



O TEMPO DE ESPERA DO USUÁRIO DO SUS EM FILAS DE REGULAÇÃO E NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO JUDICIAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO PROCESSO DE REGULAÇÃO, DA JUDICIALIZAÇÃO E DAS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DOS USUÁRIOS

THE WAITING TIME OF SUS USERS IN REGULATION QUEUES AND THE NEED FOR JUDICIAL INTERVENTION: A CRITICAL ANALYSIS OF THE REGULATION PROCESS, JUDICIALIZATION AND THE CONSEQUENCES FOR THE HEALTH OF USERS

Cláudia Carvalho Queiroz.

Mestre em Direito pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Pós-graduada pela ESMARN. Graduada em Direito pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Defensora Pública do Estado do Rio Grande do Norte.

E-mail: claudiacarvalho@dpe.rn.def.br

André Luiz de Albuquerque Barbosa.

Especialista em Direitos Humanos pela Faculdade de Ciências e Tecnologias de Campos Gerais – FACICA. Pós-graduado em Direito Público pela Universidade Católica de Petrópolis. Pós-graduando em Direito Sanitário pela FIOCRUZ. Graduado em Direito pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Defensor Público Federal.

E-mail: andre-albuquerque@dpu.def.br

RESUMO: O artigo analisa o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, com foco na necessária intervenção judicial para assegurar efetividade ao direito fundamental à saúde, especialmente diante da ineficiência das políticas públicas e da omissão estatal. Analisa o impacto da insuficiência de recursos e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a formação de longas filas de regulação para os procedimentos eletivos e o consequente agravamento das condições clínicas dos pacientes, o que fomenta a judicialização como *ultima ratio* para garantir tratamentos de saúde. O estudo aponta as fragilidades na gestão das políticas públicas, incluindo a ausência de critérios claros de priorização nas filas e a falta de transparência no acesso aos procedimentos médicos. Conclui-se que, diante da inefetividade das políticas públicas e da omissão dos gestores, a judicialização não deve ser vista como uma ameaça ao orçamento público, mas como um mecanismo legítimo para assegurar o direito constitucional à saúde e provocar incremento na oferta dos serviços, sem olvidar do princípio da isonomia e da eficiência no gasto público, em conformidade com os princípios da dignidade da pessoa humana e do mínimo existencial.

Palavras-chave: judicialização da saúde; SUS; filas de regulação; cirurgias eletivas; omissão estatal; políticas públicas.

ABSTRACT: *The article examines the phenomenon of the judicialization of health in Brazil, focusing on the necessary judicial intervention to ensure the effectiveness of the fundamental right to health, especially in the face of the inefficiency of public policies and state omission. It analyzes the impact of insufficient resources and services in the Unified Health System (SUS), highlighting the formation of long lines of regulation and the consequent worsening of the*

clinical conditions of patients, which fosters judicialization as ultima ratio to guarantee health treatments. The study points out the weaknesses in the management of public policies, including the absence of clear criteria for prioritization in queues and the lack of transparency in access to medical procedures. It is concluded that, in view of the ineffectiveness of public policies and the omission of managers, judicialization should not be seen as a threat to the public budget, but as a legitimate mechanism to ensure the constitutional right to health and cause an increase in services, without forgetting the principle of equality and efficiency in public spending, in accordance with the principles of the dignity of the human person and the existential minimum.

Keywords: judicialization of health; SUS; regulation queues; elective surgeries; state omission; public policies.

SUMÁRIO

1 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A JUDICIALIZAÇÃO; 2 OS PROCEDIMENTOS ELETIVOS E O ELEVADO TEMPO DE ESPERA DOS USUÁRIOS EM FILAS DE REGULAÇÃO; 3 OS CRITÉRIOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UTILIZADOS PELOS NÚCLEOS DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO (NATJUS) E A NECESSIDADE DE APRIMORAMENTO DA ANÁLISE NOS CASOS DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS; 4 CONCLUSÃO; REFERÊNCIAS.

1 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A JUDICIALIZAÇÃO

A judicialização das políticas públicas, apesar de não ser tema recente na doutrina e jurisprudência pátrias em face do excessivo número de ações judiciais, notadamente aquelas que versam sobre o direito à saúde, ainda desperta uma enorme preocupação quanto ao impacto das decisões judiciais na ordem social e econômica.

As normas dos artigos 6º e 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988) geram dúvidas quanto à amplitude do direito fundamental à saúde, uma vez que, para alguns, o deferimento de tutelas judiciais em ações individuais prejudica o acesso igualitário aos serviços de saúde pela coletividade.

Todavia, não se pode olvidar a baixa oferta de serviços no Sistema Único de Saúde ou mesmo a iniquidade de políticas públicas criadas e regularmente estabelecidas pelo Ministério da Saúde, mas não efetivadas pelos entes públicos que exercem a gestão descentralizada e compartilhada do sistema.

O ministro Gilmar Mendes do Supremo Tribunal Federal, na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175 (STF, 2010), destacou que a proteção aos direitos fundamentais não pode

ser insuficiente, devendo-se buscar conferir a máxima efetividade aos direitos e garantias fundamentais, que estão postos na Constituição Federal e possuem aplicabilidade imediata¹.

De mais a mais, a quantidade de normas produzidas no exercício do Poder Normativo Administrativo pelos gestores da saúde desrespeita não somente a máxima efetividade da Constituição, como também o Princípio da Unidade Normativa, implicando em dificuldade de aplicação do direito à saúde não apenas aos cidadãos, mas aos próprios serviços de saúde, públicos e privados.

Na prática, observa-se que até mesmo os protocolos são facilmente burlados pelos gestores, e o próprio órgão que os criou não consegue esclarecer os motivos do não cumprimento daquelas normas, pois nos numerosos e intrincados textos normativos não há vinculação legal direta, bem como não se preocupam com a coerência entre si, muitas vezes voltadas a interesses específicos, o que acaba criando entraves ao cumprimento harmônico da lei, e, muitas vezes, criando também, conflito de competências.

Nesse cenário, a indesejada judicialização da saúde, não pode ser propalada como responsável pela situação caótica do orçamento público da saúde. A judicialização organizada e responsável revela-se mais como produto do descumprimento e da falta de consequências para quem descumpre as normas postas, que cria uma lacuna onde os direitos minimamente garantidos e já regulados não são devidamente materializados e acessados.

Poucos são os estudos jurídicos sobre a inefetividade das políticas públicas de saúde, como o de Freitas Filho e Sant'Ana², que, com dados estatísticos, apontou que, além da

¹Os direitos fundamentais não contêm apenas uma proibição de intervenção (*Eingriffsverbote*), expressando também um postulado de proteção (*Schutzgebote*). Haveria, assim, para utilizar uma expressão de Canaris, não apenas uma proibição de excesso (*Übermassverbot*), mas também uma **proibição de proteção insuficiente** (...) A Constituição brasileira não só prevê expressamente a existência de direitos fundamentais sociais (artigo 6º), especificando seu conteúdo e forma de prestação (artigos 196, 201, 203, 205, 215, 217, entre outros), como **não faz distinção entre os direitos e deveres individuais e coletivos (capítulo I do Título II) e os direitos sociais (capítulo II do Título II), ao estabelecer que os direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata artigo 5º, § 1º, CF/88**). Vê-se, pois, que os direitos fundamentais sociais foram acolhidos pela Constituição Federal de 1988 como autênticos direitos fundamentais (Brasil, 2010).

² “A espera, para muitos, não é uma opção simples. Os resultados expostos na Tabela 3 apontam que as lesões ortopédicas não tratadas impõem aos pacientes sintomas adversos: luxações, depressão, dificuldades de locomoção, perda de força, problemas gástricos e, principalmente, dores. A dor é a queixa de 93,5% dos pacientes que buscam o Judiciário. Essa dor impõe o uso contínuo e prolongado de analgésicos, que, por sua vez, acarretam problemas gástricos (situação narrada por 20% dos pacientes). Além da dor, outra consequência óbvia são as limitações funcionais: 58% dos pacientes sofrem de dificuldades de locomoção e outros 26% de perda de força nos membros afetados. Em alguns casos, a perpetuação desse estado vai além do sofrimento físico: 10% foram diagnosticados com depressão”. (Freitas Filho; Sant'Ana, 2016).

iniquidade das filas de regulação, que não trazem, com transparência a ordem de classificação do paciente em fila e a previsão de atendimento da demanda, os usuários vivenciam agravamento do quadro de saúde, desenvolvimento de doenças psíquicas ou quadros de situação prolongada de dor ou de incapacidade funcional mesmo com uso de medicamentos em decorrência do elevado tempo de espera pela realização de procedimentos cirúrgicos.

Analizar a não disponibilização ou a prestação irregular de serviços e ações de saúde à população é essencial para compreender o fenômeno da judicialização, uma vez que o Judiciário representa, para a população que é usuária do Sistema Único de Saúde, a última porta aberta na busca do acesso ao tratamento e melhoria da qualidade de vida.

Quando o Estado, por exemplo, se omite deliberadamente na incorporação de tecnologias (ou posterga sua efetiva disponibilização) para tratamento de doenças raras e ultrarraras, a judicialização é justamente a *ultima ratio* para se conferir eficácia ao direito fundamental à vida, que, sob a ótica constitucional e dos instrumentos internacionais, deve se sobrepor a qualquer outro. Por outro lado, deixar apenas ao arbítrio dos gestores da saúde definir quais doenças devem ser tratadas e com quais tipos de tecnologia ou em que tempo, acabaria por esvaziar a força normativa da Constituição.

Não obstante a complexidade da questão, observa-se que a discussão no âmbito do Judiciário tem focado apenas em números de demandas e na necessidade de, a qualquer custo, reduzi-las, sem adentrar nas iniquidades do Sistema Único de Saúde e nas causas que geram a judicialização excessiva.

Preocupa-se muito também com o chamado impacto dos sequestros de verbas nos orçamentos públicos, sem que o Poder Público sequer demonstre que vem aplicando os recursos existentes para as políticas públicas que foram por ele próprio instituídas. Muitas são as hipóteses em que, mesmo com o cofinanciamento e disponibilização de recursos, os serviços de saúde não são adequadamente estruturados para atender à demanda da população. O programa nacional de redução de filas de cirurgias eletivas tem demonstrado bem isso, com baixos índices de execitoriedade em vários Estados.

Neste contexto, para se compreender o real alcance deste fenômeno, faz-se necessário um breve estudo sobre a necessidade de intervenção judicial para a concretização das políticas públicas saúde, uma vez que os usuários do sistema único de saúde não podem, apenas por serem usuários de um sistema público e cujo acesso deveria ser universal e igualitário, permanecer, indefinidamente, em filas de regulação, aguardando a realização de procedimentos

médico-hospitalares essenciais ao diagnóstico, prevenção ou tratamento das doenças que os acomete, com a garantia do mínimo existencial para fins de concretização do direito fundamental à saúde.

2 OS PROCEDIMENTOS ELETIVOS E O ELEVADO TEMPO DE ESPERA DOS USUÁRIOS EM FILAS DE REGULAÇÃO

No âmbito da judicialização, um dos temas que têm suscitado divergências e restrição de entendimentos jurisprudenciais diz respeito à propositura de ações judiciais individuais para custeio de procedimentos cirúrgicos de natureza eletiva, uma vez que parte da corrente jurisprudencial tem se firmado no sentido de que, para garantia da universalidade das políticas públicas de saúde, em não comprovado o risco, o usuário deve permanecer aguardando a realização do procedimento em fila de regulação.

Com efeito, se há solidariedade, todos os entes deveriam responder pela omissão estatal que decorre da demora excessiva das filas de cirurgias eletivas, "organizadas" sem transparência ou previsibilidade de tempo de espera. A demora decorre de políticas públicas ineficientes, que pecam pela não destinação de verbas suficientes para equipar os hospitais (estrutura e pessoal) para que as cirurgias eletivas ocorram com regularidade.

Noutro passo, inúmeras são as falhas verificadas no chamado sistema regulatório que é gerido pelos entes públicos estaduais e/ou municipais, de modo que o ônus decorrente dessa falta de estruturação adequada não deve ser suportado apenas pelo usuário do sistema.

Contudo, não se pode olvidar que, além da elevada demanda e da baixa oferta, o tempo excessivo de espera e a própria iniquidade dos sistemas de regulação ou dos serviços públicos de saúde poderão acarretar danos irreparáveis ou de difícil reparação aos usuários do Sistema Único de Saúde, de forma que a simples existência de uma fila de regulação não pode servir de escudo para os gestores públicos ou mesmo óbice intransponível para o direito fundamental à saúde.

No Brasil, é fato público e notório que as filas de cirurgias eletivas alcançam números exorbitantes e que, em muitas situações, os usuários permanecem em fila por prazo superior a dois anos ou mais. Exemplificando, tem-se que no Estado do Rio Grande do Norte, segundo informações prestadas pela Central de Regulação, cirurgias de reconstrução mamária não estética 919 pacientes em fila³ e prazo de espera de 10 anos, vez que o único prestador é o

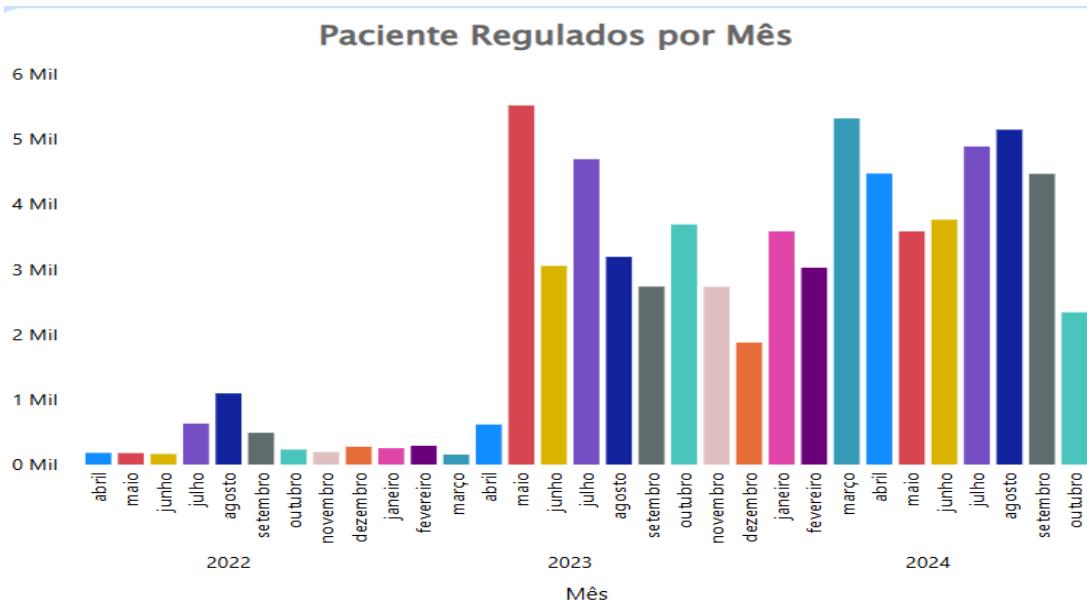
³ Dados consultados na sala de situação do sistema RegulaRN da Secretaria de Saúde do Estado, em 22 de agosto de 2024. Disponível em <https://regulacirurgia.saude.rn.gov.br/index.php?class=LoginForm>. Acesso em: 22/10/2024.

Hospital Universitário Onofre Lopes e não existe regularidade na disponibilização de vagas, embora se trate de procedimento que deve ser priorizado para mulheres com câncer, conforme determinado pela Lei Federal nº 12.802/2013⁴ (Brasil, 2013), que dispõe sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.

Em igual norte, no Estado do Rio Grande do Norte, cirurgias de nefrolitotripsia percutânea para tratamento de cálculo renal 583 usuários aguardando em fila⁵ e prazo de espera superior a 08 (oito) anos, vez que, no presente ano, estão sendo ainda regulados pacientes inseridos em fila no ano de 2016.

Ainda de acordo com os dados da sala de situação do sistema RegulaRN, no ano de 2024, o número de solicitações mensais por procedimentos eletivos supera a média de 3.500, tendo alcançado, em março, o quantitativo de 5.320 pacientes regulados, sem que a oferta mensal acompanhe a demanda⁶, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1: Número de pacientes regulados por mês pela SESAP/RN



Fonte: Sistema Regula RN – Sala de Situação

⁴ “Art. 1º. O art. 2º da Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º e 2º: ‘Art. 2º

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução será efetuada no mesmo tempo cirúrgico.

§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas.’ (NR)

⁵ Dados consultados na sala de situação do sistema RegulaRN da Secretaria de Saúde do Estado. Disponível em <https://regulacirurgia.saude.rn.gov.br/index.php?class=LoginForm>. Acesso em 22/10/2024.

⁶ Dados consultados na sala de situação do sistema RegulaRN da Secretaria de Saúde do Estado. Disponível em <https://regulacirurgia.saude.rn.gov.br/index.php?class=LoginForm> Acesso em: 22 de out. 2024.

Exigir do paciente o ônus de aguardar nessas filas, cuja gestão não vem sendo operacionalizada adequadamente, pode significar sentenciá-lo a perda de um membro ou de uma função vital do corpo, com incapacidades permanentes ou transitórias que prejudicarão a sua qualidade de vida e poderão, inclusive, agravar o seu quadro de saúde.

Aliás, nesse mesmo sentido é o Enunciado nº 92, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde promovido pelo Conselho Nacional de Justiça (2019)⁷:

ENUNCIADO Nº 92

Na avaliação de pedido de tutela de urgência, é recomendável levar em consideração não apenas a indicação do caráter urgente ou eletivo do procedimento, mas também o conjunto da condição clínica do demandante, bem como as repercussões negativas do longo tempo de espera para a saúde e bem-estar do paciente.

Segundo Paula Maria Caldinhas e Paulo Ferrinho⁸:

O tempo de espera para a cirurgia eletiva é uma questão relevante no acesso aos cuidados de saúde. É considerado excessivo (superior a 12 semanas, ou 90 dias), em vários países do grupo Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Como consequência das alterações econômicas, sociais e demográficas, com as consequentes implicações para os custos de cuidados de saúde, tornou-se importante aumentar a eficiência e eficácia dos serviços de saúde, para uma maior rentabilização dos serviços de saúde.

No âmbito das demandas judiciais, o Enunciado nº 93 do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde promovido pelo Conselho Nacional de Justiça (2019), estabeleceu como parâmetro para o tempo de espera razoável, no caso de procedimentos eletivos, o lapso de 180 (cento e oitenta) dias⁹. Tal Enunciado já vem sendo aplicado pelos tribunais pátrios há anos, conforme ilustra a ementa a seguir:

⁷ BRASIL, Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde promovido pelo Conselho Nacional de Justiça. 2019. Enunciado nº 92.

⁸ *In. Cirurgia de ambulatório e a espera para cirurgia eletiva.* Rev. bras. epidemiol. 16 (2), jun 2013, disponível no <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200008>, Acesso em: 21 agosto 2024.

⁹ ENUNCIADO Nº 93 Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se inefetiva essa política caso não existente prestador na rede própria, conveniada ou contratualizada, bem como a excessiva espera do paciente por tempo superior a 100 (cem) dias para consultas e exames, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos. (Redação dada na VI Jornada de Direito da Saúde realizada em 15 jun. 2023. (Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, 2023)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. TRATAMENTO CIRÚRGICO. DOENÇA DE KIENBOCK. SISREG PARA CONSULTA EM CIRURGIA DESDE 04/12/2019. CIRURGIA ELETIVA – CIRCUNSTÂNCIA QUE DEVE SER CONSIDERADA, TODAVIA SEM SER OBSTÁCULO A OBTENÇÃO DO TRATAMENTO. MORA EVIDENCIADA. NECESSIDADE COMPROVADA. OBRIGAÇÃO DO PODER PÚBLICO EM FORNECER O TRATAMENTO. RECURSO PROVIDO. O Estado (lato sensu), tem a obrigação de fornecer os meios necessários à proteção e manutenção do direito à vida e à saúde do paciente. Ficando comprovada a doença de que padece o autor e a necessidade do tratamento requerido, assim como a impossibilidade de arcar com os seus custos, devida a condenação do Poder Público em fornecer o atendimento pleiteado. Ademais, apesar de somente os procedimentos cirúrgicos urgentes/emergentes autorizarem a preterição da ordem da fila, para que o processo judicial não seja usado como mecanismo para violá-la, sob pena de gerar afronta ao princípio da isonomia. No caso, a cirurgia, apesar de eletiva, a inserção do autor na fila para consulta ortopédica em 2019, de modo que, na situação em apreço, resta evidenciada a mora da Administração Pública, o que legitima a intervenção judicial. Ausência, ademais, de qualquer justificativa concreta por parte do poder público do atraso verificado. **Via de regra não se mostra prudente o judiciário alterar a lista de espera de cirurgia eletiva. Todavia, se o órgão responsável não indica qualquer motivo para o atraso de mais de três anos, como complexidade, existência de lista mais extensa, ou mesmo falta de material adequado, não há como se admitir a recalcitrância podendo, nesses casos, ser aplicado o limite de 180 dias para a realização de cirurgias eletivas (orientação do enunciado 93 das Jornadas de Direito da Saúde do CNJ).** (TJMS. AC: 08004504320208120051 Itaquiraí, Relator: Juiz Vitor Luis de Oliveira Guibo, Data de Julgamento: 28/03/2023, 2ª Câmara Cível, Data de Publicação: 30/03/2023).

Sucede que estabelecer um lapso temporal como critério único também não se afigura a solução mais adequada para o exame das tutelas de saúde, uma vez que a condição clínica do usuário e as repercussões negativas decorrentes do tempo de espera para a saúde, bem-estar e qualidade de vida não podem ser desconsideradas¹⁰.

¹⁰ BRASIL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul. Processo nº 0801808-82.2023.8.12.0101, Relator: Juiz Waldir Peixoto Barbosa, Data de Julgamento: 19/02/2024, 3ª Turma Recursal Mista, Data de Publicação: 21/02/2024. RECURSO INOMINADO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO ESQUERDO – SOLICITAÇÃO NO SISREG HÁ MAIS DE ANO – IMPRESCINDIBILIDADE DEMONSTRADA – SENTENÇA REFORMADA – RECURSO DA AUTORA CONHECIDO E PROVIDO. [...] Desse modo, **por mais que se trate de uma cirurgia eletiva, devem ser levados em consideração alguns aspectos particulares do caso, quais sejam: (i) o fato de a demanda estar inserida no sistema de regulação há mais de 17 (dezessete) meses; e (ii) a necessidade de devolver à paciente, com brevidade, a recuperação funcional e retirá-la do quadro de sofrimento de dor crônica.** Portanto, o tratamento médico proposto é imprescindível e não pode ser substituído por outra alternativa meramente paliativa fornecidas pelo SUS. Por fim, a hipossuficiência financeira restou comprovada, visto que a autora está sendo assistida pela Defensoria Pública Estadual. Sentença reformada. Recurso da autora conhecido e provido.

Há de se considerar, inclusive, que as limitações funcionais suportadas pelos usuários que aguardam pela realização de cirurgias eletivas por tempo indeterminado podem acarretar, para o próprio Poder Público, um ônus financeiro, uma vez que, em se tratando de pessoas vinculadas à previdência social, durante o período de incapacidade laboral poderão vir a receber benefícios previdenciários por lapsos temporários prolongados. Tal repercussão é, em regra, desconsiderada sob o argumento de que, pelo princípio da isonomia, o paciente deve apenas aguardar em fila, ainda que essa fila não seja regulada com critérios de classificação de risco.

No Estado do Rio Grande do Norte, por exemplo, nem todos os tipos de cirurgias são regulados em fila única, vez que algumas filas são “reguladas”, indevidamente, pelos próprios prestadores privados contratados e/ou conveniados com as Secretarias de Saúde, a exemplo dos procedimentos cardiológicos em que cada prestador possui uma fila interna de pacientes que foram avaliados no seu ambulatório e aguardam a realização de cirurgias cardíacas, que são muitas vezes custeadas por verbas públicas.

Isso sem mencionar que o sistema de regulação dos procedimentos de natureza eletiva não possui ainda critérios de classificação de risco delimitados e implementados, de forma que a maior parte das cirurgias é regulada apenas pela ordem cronológica de inserção dos usuários em fila, sem considerar a gravidade da doença, o tempo de espera ou os riscos ou agravos que podem ser gerados para aquele indivíduo caso a espera se perpetue por longos lapsos temporais.

A Portaria Consolidada nº 001/2017 do Ministério da Saúde (MS/BRASIL, 2017), em seu art. 21, dispõe que:

O acesso às ações e serviços de saúde será ordenado pela atenção básica (primária) e deve ser fundado: I - na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente; II - nas regras de referenciamento pactuadas intrarregionalmente e interregionalmente, de acordo com o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).

Nesse contexto, os sistemas de regulação de gestão dos procedimentos eletivos jamais poderiam considerar apenas os critérios cronológicos, sem avaliar o risco à saúde do indivíduo e a consequências da demora no tratamento da doença.

Some-se a isso a ausência de transparência das filas de regulação, uma vez que a maior parte dos Estados não disponibiliza o acesso ao cidadão às filas para realização dos

procedimentos e, quando disponibilizam, não existem mecanismos de controle social quanto à efetividade da política pública, número de vagas ofertadas por procedimento por mês e sequer uma estimativa de previsão para atendimento da demanda, o que se encontra em dissonância com a diretriz do Sistema Único de Saúde prevista no artigo 7º, incisos V e VI, da Lei Federal nº 8.080/90¹¹ (Brasil, 1990) e com a própria Lei de Acesso à Informação – Lei Federal nº 11.257/2001¹² (Brasil, 2011).

Aguiar e Lira¹³ destacam que:

Na área da saúde pública, sob o ponto de vista de cumprimento dos preceitos legais e econômicos, são cumpridas as exigências legais para a prestação de contas financeiras, no entanto, do ponto de vista assistencial, não é rotina da gestão a divulgação e transparência à população de informações acerca do acesso aos serviços de saúde.

É notório o impasse quanto à transparência das listas de espera para consultas, procedimentos e exames no SUS. Um dos problemas bastante recorrentes é o tempo em que usuários esperam para obter atendimento, seja para consultas, exames ou procedimentos de média ou alta complexidade ambulatorial ou hospitalar. Essa longa espera termina por gerar uma grande demanda reprimida, numa fila virtual de espera. [...]

Quando se fala em dar transparência no acesso da assistência à saúde, as iniciativas são isoladas e pontuais, sem um alicerce jurídico nacional que obrigue o gestor da saúde a divulgar as filas de espera de pacientes para procedimentos eletivos a serem realizados no serviço público.

Das iniciativas no legislativo brasileiro além da Constituição Federal de 1988 (1), a Lei nº. 12.527/2011(2) e o Decreto nº. 7.724/2012 (10) que tratam da garantia do direito de acesso à informação pela população brasileira, deve ser considerado o Projeto de Lei do Senado nº. 393, de 2015 (11) em tramitação, que dispõe sobre a obrigatoriedade de

¹¹ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde. VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

¹² Art. 7º O acesso à informação de que trata esta Lei compreende, entre outros, os direitos de obter:

I - orientação sobre os procedimentos para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada;

II - informação contida em registros ou documentos, produzidos ou acumulados por seus órgãos ou entidades, recolhidos ou não a arquivos públicos; [...]

VII - informação relativa:

a) à implementação, acompanhamento e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas, bem como metas e indicadores propostos; [...]

¹³ AGUIAR e LIRA, Letícia de Oliveira Fraga de e Antonio Carlos Onofre. Transparência no Sistema Único de Saúde: iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, 7(2):111-124, abr./jun, 2018. Disponível em

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/491>. Acesso em: 11 nov. 2024.

publicação na internet, com atualização semanal, da lista de espera dos pacientes que serão submetidos a cirurgias médicas eletivas realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde.

Nesse ponto, para Marinho¹⁴,

o primeiro passo para enfrentamento do problema das filas é dimensionar o real tamanho dela e dar visibilidade a estas. A divulgação da fila irá impedir ou minimizar situações como: venda de consultas ou de lugar na fila; privilégio por influência política; favorecimento por conhecer os funcionários ou os profissionais de saúde; criação de uma fila paralela; mascarar o real problema e tamanho da fila e impedir adulteração da fila real.

É inegável, pois, que a demora injustificada para a realização de procedimentos médico-hospitalares em face da baixa oferta e da ausência de transparência e critérios técnicos para melhor organização das extensas filas de regulação configura hipótese de inefetividade da política pública de saúde e, como tal, exige intervenção jurisdicional para fins de garantia do direito fundamental à saúde, sob pena de gerar, para o Poder Público, também o ônus de ressarcir¹⁵ os usuários pelos danos materiais e morais ocasionados pelo tempo excessivo de espera e eventual agravamento do quadro de saúde ou caracterização de incapacidades temporárias ou permanentes.

Reportando-se à caracterização da omissão do Poder Público quando verificada que a demora na fila de regulação se afigura excessiva e desproporcional à brevidade indicada para o tratamento de saúde do usuário, a jurisprudência pátria assinala que a cláusula da reserva do financeiramente possível decorrente da finitude dos recursos públicos não pode servir de obstáculo intransponível para a garantia do direito fundamental à saúde, corolário do direito à vida e ao mínimo existencial.¹⁶

¹⁴ MARINHO, A. A economia das filas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Repositório do Conhecimento do IPEA. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1595> Acesso em 11 de novembro de 2024.

¹⁵ BRASIL, Tribunal de Justiça de Rondônia. 2023. TJ-RO - APELAÇÃO CÍVEL: 7002411-65.2020.8.22.0014, Relator: Des. Hiram Souza Marques, Data de Julgamento: 08/11/2023. SAÚDE. MORA ESTATAL NA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ELETIVA. RISCO DE AGRAVAMENTO DO DANO E SURGIMENTO DE NOVAS LESÕES. DANO MORAL EVIDENCIADO. Configura conduta ilegal a mora estatal injustificada na realização de cirurgia, eletiva, sobretudo, quando demonstrado risco de agravamento da lesão, ou o surgimento de novas em decorrência daquela não tratada.

¹⁶ BRASIL. TJ-AM - AC: 06406529220188040001 AM 0640652-92.2018.8.04.0001, Relator: Wellington José de Araújo, Data de Julgamento: 16/09/2020, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 16/09/2020.

DIREITO À SAÚDE. PRELIMINAR DE IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PEDIDO AFASTADA. COLELITÍASE. CIRURGIA ELETIVA. DEMORA INJUSTIFICADA. RESERVA DO POSSÍVEL. MÍNIMO EXISTENCIAL. NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. [...] II – Juridicamente impossível é o pedido que não encontra amparo legal no direito Pátrio. In casu, a negativa por parte do Estado apelante e o fato de terem desmarcado a cirurgia equivocadamente, bem como a demora na realização do procedimento, apenas demonstra a omissão do apelado em seu dever com a saúde, a encontrar sim, amparo legal em seu pleito. III – O direito à saúde se perfaz pela garantia da realização de tratamento médico do paciente, direito este corolário ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, circunscrevendo-se à esfera do mínimo existencial. IV – **Ainda que o presente caso trate de cirurgia eletiva, não se mostra aceitável a demora imposta à recorrida, o que, além de dificultar o cotidiano da autora, acometida de dores e dificuldade de locomoção, ainda a põe em risco, visto que a demora injustificada do procedimento pode levar ao agravamento da doença.** V – Consoante reiteradamente afirmado pelo Supremo Tribunal Federal, a incidência da reserva do financeiramente possível não pode ser um obstáculo oponível à garantia ao mínimo existencial, sobretudo quando se trata da prestação do serviço público de saúde. VI – Recurso conhecido e, no mérito, não provido. (BRASIL. TJAM. AC 0640652-92.2018.8.04.0001, Relator: Wellington José de Araújo, Data de Julgamento: 16/09/2020, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 16/09/2020).

Os fatores que ocasionam a baixa efetividade dos serviços de saúde quanto ao acesso ao atendimento especializado e realização de procedimentos eletivos foram apontados pelo próprio Ministério da Saúde no art. 2º da Portaria GM/MS nº 90, de 03 de fevereiro de 2023 (Brasil. 2023), que instituiu o programa nacional de redução de filas de cirurgias eletivas, exames complementares e consultas especializadas¹⁷, quais sejam: a) baixa oferta de procedimentos; b) falta de aprimoramento da governança da Rede de Atenção à Saúde com centralidade na garantia do acesso, gestão por resultados e financiamento estável; c) deficiência no monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde; d) baixa qualificação e controle da contratualização com a rede complementar; e) ausência de um modelo adequado de gestão e regulação das filas para a atenção especializada (regulação do acesso).

Destaque-se que o referido programa, que foi criado com objetivo de ampliar a oferta e reduzir as filas, vem apresentando, salvo exceções pontuais em alguns Estados da Federação, baixa executoriedade, conforme indicado pelos gráficos de monitoramento divulgados pelo Ministério da Saúde¹⁸:

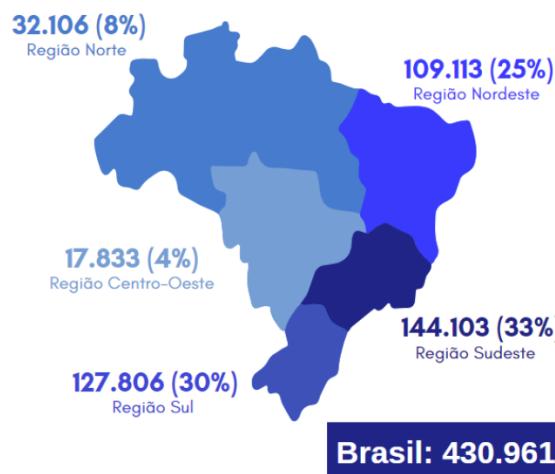
¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 03 de fevereiro de 2023. Disponível em <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/02/2023&jornal=515&pagina=53>. Acesso em: 21 ago. 2024.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Indicadores do Programa Nacional de Redução de Filas elaborado em 22 de julho de 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/drac/pnrf/indicadores-do-programa/relatorio-dos-indicadores-do-pnrf-fev-2023-a-maio-2024>. Acesso em 22 ago. 2024.

Mapa 1: Indicadores do número de cirurgias eletivas realizadas, por Estado, no Programa Nacional de Redução de Filas

O Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas proporcionou a realização de 430.961 cirurgias no Brasil, durante o período de fevereiro a maio de 2024. O mapa 1 mostra que a região Sudeste apresenta o maior percentual de cirurgias realizadas (33%), em seguida encontram-se a região Sul (30%), a região Nordeste (25%), a região Norte (8%), e a região Centro-Oeste (4%).

Mapa 1 – Realização de cirurgias do PNRF



Fonte: SIA e SIH extraído pelo Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC).
Período dos dados: fevereiro a maio de 2024.

Fonte: Relatório de Indicadores do Programa Nacional de Redução de Filas

Tabela 1: Indicação do percentual físico de cirurgias eletivas realizadas, por Estado, no Programa Nacional de Redução de Filas

A tabela 1 apresenta o percentual de execução física das UF's brasileiras em relação ao planejado. Destaca-se que, em quatro meses do segundo ano do PNRF, os estados de SC, PB e RS alcançaram percentuais de execução física de 351%, 290% e 118%, respectivamente, ultrapassando o número planejado de cirurgias no Programa, que era de 27.270, 7.797 e 5.335, correspondentes a cada estado.

Tabela 1 – Percentual de execução física por UF

UF	Planejado	Realizado	Execução Física	UF	Planejado	Realizado	Execução Física
AC	6.273	4.975	79%	PB	7.797	22.614	290%
AL	17.511	1.285	7%	PE	46.821	26.146	56%
AM	13.300	9.111	69%	PI	6.847	4.559	67%
AP	7.280	22	0%	PR	29.173	25.912	89%
BA	48.316	22.140	46%	RJ	47.115	34.077	72%
CE	40.392	12.559	31%	RN	13.388	3.638	27%
DF	9.254	4.101	44%	RO	4.430	2.234	50%
ES	12.795	10.143	79%	RR	4.422	2.029	46%
GO	25.879	10.553	41%	RS	5.335	6.287	118%
MA	35.550	12.242	34%	SC	27.270	95.607	351%
MG	156.297	36.139	23%	SE	7.967	3.930	49%
MS	11.958	1.396	12%	SP	98.518	63.744	65%
MT	10.599	1.783	17%	TO	7.723	5.223	68%
PA	23.644	8.512	36%				

Fonte: SIA e SIH extraído pelo Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC).
Período dos dados: Fevereiro a maio de 2024.

Fonte: Relatório de Indicadores do Programa Nacional de Redução de Filas

Esses pontos de fragilidade do Sistema Único de Saúde precisam ser aprofundados e melhor avaliados pelo Poder Judiciário para que o direito à saúde não seja negado ou postergado em decorrência da própria inefetividade das políticas públicas de saúde ou sob a justificativa genérica de existência de filas de regulação e necessidade de observância dessa fila para garantia do acesso universal.

O preceito da universalidade do acesso não pode servir de escudo para a defesa da omissão ou atuação insuficiente do Poder Público na estruturação dos serviços públicos de saúde, uma vez que o usuário do Sistema Único de Saúde, ao buscar a tutela jurisdicional, não o faz com o propósito de ferir a ordem da fila de regulação, mas apenas de assegurar o seu direito fundamental que também está sendo flagrantemente violado, não havendo que se falar em quebra do princípio da isonomia.

Negar a tutela individual sob o argumento de que existem outros pacientes em fila de regulação acaba por consolidar a inefetividade da política pública de saúde, uma vez que, se não compelido a agir, o Poder Público permanecerá ofertando os serviços de saúde de forma deficitária.

Além disso, tem sido comum as decisões judiciais citarem, genericamente, que o indeferimento do pedido tem por base a isonomia, uma vez que, se concedida a tutela, o usuário passaria na frente de outros usuários que, assim como ele, se encontram em fila de regulação.

Mas como assegurar a equidade quando as filas de regulação não observam critérios de classificação de risco, tampouco levam em consideração o quadro clínico do paciente ou a possibilidade de agravamento deste em decorrência do tempo de espera?

Negar o direito sob o manto da isonomia, nesses casos, representa deixar de tratar desigualmente os desiguais, vez que a organização de filas de regulação apenas por ordem cronológica ou sem possibilidade de reexame do quadro clínico do usuário ao longo do tempo não reflete a igualdade na assistência à saúde preconizada no art. 7º, inciso IV, da Lei Federal nº 8.080/90 (Brasil, 1990).

Isso sem mencionar que, para buscar preservar a equidade, o Magistrado, ao se deparar com diversas demandas individuais repetitivas, poderá, em consonância com o previsto no art. 139, inciso X, do Código de Processo Civil (Brasil, 2015), oficiar ao Ministério Público, à Defensoria Pública e, na medida do possível, a outros legitimados a que se referem o art. 5º da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985 (Brasil, 1985), e o art. 82 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), para, se for o caso, promover a propositura da ação coletiva respectiva, com a finalidade de buscar efetivar a política pública de saúde para toda a coletividade por meio de uma demanda estruturante.

Nesse sentido, para garantia da integralidade da assistência à saúde, deve ser observada não apenas a existência de uma fila de regulação para realização de procedimentos eletivos, mas o desenvolvimento adequado ou não da política pública de saúde, o tempo de espera do paciente e as consequências clínicas decorrentes da demora para o tratamento do usuário.

Denegar o direito ao tratamento de saúde sob o argumento genérico da isonomia representa, em verdade, denegar a própria executoriedade da política pública de saúde instituída pelo Poder Público, vez que o procedimento eletivo objeto da ação judicial, em regra, é aquele que se encontra nas listas do Sistema Único de Saúde e que deveriam ser ofertados de forma regular à população para garantia da integralidade da assistência.

Nessa toada, nos casos em que a fila de espera não está andando, ou não há a devida transparência no andamento, ou não há critérios claros e objetivos acerca das priorizações, fica evidente que todos os pacientes estão sendo igualmente prejudicados pela falta de previsão e monitoramento na realização das cirurgias. Portanto, ingressar em juízo postulando a realização da cirurgia não implica 'burlar' o andamento da fila de espera.

3 OS CRITÉRIOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UTILIZADOS PELOS NÚCLEOS DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO (NATJUS) E A NECESSIDADE DE APRIMORAMENTO DA ANÁLISE NOS CASOS DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS

Em face da importância dos pareceres técnicos do Natjus para análise das demandas de saúde, sugere-se que os referidos pareceres possam abordar, à luz das evidências científicas, os riscos e incapacidade que podem advir à saúde do paciente, caso o tratamento prescrito não seja realizado ou seja iniciado após excessivo tempo de espera, cujos parâmetros foram definidos no enunciado nº 93.

De acordo com a regulamentação do CNJ, a Nota Técnica é um documento de caráter científico “que se propõe a responder, de modo preliminar, a uma questão clínica sobre os potenciais efeitos de uma tecnologia para uma condição de saúde vivenciada por um indivíduo” específico, de modo que o quadro clínico global do paciente não pode ser desconsiderado nessa análise, sob o risco de aplicar conclusões técnicas inaplicáveis à espécie.

Ocorre que, da análise das notas técnicas, verifica-se que, em muitas situações, a equipe do Natjus fica impossibilitada de analisar ou mesmo concluir pela eficácia ou não do tratamento para o caso clínico do paciente por ausência de conhecimento da condição clínica global do indivíduo, podendo a parte autora, em atendimento ao princípio da cooperação processual (art. 6º do Código de Processo Civil, Brasil, 2015), juntar, a pedido da equipe

técnica, documentos complementares (laudos, exames diagnósticos) ou esclarecimentos mais acurados do médico prescritor, como forma de possibilitar o exame da questão considerando o quadro clínico global do paciente.

Merece registro que algumas vezes o NatJus emite parecer desfavorável pelo simples fato de os laudos emitidos pelos médicos assistentes não estarem acompanhados de todos os exames que lhe embasaram. Esse tipo de análise inconclusiva, por vezes, enseja a prolação de sentença desfavorável, quando o mais razoável e justo seria oportunizar a juntada dos exames faltantes, precedendo a emissão de parecer conclusivo. Aliás, muitas vezes os exames que deram azo à prescrição do tratamento estão em poder do médico ou estabelecimento hospitalar.

A elaboração de notas técnicas/pareceres inconclusivos, pelo NatJus, tem sido objeto de questionamento em diversos Tribunais, conforme se infere dos seguintes julgados:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO À SAÚDE. PERÍCIA JUDICIAL. SUBSTITUIÇÃO POR NOTA TÉCNICA SUBSCRITA POR NATJUS. VIABILIDADE. SITUAÇÃO EXCEPCIONAL. DÚVIDA REMANESCENTE QUANTO VERDADEIRA EFICÁCIA DA POLÍTICA PÚBLICA. NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE PROVA PERICIAL. CERCEAMENTO DE DEFESA. OCORRÊNCIA. [...] 2. *In casu*, muito embora o NatJus Nacional tenha, por intermédio da Nota Técnica n.º 18.842/2020, emitido conclusão desfavorável à pretensão autoral, a demandante - há mais de 14 anos - vem sendo submetida a tratamento com os insumos ofertados no âmbito SUS e, mesmo assim, não apresenta qualquer sinal de cicatrização de suas úlceras exsudativas e dolorosas, o que põe em séria dúvida a eficácia da política pública relativamente a seu quadro clínico de saúde. 3. O conjunto probatório erigido à época do comando sentencial não se revelou hígido o suficiente para a formação de um convencimento seguro acerca do mérito da causa, o que autoriza, excepcionalmente, a realização de perícia médica judicial na origem. 4. Preliminar acolhida para anular a sentença, com reabertura da instrução e realização de perícia médica judicial. (TRF4. AC: 50082863620204047208 SC 5008286-36.2020.4.04.7208, Relator: Celso Kipper, Data de Julgamento: 24/05/2021, Turma Regional Suplementar de Santa Catarina).

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. DIREITO À SAÚDE. AGRAVANTE ACOMETIDA POR UMA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEA ESPONTÂNEA – HSA, DECORRENTE DA RUPTURA DE ANEURISMA INTRACRANIANO. NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO, EM CARÁTER DE URGÊNCIA, DE UMA MICROCIRURGIA DE EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL COM “STENT” DIVERSOR DE FLUXO, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. JURISPRUDÊNCIA REAFIRMADA PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, SOB A SISTEMÁTICA DA REPERCUSSÃO GERAL (TEMA 793), NO JULGAMENTO DO RECURSO EXTRAORDINÁRIO Nº 855.178-RG. DEVER DO ENTE PÚBLICO DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO CIDADÃO CARENTE, SOB PENA DE AFRONTA A DIREITOS E GARANTIAS CONSTITUCIONAIS, **MESMO DIANTE DO PARECER DESFAVORÁVEL DO NAT-JUS, HAJA VISTA AS PECULIARIDADES DO CASO CONCRETO E AS INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO SECRETÁRIO**

ESTADUAL DA SAÚDE. REFORMA DA DECISÃO RECORRIDA QUE SE IMPÕE. ACÓRDÃO Acordam os Desembargadores que integram a 3ª Câmara Cível deste Egrégio Tribunal de Justiça, em turma, à unanimidade de votos, em harmonia com o opinamento ministerial, em conhecer e dar provimento ao recurso de apelação, nos termos do voto da Relatora. (TJRN. Agravo de Instrumento 0804886-74.2023.8.20.0000, Dra. Martha Danyelle Barbosa substituindo Des. Amilcar Maia, Terceira Câmara Cível, julgado em 09 ago. 2023, publicado em 09 ago. 2023)

Demais disso, em que pese as notas técnicas do Natjus abordarem a questão da caracterização ou não da urgência ou emergência médica, denota-se a necessidade, sobretudo para os casos de procedimentos eletivos, que a manifestação também aborde os riscos de agravamento do quadro clínico ou o desenvolvimento de incapacidade, temporárias ou permanentes, pelo paciente, na hipótese de não realização ou de demora excessiva no início do tratamento, uma vez que o conceito jurídico de “perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo” previsto no art. 300 do CPC não se restringe aos casos de urgência e/ou emergência médicas.

Ocorre que a caracterização ou não da urgência do procedimento prescrito à luz apenas da Resolução CFM nº 1451/95 (Brasil, Conselho Federal de Medicina, 1995) não traduz a amplitude do risco de dano irreparável ou de difícil reparação que integra o conceito de tutela de urgência no âmbito do direito processual civil.

A definição de urgência e emergência esposada pelo Conselho Federal de Medicina não se confunde com aquela que consubstancia o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo prevista no art. 300 do Código de Processo Civil (Brasil, 2015).

De acordo com a Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina, define-se como urgência “a ocorrência imprevista de agravio à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (art. 1º, §1º) e como emergência “a constatação médica de condições de agravio à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (art. 1º, §2º).

É bem verdade que nem sempre a situação posta perante o Judiciário exige uma intervenção médica imediata ou que o paciente se encontra em situação de urgência ou emergência médica. Contudo, isso não significa que o usuário do Sistema Único de Saúde pode esperar indefinidamente ou até o final do processo judicial, cujo tempo de julgamento é imprevisível.

Todavia, os critérios de urgência e emergência definidos pelo Conselho Federal de Medicina para os casos que necessitam de uma intervenção mais rápida não afasta a necessidade de análise de outros parâmetros, como o de prioridade médica baseado no *sensitive time*¹⁹.

De acordo com a Nota Técnica nº 405202413333738 do Natjus-SE²⁰, o termo *sensitive time* “foi cunhado pela *American Heart Association* e se relaciona àqueles casos em que o atraso maior que 1 a 6 semanas para o acesso ao tratamento/procedimento pode afetar negativamente os desfechos e levar a danos ao paciente.”

Além disso, o Enunciado nº 93 do FONAJUS (2023) definira que “o paciente não pode aguardar indefinidamente e que a espera em fila de regulação por 100 (cem) dias para realização de uma consulta médica e de 180 (cento e oitenta) dias para outros tipos de procedimentos médicos se mostra excessiva e não razoável.”²¹

Em alguns casos, a depender da situação clínica do paciente, sequer se afigura possível aguardar pelo tempo supra delimitado, uma vez que pessoas que apresentam diagnóstico de doenças graves e/ou incapacitantes necessitam de um tratamento célere para evitar o agravamento do quadro de saúde.

Reportando-se à situação em tela, válido citar trechos da Nota Técnica nº 196343²², elaborada, em 13 de fevereiro de 2024, pelo Natjus Nacional, por técnicos do Hospital Israelita Albert Einstein, sobre o caso clínico de uma paciente com 44 anos de idade com quadro de “hidronefrose com obstrução por calculose renal e ureteral” e com diagnóstico de “exclusão funcional do rim esquerdo”:

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: **No caso em questão, não há dúvidas quanto à necessidade da realização do procedimento cirúrgico proposto** pelas razões apresentadas pelo médico assistente. A justificativa apresentada no laudo médico está de acordo com as indicações clássicas para a realização de nefrectomia total no caso do rim excluso. **A possibilidade de infecções recorrentes com consequente possibilidade de sepse urinária, bem como a existência de dor intratável são condições que justificam a realização da cirurgia de forma eletiva, porém com brevidade.** Entretanto o procedimento cirúrgico proposto não se enquadra na definição de cirurgia de urgência ou emergência. A definição de urgência e emergência do CFM

¹⁹ O conceito de “*sensitive time*” refere-se ao período crítico em que uma intervenção médica é necessária para otimizar o prognóstico de um paciente e minimizar danos permanentes. Em condições médicas graves, o tempo de resposta é diretamente proporcional ao sucesso do tratamento e à recuperação do paciente.

²⁰ Nota Técnica nº 405202413333738 (Sergipe, 2024).

²¹ BRASIL, Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde promovido pelo Conselho Nacional de Justiça. 2019. Enunciado nº 93: “o paciente não pode aguardar indefinidamente e que a espera em fila de regulação por 100 (cem) dias para realização de uma consulta médica e de 180 (cento e oitenta) dias para outros tipos de procedimentos médicos se mostra excessiva e não razoável.”

²² Disponível em: <https://www.pje.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?idNotaTecnica=196343>. Acesso em: 11 nov 2024.

(Conselho Federal de Medicina), segundo a resolução 1451/95, é que: A emergência é toda constatação médica que implique em risco iminente de vida ao paciente ou que cause sofrimento intenso, o que exige um tratamento imediato; A urgência é toda a ocorrência à saúde do paciente que possua ou não possua risco de vida ao paciente, e que a pessoa necessite de atendimento médico imediato. [...]

Tecnologia: 0409010219 - NEFRECTOMIA TOTAL Conclusão Justificada: Não favorável [...] CONCLUI-SE não haver elementos que justifiquem sua retirada em caráter de urgência. Há evidências científicas? Sim. Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não. (destaque nosso).

A urgência e/ou emergência, na acepção estrita do conceito médico, não pode ser confundida com a caracterização da urgência no âmbito do processo judicial, vez que esta última consiste na análise do risco de dano irreparável ou de difícil reparação ou do risco de prejuízo ao resultado útil do processo.

O fato do procedimento médico objeto da demanda ser, em regra, de caráter eletivo, não desnatura o risco de agravamento do quadro de saúde, sobretudo quando demonstrado o elevado tempo de espera em fila de regulação, como no caso supracitado em que a paciente aguardava por uma cirurgia de nefrectomia desde 12 de maio de 2023.

A fila de regulação de procedimentos não pode servir de escudo ou de óbice intransponível para a tutela do direito fundamental à saúde, especialmente quando demonstrado que o procedimento foi prescrito por médico especialista e que não foram apontados, pelo Natjus, elementos técnicos-científicos suficientes para afastar a idoneidade da prescrição médica.

Ainda que a regra geral seja observar a fila de espera, a própria jurisprudência excepciona tal hipótese, à luz do princípio da razoabilidade e de forma a garantir o direito à vida, nos termos da Súmula nº 100 do Tribunal Regional Federal da 4ª Região²³ (BRASIL, TRF4):

Súmula nº 100/TRF-4: Administrativo. Sistema Único de Saúde - SUS. Medicamento. Fornecimento por decisão judicial. Prestação de saúde sujeita à ordem de espera. Lei 8.080/1990, art. 6º, I, «d». CF/88, art. 196.

Nas ações em que se busca o deferimento judicial de prestações de saúde sujeitas à ordem de espera, somente se deferirá o pedido caso haja demonstração de que a urgência do caso impõe a respectiva realização antes do prazo apontado pelo Poder Público, administrativamente ou nos autos, para entrega administrativa da prestação.

²³ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Súmula nº 100.

Na análise processual das demandas que versam sobre o direito fundamental à saúde, o Judiciário não pode se descurar do exame quanto à eficiência ou não das políticas públicas instituídas, uma vez que de nada adianta a existência de uma fila de regulação se a rede pública de saúde não estiver adequadamente aparelhada para suprir a demanda dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Em idêntico norte, os Tribunais Pátrios têm decidido que:

RECURSO INOMINADO. JUIZADO ESPECIAL DA FAZENDA PÚBLICA. DIREITO À SAÚDE. AUTOR, DIAGNOSTICADO COM URETEROLITÍASE. PLEITO DE CONDENAÇÃO DO ESTADO À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE “URETEROLITOTRIPSIA”. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA BASEADA EM PARECER DO NATJUS QUE CONSIDEROU O PROCEDIMENTO ELETIVO. O LAUDO MÉDICO JUNTADO À INICIAL ATESTA QUE A NÃO REALIZAÇÃO DA CIRURGIA IMPORTARÁ SEPTICEMIA, PERDA RENAL, HEMORRAGIA, HEMODIÁLISE E RISCO DE VIDA. URGÊNCIA DEMONSTRADA. MESMO SE O PROCEDIMENTO FOSSE DE NATUREZA ELETIVA, O PACIENTE JÁ AGUARDA EM LISTA DE REGULAÇÃO HÁ MAIS DE DOIS ANOS, O QUE CONFIGURA ESPERA EXCESSIVA. INCIDÊNCIA DO ENUNCIADO N.º 93 DA III JORNADA DE DIREITO DE SAÚDE DO CNJ. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. (1^a Turma Recursal/RN. Recurso Inominado Cível 0802693-57.2022.8.20.5162, Magistrado(a) Ricardo Procópio Bandeira de Melo, julgado em 28 jun. 2023, publicado em 03 jul. 2023 – grifo para destaque)

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. DECISÃO INDEFERIU PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO. ALEGAÇÃO DE QUE A PATOLOGIA E QUADRO CLÍNICO – FRIBILAÇÃO ARTERIAL – REQUER USO REGULAR DOS MEDICAMENTOS XARELTO 10MG, METOPROLOL 100MG E AAS 100MG, TODOS POR TEMPO INDETERMINADO, SOB O RISCO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA. ACOLHIDA. COMPROVADO O RISCO EM SE AGUARDANDO O FINAL DA AÇÃO JUDICIAL PARA TER ACESSO À MEDICAÇÃO. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. UNANIMIDADE. 1. Comprovada a necessidade do tratamento, visto o documento à fl. 14 dos autos originários, assinado pelo médico assistente. 2. O NATJUS atesta que as medicações são adequadas e estão registradas na ANVISA e não estão na lista oficial do SUS. 3. Em sendo a medicação adequada, há que se prestigiar a conduta do médico assistente, a quem cabe ministrar os remédios que entendem ser mais adequados ao paciente. 4. A possibilidade de não se tratar de caso de urgência não afasta o risco que corre a parte agravante em aguardar o final de uma ação judicial para ter acesso à medicação. 5. Recurso conhecido e provido. Unanimidade. (TJAL. Agravo de Instrumento 08089133820228020000, Relator: Des. Carlos Cavalcanti de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 13 abr. 2023, 2^a Câmara Cível, Data de Publicação: 14 abr. 2023.)

CONSTITUCIONAL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. ACÃO ORDINÁRIA. REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DENOMINADO "ABLAÇÃO POR CATETER DE RÁDIO FREQUÊNCIA COM MAPEAMENTO ELETROANATÔMICO". ALEGAÇÃO PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO COMO SENDO DE URGÊNCIA. DIREITO SUBJETIVO DO CIDADÃO À SAÚDE. NOTAS TÉCNICAS DO NATJUS QUE NÃO COMPROVA A NECESSIDADE DE TRATAMENTO URGENTE. COMPROVAÇÃO DA URGÊNCIA FORMALIZADA POR MÉDICO QUE ACOMPANHA A PACIENTE. AGRAVAMENTO DO QUADRO DE SAÚDE DIANTE DA DEMORA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. LAPSO TEMPORAL DE 05 (CINCO) ANOS SEM HAVER A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. INEFICIÊNCIA DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO FORNECIDO PELO SUS. ÔNUS PROBATÓRIO DEMONSTRADO PELA PARTE AUTORA ATRAVÉS DE LAUDOS DO SEU MÉDICO ACOMPANHANTE. CONHECIMENTO E PROVIMENTO DO RECURSO. PRECEDENTES. (TJRN. AC 08260509820218205001, Relator: Des. João Batista Rodrigues Rebouças, Data de Julgamento: 10/03/2023, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 12/03/2023)

Denota-se, pois, a necessidade de aprimoramento dos critérios de análise utilizado pelo Natjus, a fim de que seja contemplado não apenas o exame sob a ótica da urgência e emergência médica, mas também considerando as incapacidades funcionais que acometem os pacientes, a influência do tempo elevado de espera por um procedimento diagnóstico ou cirúrgico e, ainda, as consequências disso para a vida do usuário do Sistema Único de Saúde, sob pena de o Judiciário vir a validar a inefetividade de políticas públicas ocasionadas pela insuficiência da oferta, pela eventual má gestão e/ou deficiente organização da rede pública de saúde ou, ainda, pela ausência de transparência e critérios técnicos para regulação das filas.

4 CONCLUSÃO

É inquestionável a importância das filas de regulação para os procedimentos cirúrgicos eletivos. Mas é indispensável aprimorar tanto os sistemas de regulação do SUS quanto os mecanismos de gestão para aumento da produção dos estabelecimentos hospitalares próprios e conveniados.

A judicialização da saúde, embora muitas vezes taxada como um fator de desequilíbrio do sistema único e de quebra da isonomia, representa, na realidade, uma consequência direta da ineficácia das políticas públicas e da omissão estatal. A falta de transparência e a má gestão das filas de regulação de procedimentos eletivos no Sistema

Único de Saúde (SUS) comprometem a dignidade dos pacientes, que são obrigados a esperar por longos períodos de espera em filas com baixa oferta de procedimentos e que, muitas vezes, têm que suportar o agravamento de seu quadro clínico. Esse cenário revela que a judicialização não é a causa primária dos problemas enfrentados pela gestão pública da saúde, mas sim um mecanismo corretivo que busca garantir o acesso ao direito fundamental à saúde, especialmente nos casos em que o mínimo existencial é violado.

No contexto específico do Rio Grande do Norte, a judicialização da saúde ganha contornos ainda mais preocupantes diante da precariedade dos serviços ofertados pela rede pública e conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A insuficiência de prestadores, tanto na rede própria quanto na conveniada, e a gestão da fila de alguns tipos de procedimentos por prestadores privados sem qualquer controle por parte dos entes que os custeiam e sem obedecer aos critérios de regulação da central estadual ou metropolitana de regulação, agravam os problemas de gestão das filas de regulação, resultando em um tempo de espera excessivo para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos.

Exemplo disso são as cirurgias de reconstrução mamária e de nefrolitotripsia percutânea, que possuem filas com mais de oito anos de espera²⁴, evidenciando a ineficácia do sistema em atender as demandas da população de forma adequada e tempestiva.

Nesse cenário de caos regulatório, não há que se falar em transparência e eficiência, tampouco em isonomia entre os pacientes. É crucial promover uma gestão unificada e transparente, de modo que os pacientes tenham informações claras e objetivas sobre sua posição individual na fila, tempo médio de espera e os critérios de priorização.

Estabelecida a centralização da regulação dos procedimentos eletivos, assume especial relevância a criação de critérios objetivos baseados em gravidade da doença, risco de agravamento da condição, tempo de espera e necessidades específicas dos pacientes.

A problemática das filas de regulação exige, portanto, uma análise criteriosa, sobretudo no que diz respeito à falta de critérios técnicos e objetivos para a organização dessas filas.

A classificação cronológica, isoladamente, revela-se insuficiente para atender às demandas de um sistema universal e integral como o SUS. É necessário que as filas considerem fatores como a gravidade da condição de saúde, o risco de agravamento do quadro

²⁴ REGULARN. Sistema de Regulação de Cirurgias Eletivas do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://regulacirurgia.saude.rn.gov.br/index.php?class=LoginForm>. Acesso em: 22 out. 2024.

clínico e a possibilidade de incapacidades permanentes ou temporárias. Nesse sentido, a adoção de sistemas de priorização, como o protocolo de SWALIS (*Surgical Waiting List Info System*), utilizado em outros países e em algumas regiões do Brasil, mostra-se uma alternativa viável para a gestão equitativa das filas.

O protocolo de SWALIS é um sistema de gerenciamento de lista de espera desenvolvido no Hospital Universitário S. Martino de Génova (SMUH), na Itália, em 2005, com base em um algoritmo de priorização que atribui pontuações de critérios de prioridade de acordo com a gravidade do estado clínico do paciente e o máximo tempo de espera aceitável por Grupo Relacionado à Urgência (URG).²⁵

Em síntese, é uma classificação para determinar a priorização dos pacientes da fila, estratificado em cinco categorias. Os pacientes classificados como A1 e A2 no SWALIS são priorizados em relação à ordem cronológica. Já os pacientes classificados como B, C e D seguem a ordem cronológica de inserção.

A estratificação se dá da seguinte forma: a) categoria Vermelho A1*: Paciente com risco de deterioração clínica iminente. Necessidade de hospitalização; b) categoria Vermelho A2: Paciente com as atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade. Risco de incurabilidade; c) categoria Amarelo B: Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade; d) categoria Verde C: Paciente com prejuízo mínimo das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade; e) Categoria Azul D: Não há prejuízo para as atividades diárias.

A adoção desse protocolo ou de protocolos específicos por tipo de procedimento certamente promoverá a organização eficiente e equânime das filas, podendo contribuir para a redução da judicialização.

Há registros de aplicação da classificação de SWALIS, por exemplo, nos Estados do Ceará²⁶ e Goiás²⁷, assim como no Distrito Federal²⁸. No Estado do Rio Grande do Norte, a

²⁵ ITALY, Fato et. al. SWALIS: A Web-based System to Manage and Audit Elective Surgery Waiting Lists. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/254407439_SWALIS_A_Web-based_System_to_Manage_and_Audit_Elective_Surgery_Waiting_Lists

²⁶ BRASIL, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Nota Técnica nº 03 de 2023. Disponível em: <https://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2023/07/4.-Nota-Tecnica-SESA-Cirurgias-eletivas-no-Estado-do-Ceara.pdf>

²⁷ BRASIL, Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/perguntas-e-respostas-frequentes-regulacao-estadual/>

²⁸ BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica nº 01 de 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Nota+T%C3%A9cnica++n%C2%BA+01+Crit%C3%A9rios+de+Encaminhamento+para+Cirurgias+venosas.pdf/a5a579e6-fc3b-056e-43c8-fdf16015de66?t=1708804209828>

sua utilização ainda não é uma realidade plena. A maior parte das filas de regulação de procedimentos cirúrgicos e exames de média e alta complexidade ainda é organizada com base apenas em ordem cronológica, tendo sua implantação iniciado apenas em junho do corrente ano para regulação de alguns tipos de procedimentos eletivos e ainda com vários obstáculos técnicos e operacionais a serem vencidos pelos gestores públicos.

Além disso, essas providências precisam vir acompanhadas de medidas para reduzir o tempo de espera, como ampliação da oferta de serviços; mais governança nos processos de gestão dos recursos humanos e de aquisição de materiais, órteses e próteses; convênios com outras instituições e busca pela ampliação das fontes de custeio.

Neste ponto, há a convergência justamente com os objetivos do Programa Nacional de Redução das Filas das Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas – PNRF, que foi instituído pela Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023 (Brasil, Ministério da Saúde, 2023) e que tem como diretrizes:

- I. Organizar e ampliar o acesso a cirurgias, exames e consultas na Atenção Especializada à Saúde, em especial àqueles com demanda reprimida identificada;
- II. Aprimorar a governança da Rede de Atenção à Saúde com centralidade na garantia do acesso, gestão por resultados e financiamento estável;
- III. Fomentar o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, visando a melhorar a qualidade da atenção especializada e ampliar o acesso à saúde;
- IV. Qualificar a contratualização com a rede complementar;
- V. Mudar modelo de gestão e regulação das filas para a atenção especializada (regulação do acesso), visando a adequar a oferta de ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades de saúde, estratificação de risco e necessidades assistenciais; e
- VI. Fomentar a implementação de um novo modelo de custeio para a atenção ambulatorial especializada e para a realização de cirurgias eletivas.

A incapacidade de ampliar a oferta de serviços, seja por falta de estrutura ou por problemas na gestão de recursos, acaba gerando prejuízos irreparáveis aos cidadãos. Muitos pacientes permanecem longos períodos incapacitados para o trabalho ou expostos a riscos de agravamento do quadro de saúde enquanto aguardam cirurgias reparadoras. Essa situação não só compromete a qualidade de vida dos pacientes, mas também representa um ônus financeiro ao próprio Poder Público, que pode ser chamado a arcar com benefícios previdenciários devido à incapacidade laboral prolongada.

A judicialização, ao interferir nesses processos, não deve ser vista como uma violação ao princípio da isonomia, mas sim como um mecanismo para corrigir desigualdades estruturais que penalizam os pacientes mais vulneráveis. O argumento da isonomia utilizado para negar pedidos judiciais, sob o fundamento de que o paciente estaria “furando a fila”, carece de razoabilidade quando o sistema de regulação não considera a gravidade do caso ou a urgência do tratamento.

Nesse sentido, a jurisprudência tem reiteradamente destacado que, em situações em que o tempo de espera é excessivo ou em que a fila de regulação carece de transparência e critérios objetivos, a intervenção judicial é legítima e necessária para garantir a efetivação do direito à saúde.

De outra feita, a análise dos critérios de urgência e emergência utilizados pelo NatJus para embasar decisões judiciais também precisa ser aprimorada. O conceito de urgência, tal como previsto pela Resolução CFM nº 1.451/95 (Brasil, Conselho Federal de Medicina, 1995), não abrange todas as situações em que há risco de dano irreparável ou de difícil reparação ao paciente.

Assim, é fundamental que as notas técnicas considerem não apenas a urgência médica imediata, mas também o risco de agravamento do quadro clínico caso o tratamento seja retardado, mesmo em se tratando de procedimentos eletivos. A jurisprudência reforça esse entendimento ao reconhecer que a tutela de urgência processual não se limita às situações de emergência médica, mas deve contemplar também o risco de danos futuros ao paciente ou as incapacidades funcionais ocasionadas pela ausência de tratamento em tempo oportuno.

Com efeito, as fragilidades na execução das políticas públicas de saúde, como as evidenciadas no Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, apontam para a necessidade de melhorias na governança, na gestão dos recursos e na ampliação da oferta de serviços especializados. A baixa efetividade desse programa, conforme indicam os relatórios de monitoramento, reflete a necessidade de um planejamento mais robusto e da implementação de critérios claros para a regulação e priorização de procedimentos. A adesão dos gestores públicos a esses programas deve ser pautada por um compromisso efetivo com a melhoria dos serviços, não apenas para reduzir as filas, mas também para evitar a proliferação de ações judiciais.

Dessa forma, a judicialização responsável, longe de ser vista como um obstáculo à gestão pública, é um instrumento legítimo de defesa do direito à saúde, atuando como *ultima*

ratio para a garantia dos direitos fundamentais. A atuação do Judiciário, ao intervir nessas demandas, não enfraquece o princípio da isonomia, mas busca corrigir a inércia estatal e assegurar que os direitos fundamentais, constitucionalmente garantidos, sejam efetivamente concretizados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Letícia de Oliveira Fraga de; LIRA, Antonio Carlos Onofre. Transparência no Sistema Único de Saúde: iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 111-124, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/491>. Acesso em: 11 nov. 2024

ALAGOAS. Tribunal de Justiça de Alagoas. **Agravo de Instrumento 08089133820228020000**, Relator: Des. Carlos Cavalcanti de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 13 abr. 2023, 2^a Câmara Cível, Data de Publicação: 14 abr. 2023

AMAZONAS. Tribunal de Justiça do Amazonas. **Apelação Cível nº 0640652-92.2018.8.04.0001**. Relator: Wellington José de Araújo. Julgamento em: 16 set. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.451/95**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 09 mar. 1995.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Tutela Antecipada nº 175**. Agravo regimental interpuesto pela União contra a decisão da Presidência do STF que indeferiu o pedido de suspensão de tutela antecipada nº 175. Diário da Justiça Eletrônico: Brasília, DF, 30 abr. 2010. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA175.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013**. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 25 abr. 2013.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4^a Região. **Súmula nº 100**. D.E. (Judicial II) de 14/09/2016 Disponível em:

https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=sumulas_trf4&seq=194%7C967 Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 03 de fevereiro de 2023.

Institui o Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 06 fev. 2023. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/02/2023&jornal=515&pagina=53>. Acesso em: 21 ago. 2024.

BRASIL. Núcleo de Apoio Técnico ao Poder Judiciário (NAT-Jus Nacional). Nota Técnica nº 196343. Conselho Nacional de Justiça, 13 fev. 2024. Disponível em:

<https://www.pje.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?idNotaTecnica=196343>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Indicadores do Programa Nacional de Redução de Filas elaborado em 22 de julho de 2024. Disponível em

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/drac/pnrf/indicadores-do-programa/relatorio-dos-indicadores-do-pnrf-fev-2023-a-maio-2024>. Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASÍLIA (DF), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica nº 01 de 2023. Disponível em:

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Nota+T%C3%A9cnica++n%C2%BA+01+Crit%C3%A9rios+de+Encaminhamento+para+Cirurgias_venosas.pdf/a5a579e6-fc3b-056e-43c8-fdf16015de66?t=1708804209828 Acesso em: 22/10/2024

CALDINHAS, Paula Maria; FERRINHO, Paulo. Cirurgia de ambulatório e a espera para cirurgia eletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200008>. Acesso em: 21 ago. 2024.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Nota Técnica nº 03 de 2023. Disponível em: <https://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2023/07/4.-Nota-Tecnica-SESA-Cirurgias-eletivas-no-Estado-do-Ceara.pdf> Acesso em: 22/10/2024

FATO, Marco et al. SWALIS: A Web-based System to Manage and Audit Elective Surgery Waiting Lists. Research gate, 2008. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/254407439_SWALIS_A_Web-based_System_to_Manage_and_Audit_Elective_Surgery_Waiting_Lists Acesso em: 22/10/2024

FREITAS FILHO, Roberto; SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. Direito fundamental à saúde no SUS e demora no atendimento em cirurgias eletivas. Porto Alegre. **Direito Público.**, v. 67, p. 70-102, 2016. Disponível em:

<https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2576/pdf>. Acesso em: 22 ago. 2024.

FÓRUM NACIONAL DO JUDICIÁRIO PARA A SAÚDE. (Conselho Nacional de Justiça). **Enunciados nº 92 e 93.** Redação dada na VI Jornada de Direito da Saúde, 15 jun.

2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/06/todos-os-enunciados-consolidados-jornada-saude.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2024.

GOIÁS, Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Perguntas e respostas frequentes – Regulação Estadual. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/perguntas-e-respostas-frequentes-regulacao-estadual/> Acesso em: 22/10/2024

MARINHO, A. A economia das filas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Repositório do Conhecimento do IPEA. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1595>. Acesso em: 11 nov. 2024.

MATO GROSSO DO SUL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul. **Apelação Cível nº 0800450-43.2020.8.12.0051.** Relator: Juiz Vitor Luis de Oliveira Guibo. Julgamento em: 28 mar. 2023.

MATO GROSSO DO SUL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul. **Processo nº 0801808-82.2023.8.12.0101.** Relator: Juiz Waldir Peixoto Barbosa. Julgamento em: 19 fev. 2024.

REGULARN. Sistema de Regulação de Cirurgias Eletivas do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://regulacirurgia.saude.rn.gov.br/index.php?class=LoginForm>. Acesso em: 22 out. 2024.

RIO GRANDE DO NORTE. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, **Apelação Cível n. 08260509820218205001.** Relator: Des. João Batista Rodrigues Rebouças. Julgado em: 10 mar. 2023. Terceira Câmara Cível. Publicado em: 12 mar. 2023.

RIO GRANDE DO NORTE. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte. **Agravio de Instrumento, 0804886-74.2023.8.20.0000.** Relatora: Dra. Martha Danyelle Barbosa, substituindo Des. Amilcar Maia. Terceira Câmara Cível. Julgado em: 09 ago. 2023.

RONDÔNIA. Tribunal de Justiça de Rondônia. **Apelação Cível nº 7002411-65.2020.8.22.0014.** Relator: Des. Hiram Souza Marques. Julgamento em: 08 nov. 2023.

SERGIPE. Tribunal de Justiça de Sergipe. Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus SE). **Nota Técnica nº 405202413333738, publicada em 29 ago 2024.** Processo judicial nº 0805008-17.2024.4.05.8500