomadas de decisão e com a possibilidade de arbitrariedade, ainda que houvesse mais flexibilidade aos profissionais que iriam aplicá-las em situações reais. Contudo, uma política orientada por um valor de precisão pode dar mais peso a fatores que podem ser facilmente medidos (qualidade de vida) do que fatores que não podem (equidade e necessidade). Logo, as diretrizes políticas para alocação de recursos devem ser explícitas sobre os valores éticos que estão em jogo, e como estes poderiam ser medidos<sup>(32)</sup>.

Esse estudo<sup>(32)</sup> corrobora com a preocupação ética dos enfermeiros desta pesquisa: o dever de cuidar da pessoa que já está na UTI, sem arriscar a arbitrariedade ou induzir à tomada de decisões equivocadas ou não prudentes, diante das situações inesperadas de internação por ordem judicial. É fundamental examinar cada contexto em particular e a significância de cada possível razão pela qual a precisão pode ser problemática. A elaboração de diretrizes visa estabelecer limites para as decisões, mas não deve pretender prescrever uma resposta para todos os casos possíveis.

Os participantes da pesquisa, também, abordaram a questão da especialidade dos hospitais *versus* a necessidade de tratamento do paciente. Estudos<sup>(33-35)</sup> apontam que a internação especializada pode oferecer qualificação para o atendimento, e indicam a tríade especialidade-triagem por protocolos-experiência clínica. Ainda, bioeticistas argumentam que prestar cuidados a todos os pacientes na ordem em que eles chegam representa um racionamento de cuidados com base no princípio de primeiro a ser cuidado, o que é inerentemente falho porque ignora as diferenças relevantes entre as pessoas (incluindo a doença) e é injusto na prática porque o mais rico e melhor conectado pode contornar as filas. Sobreleva-se a importância de médicos e enfermeiros atuarem ativamente nas estratégias de revisão de políticas de triagem e em esforços para reduzir atrasos de transferência, assim como promoverem o entendimento da importância do uso de uma unidade de nível de atendimento intermediário, para minimizar o tempo de espera

de admissão dos pacientes gravemente enfermos e maximizar o uso adequado de leitos ao indivíduo, segundo as especialidades de cada hospital<sup>(34)</sup>.

O discurso dos enfermeiros com relação à necessidade de lidar com os conflitos oriundos das indefinições e das mensagens inconsistentes sobre o real prognóstico dos pacientes, também, reporta à advocacia do paciente, na medida em que esse profissional precisa garantir o melhor cuidado disponível, tanto por meio do monitoramento do tratamento disponível e que algumas vezes não é imediatamente ofertado ao paciente, como nas situações da futilidade de determinados tratamentos e dos cuidados paliativos. O enfermeiro da UTI nem sempre será capaz de dar resolutividade a todas as demandas e expectativas dos familiares, mas deve se responsabilizar por indicar à família quais os meios que pode utilizar e se certificar que a família está tendo acesso a estes meios<sup>(36-38)</sup>.

Na terceira categoria, intitulada "Inadequada alta da UTI", considerou-se que o aumento da transferência de pacientes para fora da UTI ocorre quando a ocupação é alta, tendo como consequência o risco de mover os pacientes para fora prematuramente. Logo, ainda que nas situações de internação por ordem judicial tenha-se o agravante do imprevisível, intensivistas devem ser fortes defensores de todas as necessidades dos pacientes, independentemente da escassez ou despesa. E, os profissionais referem que ao tentarem acomodar novas admissões, percebem que seus padrões de segurança para a transferência dos pacientes da UTI são questionáveis; as características dos pacientes que eles propuseram para alta foram menos restritivas, o que poderia causar uma situação perigosa o suficiente para exigir novamente um leito de UTI<sup>(13)</sup>.

O processo de determinar o melhor momento para a saída da UTI envolve uma avaliação criteriosa da gravidade da doença, assim como das condições clínicas do paciente. Estudos demonstraram que a mortalidade e o tempo de internação hospitalar são significativamente maiores em pacientes readmitidos em UTIs após sua alta precoce<sup>(11)</sup>. Dessa forma, em situações de internação por ordem judicial constata-se ainda maior pressão na decisão de alta antecipada, devido à necessidade de liberação de leitos para a internação de pacientes graves.

Estudo brasileiro ao analisar as taxas de readmissão de duas UTIs (clínica cirúrgica, trauma e neurocirurgia), concluiu que a readmissão dos pacientes na UTI, durante a mesma hospitalização, resultou em aumento da morbidade e mortalidade, de tempo de permanência e de custos totais. Praticamente metade dos pacientes (46,5%) foi readmitida na UTI clínica cirúrgica em menos de 48 horas da alta, sugerindo altas precoces e

reafirmando a necessidade e a importância da definição de critérios para a alta da UTI<sup>(39)</sup>.

Outro estudo<sup>(40)</sup>, ao analisar 33.101 solicitações médicas para 268 leitos públicos de UTI regulados em um estado brasileiro, constatou que 55,0% dos indivíduos saíram da fila antes da liberação do leito por desistência e 20,0% por óbito. Dentre as causas de desistência, 47,0% decorreram da alta ou melhora clínica, 34,0% foram transferidos por meios próprios e 9,0% tinham diagnóstico fora do perfil da regulação. Os autores<sup>(40)</sup>, também, consideraram que entre os 20,0% dos óbitos na fila, seria importante pesquisar quantos teriam sido evitados com redução do tempo de espera ou quantos pacientes já chegaram às emergências fora de possibilidades terapêuticas. No final, reportado outro estudo de listas de espera na Espanha, que mostrou que o acesso oportuno, por meio do gerenciamento de entrada na fila com níveis de prioridade, tem maior impacto do que o aumento da oferta de leitos.

Mesmo que este estudo tenha sido constituído por um grupo relativamente grande de participantes de enfermagem, considera-se limitação a restrição da coleta de dados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil.

Entender a realidade dos enfermeiros da UTI no Brasil ajudará a informar como melhorar a tomada de decisões e o desenvolvimento de políticas relacionadas à alocação de leitos em UTI no Brasil, além de esclarecer questões semelhantes enfrentadas internacionalmente pelos profissionais de saúde com leitos de UTI.

Conhecer a perspectiva dos enfermeiros que atuam em UTI acerca da judicialização para o acesso a leitos é importante. Logo, oriunda desta discussão, sobreleva-se a pertinência de enfermeiros e médicos atuarem ativamente nas estratégias de revisão de políticas de triagem e em esforços para reduzir atrasos de transferência, assim como o uso de uma unidade de nível de atendimento intermediário para minimizar o tempo de espera de admissão para pacientes gravemente enfermos e otimizar o adequado uso de leitos de UTI.

## Conclusão

A internação por ordem judicial é uma problemática da realidade brasileira. No entanto, concomitante a isto, globalmente, cresce a questão da racionalização de custos e da limitação de acesso aos leitos de UTI.

Os participantes da pesquisa sinalizam que nas situações de internação por ordem judicial há alteração nos critérios de alocação de leito de UTI, mediante a credibilidade dos profissionais, ameaças de processos médico-legais por parte de familiares e imposição judicial às instituições e aos profissionais de saúde.

A carga de trabalho excessiva e a deficiência de leitos de UTI nas pequenas cidades do Brasil repercute

na necessidade de direcionamento dos pacientes para os grandes hospitais das capitais e grandes cidades. Outro aspecto preocupante refere-se ao efeito do tempo de espera por leito de UTI, nas situações de internação por ordem judicial.

O discurso dos enfermeiros com relação à necessidade de lidar com os conflitos oriundos das indefinições e das mensagens inconsistentes sobre o real prognóstico dos pacientes reporta à necessidade de advocacia do paciente. Em última análise, no entanto, mesmo em casos de hospitalizações por ordem judicial, os enfermeiros da UTI devem ser fortes defensores das necessidades de todos os pacientes, independentemente da escassez ou despesa.

## Referências

1. Vargas MAO. Peter EH, Luz KR, Ramos FRS, Barlem E, Viana RAPP. Judicialização da saúde e direito do paciente ao atendimento qualificado na terapia intensiva. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Vargas MAO, Nascimento ERP, orgs. Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 9-41.
2. Ventura CAA, Correia R Júnior, Gutier MS, Mendes IAC. Alternatives for the enforcement of the right to health in Brazil. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2016 [cited Nov 16 2018];23(3):318-27. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733014562991?journalCode=neja>
3. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. The judicialization of health in the Federal District of Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2014 [cited Nov 14 2018];19(2):591-8. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.23072012>
4. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Censo 2016 [Internet]. 2016. [Acesso 16 maio 2018]. Disponível em: [https://www.amib.com.br/censo/Analise\\_de\\_Dados\\_UTI\\_Final\\_Site\\_2.pdf](https://www.amib.com.br/censo/Analise_de_Dados_UTI_Final_Site_2.pdf)
5. Machado FR. All in a day's work — equity vs. equality at a public ICU in Brazil. *N Engl J Med*. [Internet]. 2016 Dec [cited Nov 16 2018];375(25):2420-1. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1610059>
6. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Silva CMFP. Health policies and federative gaps in Brazil: an analysis of regional capacity of services delivery. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2017 Apr [cited Nov 6 2019];22(4):1031-44. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401031&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401031&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017>.
7. Viana ALA, Silva HP. Neoliberal meritocracy and financial capitalism: consequences for social protection and health. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2018 [cited

- Nov 6 2019];23(7):2107. Available from: <https://link.gale.com/apps/doc/A553114477/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=55e9a725>
8. Liaschenko J, Peter E. Fostering nurses' moral agency and moral identity: the importance of moral community. *Hastings Cent Rep.* [Internet]. 2016 Sep [cited Nov 16 2018];46 Suppl 1:S18-21. Available from: doi: 10.1002/hast.626
9. Ferreira MRJ, Aquilas NM. Commodification in the reforms of the German, French and British health systems. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [cited Nov 6 2019];23(7):2159. Available from: <https://link.gale.com/apps/doc/A553114481/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=abd1f682>
10. Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. Social inequalities and access to health: challenges for society and the nursing field. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2016 [cited Nov 16 2018];24:e2687. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>
11. Pattison N, O'Gara G. Making appropriate decisions about admission to critical care: the role of critical care outreach and medical emergency teams. *Nurs Critical Care.* [Internet]. 2014 [cited Oct 16 2018];19(1):4-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/nicc.12074>.
12. Guide B, Van der Voort PHJ, Csomos A. Editorial Intensive care in 2050: healthcare expenditure. *Intensive Care Med.* [Internet]. 2017 [cited Nov 6 2019];43:1141-3. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4679-2>
13. Cooper AB, Sibbald R, Scales DC, Rozmovits L, Sinuff T. Scarcity: the context of rationing in an Ontario ICU. *Crit Care Med.* [Internet]. 2013 Jun [cited Dec 10 2018];41(6):1476-82. Available from: doi: 10.1097/CCM.0b013e31827cab6a
14. Jeddian A, Lindenmeyer A, Marshall T, Howard AF, Sayadi L, Rashidian A, et al. Implementation of a critical care outreach service: a qualitative study. *Int Nurs Rev.* [Internet]. 2017 [cited Dec 16 2018];24(3):353-62. Available from: <https://doi.org/10.1111/inr.12377>
15. Loss SH, Nunes DSL, Franzosi OS, Salazar GS, Teixeira, Vieira SRR. Chronic critical illness: are we saving patients or creating victims? *Rev Bras Ter Intensiva.* [Internet]. 2017 Jan-Mar [cited Nov 16 2018];29(1):87-95. Available from: <http://doi.org/10.5935/0103-507X.20170013>
16. Vargas MAO, Ramos FRS, Schneider DG, Schneider N, Santos AC, Leal SMC. Hospitalization by court order: ethical dilemmas experienced by nurses. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013 Mar [cited July 4 2018];34(1):119-25. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_15.pdf)
17. Ramos RS, Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC, Spindola T, Nogueira VPF. Access the Unified Health System actions and services from the perspective of judicialization. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2016 [cited Jul 3 2018];24:e2797. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02797.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02797.pdf)
18. Davoodvand S, Abbaszadeh A, Ahmadi F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *J Med Ethics Hist Med.* [Internet]. 2016 Jun [cited Nov 16 2018];9:5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4958925>
19. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Silveira RS, Vargas MAO. How have nurses practiced patient advocacy in the hospital context? - a foucaultian perspective. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2016 [cited Dec 10 2018];25(1):e2560014. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600002560014>
20. Society of Critical Care Medicine. Team in critical care. [Internet]. 2016 [cited Nov 16 2018]. Available from: <http://www.myicucare.org/About-Critical-Care/Pages/Team.aspx>
21. Vargas CP, Vargas MAO, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos FRS, Schneider DG. Patient advocacy actions by intensivists nurses. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2019 [cited Aug 25 2019];53:e03490. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018011703490>
22. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Dalmolin GL, Ramos AM. Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2015 [cited Aug 25 2019];23(4):669-76. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000400669](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400669)
23. Moraes R, Galiuzzi MC. *Análise textual discursiva.* 2 ed. Ijuí: Editora Unijuí; 2013.
24. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Merkouris A. The ethical dimension of nursing care rationing: a thematic synthesis of qualitative studies. *Nurs Ethics.* [Internet]. 2015 Dec [cited Dec 16 2018];22(8):881-900. Available from: doi: 10.1177/0969733014551377
25. Estenssoro E, Alegría L, Murias G, Friedman G, Castro R, Vaeza NN et al. Organizational issues, structure, and processes of care in 257 ICUs in Latin America: a study from the Latin America intensive care network. *Crit Care Med.* [Internet]. 2017 Aug [cited Nov 16 2018];45(8):1325-36. Available from: doi: 10.1097/CCM.0000000000002413
26. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open.* [Internet]. 2018 Jan [cited Aug 25 2019];8:e019189. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e019189>. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019189
27. Bauman KA, Hyzy RC. ICU 2020: five interventions to revolutionize quality of care in the ICU. *J Intensive Care Med.*



- [Internet]. 2014 Jan-Feb [cited Nov 16 2018];29(1):13-21. Available from: doi: 10.1177/0885066611434399
28. Wallace DJ, Seymour CW, Kahn JM. Hospital-level changes in adult ICU bed supply in the United States. *Crit Care Med.* [Internet] 2017 Jan [cited Nov 16 2018];45(1):e67-e76. Available from: doi: 10.1097/CCM.0000000000002051
29. Hung SC, Kung CT, Hung CW, Liu BM, Liu JW, Chew G, et al. Determining delayed admission to the intensive care unit for mechanically ventilated patients in the emergency department. *Crit Care.* [Internet]. 2014 Aug [cited Nov 16 2018];18(4):485. Available from: doi:10.1186/s13054-014-0485-1
30. Kim SH, Chan CW, Olivares M, Escobar GJ. Association among ICU congestion, ICU admission decision, and patient outcomes. *Crit Care Med.* [Internet] 2016 Oct [cited Nov 16 2018];44(10):1814-21. doi: 10.1097/CCM.0000000000001850.
31. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.156 de 17 de novembro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília. [Internet]. 2016 [cited Nov 16 2018]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>
32. McMillan J, Hope T, Wilkinson D. Precision and the rules of prioritization. *Camb Q Healthc Ethics.* [Internet]. 2013 Oct [cited Nov 26 2018];22(4):336-45. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0963180113000182>
33. Kramer AH, Zygun DA. Neurocritical care: why does it make a difference? *Curr Opin Crit Care.* [Internet] 2014 Apr [cited Nov 16 2018];20:174-81. doi:10.1097/MCC.0000000000000076
34. Mathews KS, Long EF. A conceptual framework for improving critical care patient flow and bed utilization. *Ann Am Thorac Soc.* [Internet]. 2015 Jun [cited Nov 26 2018];12(6):886-94. doi: 10.1513/AnnalsATS.201409-419OC
35. Schnurman Z, Chin R, Fishkin ER, Huang PP. Maximizing interhospital transfer resources for neurosurgical patients. *World Neurosurg.* [Internet] 2017 Aug [cited Dec 16 2018];104:702-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.05.082>
36. Motta LCS, Oliveira LN, Silva E, Siqueira-Batista R. Decision-making in clinical (bio)ethics: contemporary approaches. *Rev Bioét.* [Internet]. 2016 [cited May 7 2018];24(2):304-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/1983-8034-bioet-24-2-0304.pdf>
37. Valente CO, Fonseca GM, Freitas KS, Mussi FC. Family comfort to a relative in the intensive therapy unit. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2017 [cited Nov 16 2018];31(2):e17597. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17597>
38. Queiroz TA, Ribeiro ACM, Guedes MVC, Coutinho DTR, Galiza FT, Freitas MC. Palliative care to the elderly in intensive care: the perspective of the nursing team. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2018. [cited May 1 2018];27(1):e1420016. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000100310&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100310&lng=pt). Epub 05-Mar-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001420016>
39. Araújo TG, Rieder MM, Kutchak FM, Franco JW Filho. Readmissions and deaths following ICU discharge - a challenge for intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva.* [Internet]. 2013 Mar [cited Nov 16 2018];25(1):32-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23887757>
40. Goldwasser RS, Lobo MSC, Arruda EF, Angelo AS, Silva JRL, Salles AA et al. Difficulties in access and estimates of public beds in intensive care units in the state of Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* [Internet]. 2016 [cited Nov 16 2018];50:1-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050005997.pdf>

Recebido: 29.04.2019

Aceito: 13.02.2020

Editora Associada:  
Andrea Bernardes


**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

E-mail: [ambrosina.mara@ufsc.br](mailto:ambrosina.mara@ufsc.br)

 <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>