

# Esperar para viver: o impacto da falta de critérios na fila do SUS para cirurgias cardíacas<sup>1</sup>

*Esperar para vivir: el impacto de la falta de criterios en la lista de espera del SUS para cirugías cardíacas*

*Waiting to live: the impact of the lack of criteria in the SUS waiting list for cardiac surgeries*

*Aspettare per vivere: l'impatto della mancanza di criteri nella lista d'attesa del SUS per interventi cardiaci*

**Gabriela Maria de Almeida Teixeira<sup>2</sup>**

Mestranda, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

**Amélia Cohn<sup>3</sup>**

Doutora, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

**RESUMO:** **Contexto:** as doenças cardiovasculares representam uma das principais causas de morte no Brasil, exigindo procedimentos de alta complexidade que pressionam o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a falta de critérios objetivos e transparentes para a gestão da fila de espera de cirurgias cardíacas gera desigualdades no acesso, comprometendo princípios constitucionais como universalidade, equidade e isonomia. **Problema:** o problema central reside na subjetividade das avaliações médicas e na ausência de um sistema unificado de priorização, o que incentiva pacientes a recorrer ao Poder Judiciário para garantir seu direito, alimentando o fenômeno da judicialização da saúde. **Objetivos:** o objetivo deste estudo é analisar os impactos da ausência de critérios regulatórios dados na fila do SUS para cirurgias cardíacas e suas repercussões na judicialização, buscando apontar alternativas de gestão que assegurem maior justiça e transparência. **Método:** o método adotado foi uma revisão bibliográfica e documental, aliada à análise de jurisprudências nacionais e modelos internacionais de organização de filas. **Resultados:** os resultados apontam que, embora haja esforços recentes do Ministério da Saúde para ampliar a capacidade instalada e reduzir tempos de espera, as medidas ainda são insuficientes diante da elevada demanda reprimida, da escassez de profissionais e da falta de integração sistêmica. Experiências internacionais, como o e-SIGIC em Portugal e o modelo neozelandês de priorização, demonstram que sistemas de regulação baseados em critérios éticos, dinâmicos e transparentes podem aprimorar a equidade. **Conclusão:** conduziu-se que a adoção de práticas semelhantes no Brasil, somada a investimentos estruturais e normativos, pode reduzir a judicialização, fortalecer a confiança da população no SUS e consolidar uma governança mais eficiente para a atenção especializada.

**Palavras-chave:** Disparidades no atendimento especializado; Critérios de triagem em sistemas públicos de saúde; Intervenção judicial na alocação de recursos; Prioridade assistencial em alta complexidade; Governança sanitária e eficiência distributiva.

**RESUMEN:** **Contexto:** Las enfermedades cardiovasculares representan una de las principales causas de muerte en Brasil, exigiendo procedimientos de alta complejidad que presionan al Sistema Único de Salud (SUS). En este contexto, la falta de criterios objetivos y transparentes para la gestión de la lista de espera de cirugías cardíacas genera desigualdades en el acceso, comprometiendo principios constitucionales como universalidad, equidad e isonomía. **Problema:** El problema central reside en la subjetividad de las evaluaciones médicas y en la ausencia de un sistema unificado de priorización, lo que incentiva a los pacientes a recurrir al Poder Judicial para garantizar su derecho, alimentando el fenómeno de la judicialización de la salud. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es analizar los impactos de la ausencia de criterios regulatorios claros en la lista del SUS para cirugías cardíacas y sus repercusiones en la judicialización, buscando señalar alternativas de gestión que aseguren mayor justicia y transparencia. **Método:** El método adoptado fue una revisión bibliográfica y documental, aliada al análisis de jurisprudencias nacionales y modelos internacionales de organización de filas. **Resultados:** Los resultados muestran que, aunque existen esfuerzos recientes del Ministerio de Salud para ampliar la capacidad instalada y reducir los tiempos de espera, las medidas siguen siendo insuficientes ante la elevada demanda

<sup>1</sup> Esse trabalho foi apresentado originalmente no VII Congresso Internacional de Direito da Saúde, realizado em 23, 24 e 25 de outubro de 2025 na Universidade Santa Cecília (Unisantia). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão.

<sup>2</sup> Pós-Graduada em Direito Tributário pela Universidade Mackenzie de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5206-5395>

<sup>3</sup> Doutora em sociologia pela Universidade de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2416-2624>

reprimida, la escasez de profesionales y la falta de integración sistémica. Experiencias internacionales, como el e-SIGIC en Portugal y el modelo neozelandés de priorización, demuestran que sistemas de regulación basados en criterios éticos, clínicos y transparentes pueden mejorar la equidad. **Conclusión:** Se concluye que la adopción de prácticas similares en Brasil, sumada a inversiones estructurales y normativas, puede reducir la judicialización, fortalecer la confianza de la población en el SUS y consolidar una gobernanza más eficiente para la atención especializada.

**Palabras clave:** Disparidades en la atención especializada; Criterios de triaje en sistemas públicos de salud; Intervención judicial en la asignación de recursos; Priorización asistencial en alta complejidad; Gobernanza sanitaria y eficiencia distributiva.

**ABSTRACT: Context:** Cardiovascular diseases are among the main causes of death in Brazil, requiring high-complexity procedures that put pressure on the Unified Health System (SUS). In this context, the lack of objective and transparent criteria for managing the cardiac surgery waiting list generates inequalities in access, undermining constitutional principles such as universality, equity, and isonomy. **Problem:** The core issue lies in the subjectivity of medical assessments and the absence of a unified prioritization system, which encourages patients to resort to the Judiciary to secure their right, fueling the phenomenon of health judicialization. **Objectives:** This study aims to analyze the impacts of the absence of clear regulatory criteria in the SUS waiting list for cardiac surgeries and its repercussions on judicialization, seeking to identify management alternatives that ensure greater fairness and transparency. **Method:** The method adopted was a bibliographic and documentary review, combined with the analysis of national case law and international models of queue organization. **Results:** The findings indicate that although there have been recent efforts by the Ministry of Health to expand installed capacity and reduce waiting times, the measures remain insufficient in view of the high repressed demand, the shortage of professionals, and the lack of systemic integration. International experiences, such as e-SIGIC in Portugal and the New Zealand prioritization model, show that regulation systems based on ethical, clinical, and transparent criteria can improve equity. **Conclusion:** It is concluded that the adoption of similar practices in Brazil, along with structural and regulatory investments, may reduce judicialization, strengthen public confidence in SUS, and consolidate more efficient governance for specialized care.

**Keywords:** Disparities in specialized care; Triage criteria in public health systems; Judicial intervention in resource allocation; Assistance prioritization in high-complexity care; Health governance and distributive efficiency.

**SOMMARIO: Contesto:** Le malattie cardiovascolari rappresentano una delle principali cause di morte in Brasile, richiedendo procedure ad alta complessità che esercitano pressione sul Sistema Unico di Salute (SUS). In tale contesto, la mancanza di criteri oggettivi e trasparenti per la gestione della lista d'attesa degli interventi cardiaci genera disuguaglianze nell'accesso, compromettendo principi costituzionali come universalità, equità e isonomia. **Problema:** Il problema centrale risiede nella soggettività delle valutazioni mediche e nell'assenza di un sistema unificato di priorità, che induce i pazienti a ricorrere al potere giudiziario per garantire il proprio diritto, alimentando il fenomeno della giurisdizionalizzazione della salute. **Obiettivi:** L'obiettivo di questo studio è analizzare gli impatti dell'assenza di criteri regolatori chiari nella lista del SUS per gli interventi cardiaci e le sue ripercussioni sulla giurisdizionalizzazione, cercando di indicare alternative gestionali che assicurino maggiore giustizia e trasparenza. **Metodo:** Il metodo adottato è stato una revisione bibliografica e documentale, unita all'analisi di giurisprudenza nazionale e modelli internazionali di organizzazione delle liste d'attesa. **Risultati:** I risultati indicano che, sebbene vi siano sforzi recenti del Ministero della Salute per ampliare la capacità installata e ridurre i tempi di attesa, le misure rimangono insufficienti di fronte all'elevata domanda repressa, alla scarsità di professionisti e alla mancanza di integrazione sistemica. Esperienze internazionali, come l'e-SIGIC in Portogallo e il modello neozelandese di priorizzazione, dimostrano che sistemi regolatori basati su criteri etici, clinici e trasparenti possono migliorare l'equità. **Conclusione:** Si conclude che l'adozione di pratiche simili in Brasile, insieme a investimenti strutturali e normativi, può ridurre la giurisdizionalizzazione, rafforzare la fiducia della popolazione nel SUS e consolidare una governance più efficiente per l'assistenza specialistica.

**Parole chiave:** Disparità nell'assistenza specialistica; Criteri di triage nei sistemi sanitari pubblici; Intervento giudiziario nell'allocation delle risorse; Priorità assistenziale nell'alta complessità; Governance sanitaria ed efficienza distributiva.

## Introdução

As doenças cardiovasculares continuam sendo uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo, exigindo intervenções médicas muitas vezes complexas e urgentes. No Sistema Único de Saúde (SUS), as cirurgias cardíacas, por sua alta complexidade, envolvem uma cadeia de recursos

humanos e estruturais que nem sempre são suficientes para atender à crescente demanda de pacientes.

Nesse cenário, a ausência de critérios objetivos e unificados para a organização da fila de espera para cirurgias cardíacas se revela um problema grave, que compromete os princípios constitucionais e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, como a universalidade, equidade e isonomia no acesso ao sistema. Como consequência, tem-se o aumento da judicialização da saúde, quando pacientes recorrem ao Poder Judiciário para garantir seu direito à cirurgia, exames, consultas e outros tratamentos, muitas vezes ultrapassando outros em situação clínica semelhante ou até mesmo mais graves.

Além disso, historicamente, o acesso a cirurgias cardíacas no Brasil concentrou-se em centros urbanos do Sudeste, restringindo significativamente o atendimento nas regiões Norte e Nordeste, evidenciando a persistência de desigualdades territoriais no acesso a procedimentos de alta complexidade. A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade foi instituída somente em 2004 e consolidada na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que definiu os critérios de habilitação de centros de referência em alta complexidade cardiovascular no SUS (Brasil, 2024).

De acordo com o Relatório Integrado de Gestão (Ministério da Saúde, 2024), 58,9% das internações de cardiologia de alta complexidade foram realizadas em hospitais filantrópicos, o que demonstra a forte dependência do SUS em relação a instituições privadas sem fins lucrativos para garantir o atendimento à população. Essa dependência, entretanto, acentua as disparidades regionais e reforça a necessidade de revisão dos mecanismos de contratualização e financiamento.

A insuficiência de leitos especializados e a concentração de serviços em poucas capitais fazem com que pacientes oriundos de municípios do interior enfrentem deslocamentos de centenas de quilômetros, muitas vezes sem apoio logístico adequado. Isso representa uma violação indireta ao princípio da integralidade, pois o acesso à cirurgia depende não apenas da indicação médica, mas também da capacidade do paciente de alcançar o centro de referência (Mathias, 2022).

Sob o ponto de vista bioético, a desigualdade regional na oferta de cirurgias cardíacas ultrapassa a esfera técnica ou administrativa e adentra o campo da justiça distributiva. A bioética, enquanto campo de reflexão interdisciplinar, impõe a análise da equidade no acesso à saúde como imperativo moral e jurídico, sobretudo quando a ausência de políticas efetivas priva determinados grupos da possibilidade de sobrevivência. Assim, o biodireito, em diálogo com os princípios constitucionais do SUS, atua como instrumento normativo para a concretização da justiça social no âmbito da saúde pública (Mathias, 2022).

Este artigo tem como objetivo analisar os impactos da falta de critérios transparentes e padronizados na fila do SUS para cirurgias cardíacas, especialmente no que se refere à judicialização da saúde e seus reflexos sobre o sistema público. Para isso, adota-se uma abordagem qualitativa e exploratória, com base em revisão bibliográfica, análise documental, levantamento jurisprudencial e estudo de modelos internacionais. A metodologia proposta permite uma compreensão crítica dos efeitos da atual estrutura regulatória, apontando alternativas possíveis para tornar o processo de fila de espera para cirurgias mais justo, transparente e eficiente no Brasil.

## **1 Cirurgias cardíacas no SUS e os desafios enfrentados na fila de espera**

Ao doenças cardiovasculares (DCV) permanecem como primeira causa de óbito no Brasil e no mundo, representando 32% de todas as mortes, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde. Essa perspectiva é ainda pior em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, onde essa porcentagem atinge o patamar de 38% de mortalidade (Oliveira, 2023).

A progressão das DCV, bem como suas complicações, está diretamente relacionada não somente com os fatores de risco associados, mas também com a intervenção a ser realizada para seu tratamento, seja ela uma intervenção cirúrgica ou clínica (Farias, 2021).

As intervenções cirúrgicas mais realizadas são a cirurgia de revascularização coronária e correção de patologias valvares, ambas consideradas cirurgias de alta complexidade pelo serviço público de saúde (SUS), devido ao risco de complicações e necessidade prévia de estrutura apropriada, material adequado, recursos humanos especializados, exames pré-operatórios, vaga em unidade de terapia intensiva (UTI) e uma complexa rede de apoio para alcançar o sucesso do procedimento em todas as suas etapas (Farias, 2021).

O acesso a cirurgias cardíacas no Brasil é marcado por profundas desigualdades regionais, estruturais e administrativas. Embora o SUS tenha expandido o número de estabelecimentos habilitados em alta complexidade cardiovascular, a concentração desses serviços nas regiões Sul e Sudeste mantém a distância entre o ideal de universalidade e a realidade de oferta desigual.

Em 2024, dados do DATASUS mostraram que foram realizadas aproximadamente 65 mil cirurgias cardíacas no Brasil (eletivas e de urgência), sendo que mais de 50% desses procedimentos concentraram-se na região sul e sudeste, que tiveram, respectivamente, 28.888 e 16.987 cirurgias cardíacas realizadas no ano passado, enquanto na região norte e nordeste, apenas 13.740 procedimentos foram realizados no total, evidenciando a disparidade regional e a concentração de serviços especializados. Essa desigualdade impacta diretamente o tempo médio de espera e a mortalidade associada à demora na intervenção (Datusus, 2024).

O acesso inicial do paciente ao SUS é, em sua maioria, pela Unidade Básica de Saúde (UBS), para atendimento primário. Posteriormente, o paciente é encaminhado para atendimento especializado, onde o profissional solicita exames e verifica a necessidade de intervenção cirúrgica. Assim que a patologia do paciente é diagnosticada com indicação cirúrgica, ele é incluído no sistema de regulação municipal ou estadual, mais conhecida como fila de espera. Isso ocorre devido à demanda constante e superior à oferta de procedimentos, o que representa um dos principais problemas do SUS. Como resultado, as filas podem ter prazos indefinidos, desencadeando uma série de complicações que prejudicam tanto os serviços de saúde quanto os pacientes (Senna, 2020).

A pandemia de COVID-19 agravou a situação, suspendendo procedimentos eletivos por até dois anos em algumas regiões, aumentando o tempo de espera e impactando a mortalidade de pacientes que aguardavam cirurgias cardíacas eletivas. Essas restrições para cirurgias e procedimentos eletivos se deram pela necessidade de maior disponibilidade de quartos hospitalares para pacientes com COVID-19, com reorganização dos serviços de saúde. No estopim da pandemia, as restrições foram ainda mais rigorosas, em conjunto com a concorrência por leitos hospitalares para pacientes com a doença respiratória em estado grave (Oliveira, 2023).

No que diz respeito à fila de espera para cirurgias cardíacas, destaca-se a ausência de critérios unificados e preestabelecidos para a priorização dos pacientes. Esse fator gera subjetividade na avaliação dos especialistas e impede a estratificação dos casos por risco ou gravidade, resultando em maior tempo de espera e falta de transparência para os pacientes.

A ausência de um protocolo nacional de estratificação de risco cirúrgico conduz a decisões baseadas em impressões clínicas isoladas”, o que compromete a isonomia entre pacientes com quadros semelhantes. O autor destaca que, em muitos estados, o processo de priorização depende exclusivamente da avaliação do médico regulador local, sem que haja supervisão técnica estadual ou federal (Mathias, 2022).

Além disso, estudos recentes apontam que a utilização de sistemas manuais ou planilhas locais para gerenciar filas contribui para inconsistências na comunicação entre hospitais e secretarias de saúde, prejudicando o planejamento regional e dificultando políticas de alocação de recursos com base em risco clínico (Bittencourt, 2020).

## 2 Os princípios do SUS e os desafios enfrentados pelo sistema

O SUS, criado em 1990, fundamenta-se nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. A universalidade determina que seja imprescindível que todos usufruam do Sistema Único de Saúde, já a equidade garante que os desiguais sejam tratados de forma desigual, na medida da sua desigualdade, visando a igualdade. Por fim, a integralidade garante que o paciente seja atendido em todas as suas demandas, sejam elas preventivas ou curativas, sob o fundamento de que a saúde não se trata apenas da ausência de doença, mas sim de um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Narvai, 2024).

Esses princípios não se configuram apenas como diretrizes políticas, mas como verdadeiros deveres jurídicos do Estado brasileiro, vinculantes à luz do art. 6º e do art. 196 da Constituição Federal. A omissão estatal diante da falta de acesso equitativo constitui violação ao mínimo existencial e à dignidade da pessoa humana, fundamentos do Estado Democrático de Direito.

O princípio da equidade tem sido um dos mais difíceis de concretizar, especialmente nas áreas de alta complexidade, em que há limitação de recursos humanos e tecnológicos. O relatório do ano de 2024 do Ministério da Saúde, destaca que as regiões Norte e Nordeste enfrentam maiores dificuldades em manter profissionais especializados e infraestrutura hospitalar adequada.

A regionalização do SUS, prevista na Lei nº 8080/90, busca equilibrar a oferta de serviços, mas enfrenta desafios práticos: até dezembro de 2024, em estados do Norte e Nordeste, há apenas 16 e 66 serviços de assistência de alta complexidade cardiovascular, enquanto no Sudeste há 133 serviços habilitados. Essa desigualdade agrava a demora no acesso a cirurgias cardíacas eletivas (Datusus, 2024).

Além disso, a disparidade regional se acentua quando se trata das cirurgias cardiovasculares pediátricas. Em 2024, o Brasil contava com 73 serviços habilitados para esse tipo de cirurgia, mas a maior concentração permanecia nas regiões Sudeste (27 serviços) e Sul (12 serviços), responsáveis, respectivamente, por 1.955 e 805 procedimentos realizados. No extremo oposto, a região Norte possuía apenas 4 serviços habilitados, com 239 cirurgias realizadas no ano, enquanto o Nordeste contava com 24 serviços e 1.334 procedimentos, e o Centro-Oeste com 6 serviços e 326 cirurgias. Esse desequilíbrio territorial revela que o princípio da equidade ainda não se materializa plenamente no campo da cardiologia pediátrica, especialmente quando se considera a densidade populacional das regiões Norte e Nordeste, cujos habitantes enfrentam tempos de espera significativamente maiores e deslocamentos prolongados para tratamento em outros estados (Ministério da Saúde, 2024).

Observa-se que a equidade, embora seja um princípio normativo consolidado, raramente é operacionalizada em políticas públicas com critérios mensuráveis. No contexto da alta complexidade, isso se traduz na ausência de parâmetros transparentes de distribuição orçamentária e na inexistência de indicadores que mensurem efetivamente o tempo de espera ou o resultado clínico após a cirurgia. O autor Mathias sustenta que “a equidade no SUS exige não apenas tratamento diferenciado, mas também mecanismos de avaliação que garantam correção ativa das desigualdades regionais e sociais” (Mathias, 2022).

Esses dados se tornam ainda mais relevantes quando se considera que as cardiopatias congênitas (CC) continuam representando uma das principais causas de mortalidade infantil no Brasil. Em 2023, foram registrados 25.480 nascimentos com anomalias congênitas, das quais 3.699 (14,5%) corresponderam a CC. No ano seguinte, até agosto de 2024, já havia 2.362 casos registrados, equivalentes a 15% das anomalias congênitas notificadas. A taxa de mortalidade por cardiopatias congênitas atingiu 82 por 10.000 nascidos vivos, com índices mais elevados em estados da região Norte, como Roraima (126/10.000). Esses dados reforçam a urgência de políticas públicas voltadas ao diagnóstico precoce, ampliação de leitos pediátricos especializados e

regionalização da atenção cardiovascular infantil, a fim de reduzir a mortalidade evitável e os efeitos da demora no acesso às cirurgias corretivas (Ministério da Saúde, 2024).

As diretrizes organizacionais do SUS, estabelecidas na Lei nº 8080, incluem regionalização, que garante que os serviços de saúde sejam organizados de acordo com as necessidades de cada região, hierarquização, que prevê a organização do sistema em níveis de complexidade crescente, e descentralização, que permite a delegação das responsabilidades para os Estados e Municípios e a participação popular, que prevê o envolvimento da sociedade nas decisões do sistema de saúde. (Brasil, 1990)

Contudo, a descentralização, embora essencial à gestão federativa do SUS, também trouxe desafios de coordenação e uniformidade. Conforme o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde, mais de 60% dos municípios brasileiros não possuem sistema informatizado para gestão das filas de espera, o que compromete a transparência e impede o controle social efetivo. Essa deficiência técnica enfraquece a capacidade do cidadão de exercer seu direito à informação e, portanto, limita o princípio da participação popular na saúde.

Portanto, o sistema ainda enfrenta dificuldades para atender a toda a demanda populacional, seja por deficiências na gestão organizativa, seja pela insuficiência de profissionais de saúde. Milhões de brasileiros aguardam na fila por cirurgias eletivas, muitas vezes sem qualquer previsão de atendimento (Conasems, 2021).

Atualmente, o controle da lista de espera para cirurgias e outros procedimentos eletivos do Sistema Único de Saúde - SUS é descentralizado, realizado apenas por planilhas internas dos hospitais ou agendas, que são gerenciadas pelas especialidades médicas, mas não há uma interligação entre as informações de cada sistema hospitalar e muito menos uma transparência, eis que as informações são retidas no nível operacional, impossibilitando, portanto, um planejamento e gerenciamento adequado dos serviços de saúde (Buss, 2015).

Devido à falta de organização e transparência no sistema, muitos pacientes enfrentam longos períodos de espera, às vezes de anos, para consultas ou cirurgias eletivas. Sem uma alternativa, acabam recorrendo ao Judiciário para garantir acesso a tratamentos, procedimentos médicos, insumos e medicamentos. Esse movimento tem contribuído para o aumento da judicialização da saúde, um fenômeno em crescimento que traz tanto benefícios quanto desafios para o sistema de saúde.

Em síntese, o desafio contemporâneo do SUS não é apenas garantir o acesso formal, mas assegurar que esse acesso seja equitativo, oportuno e sustentável. A ausência de integração entre níveis de atenção, somada às desigualdades regionais e à insuficiência orçamentária, compromete os fundamentos da política pública de saúde e amplia o risco de que a justiça judicial substitua a justiça distributiva, deslocando o debate técnico para a arena processual (Mathias, 2022).

### **3 Judicialização da saúde e seus impactos no sistema público**

A Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Na referida lei, tem-se que as ações e serviços públicos de saúde devem obedecer aos princípios da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990).

No entanto, tem-se que, com a judicialização da saúde, esse princípio, também denominado princípio da isonomia, não tem sido garantido de forma plena, eis que, com o apoio do judiciário, alguns pacientes conseguem “furar a fila” de espera do SUS. Ou seja, a judicialização revela uma tensão entre dois valores morais fundamentais: a autonomia individual e a justiça distributiva, pois embora o acesso judicial possa garantir a vida de um paciente específico, ele pode simultaneamente

comprometer a equidade coletiva, redirecionando recursos e quebrando a lógica de prioridades estabelecida pelas políticas públicas.

No caso de demandas envolvendo procedimentos cirúrgicos, como os realizados para tratamento de doenças cardiovasculares, deve ser comprovada a urgência, ou demonstrado de forma convincente nos autos, que a situação do paciente justifica seu atendimento antes daqueles que aguardam o procedimento. Essa individualização de um direito coletivo, embora legítima em situações excepcionais, precisa ser feita com base em critérios claros, para não prejudicar os demais pacientes que, muitas vezes, estão em condições igualmente graves ou até mais severas, mas com risco menor (TJDFT, 2023).

No que se refere à interferência do Judiciário na ordem de atendimento, a jurisprudência atual tem entendido que não cabe ao Poder Judiciário intervir em decisões baseadas em protocolos médicos ou critérios de classificação de risco determinados pelas equipes de saúde, salvo em situações excepcionais e inafastáveis, o que não se aplica ao cenário típico de espera por procedimentos cirúrgicos no SUS.

Como exemplo, cita-se trecho da decisão do TJSP no acórdão nº 1000767-41.2019.8.26.0653:

Da análise dos autos, depreende-se que, embora conste do relatório médico de fls. 50 a necessidade de a autora ser submetida à cirurgia de “artroplastobilateral quadril”, não há menção acerca do caráter emergencial da cirurgia pleiteada. Trata-se de documento genérico, que não especifica de maneira pormenorizada as reais consequências e complicações que a demora na realização da cirurgia pode ocasionar. Ademais, é de se destacar que não há por parte do Estado ou do Município negativa de realização do tratamento necessário à parte autora. Existe, tão somente, uma fila a ser respeitada, dada a grande quantidade de pessoas em condições similares e que também necessitam de atendimento médico semelhante. De igual modo, não cabe ao Poder Judiciário interferir no Poder Executivo, imiscuindo-se na atividade administrativa, para determinar que a autora da ação seja colocada à frente de uma fila de espera, em que todos são necessitados da mesma cirurgia. Assim, é certo que o acolhimento do pedido ora em análise representaria uma priorização indevida ao atendimento da parte autora em detrimento de todos os outros pacientes em igual situação e que aguardam pela realização da mesma cirurgia, violando, portanto, o princípio da isonomia.

Não se nega que a saúde é direito constitucionalmente garantido a todos e que o Estado possui, de fato, a obrigação de zelar pela manutenção da saúde de todos os indivíduos (art. 196 CF). Ocorre que não faz sentido, no caso concreto, compelir os réus a priorizarem o atendimento à autora em detrimento de todos aqueles que já há muito esperam pela realização da mesma cirurgia. Desse modo, nesse momento e com os elementos trazidos aos autos, não restou demonstrada a imprescindibilidade da cirurgia, ultrapassando outras pessoas que aguardam na fila e que podem, inclusive, estar em situação de maior urgência. (TJSP, 2020).

A preterição de pacientes na fila de espera, sem o risco iminente à vida, cria uma vantagem indevida e injustificada, contrariando o princípio da isonomia, que busca assegurar que todos tenham acesso igualitário e proporcional ao tratamento de saúde, de acordo com a gravidade do quadro clínico (Taniguchi, 2015).

Essa questão é ainda mais relevante quando se considera o Enunciado 93 do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, que estabelece que 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 (Ministério da Saúde, 2000).

No entanto, o referido enunciado fora determinado em 2019, antes do início da pandemia da COVID-19, que suspendeu consultas e procedimentos eletivos nos anos de 2020 e 2021. Logo, o cumprimento desses prazos tornou-se inviável devido à interrupção das atividades, o que evidência a necessidade de critérios bem definidos e aplicados para priorização no atendimento.

Além disso, a lógica de priorização deve ser respeitada, considerando o risco de cada paciente e a posição na fila. No caso de pacientes com prioridade azul (atendimento eletivo), é fundamental que não haja quebra de isonomia e que os critérios estabelecidos pela Central de Regulação da Secretaria de Saúde sejam seguidos rigorosamente, atendendo primeiro os pacientes com maior gravidade ou risco (Taniguchi, 2015).

Portanto, embora todos os cidadãos tenham o direito de receber atendimento médico adequado às suas necessidades de saúde, conforme estabelecido pela Carta Magna, é imperativo que esse atendimento seja garantido de forma igualitária, sem que um paciente avance na fila sem comprovação inequívoca de que seu caso seja mais urgente do que os dos demais. Permitir que um paciente “fure a fila” sem justificativa clara violaria o princípio da isonomia, comprometendo a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) mostram um aumento expressivo no número de processos relacionados ao SUS nos últimos cinco anos. Em 2020, foram registrados 2.581 novos casos, enquanto em 2024 esse número subiu para 5.469. No caso das cirurgias eletivas, que incluem os procedimentos cardíacos, os processos também cresceram significativamente: de 1.760 novos casos em 2020 para 5.403 em 2024. O volume de ações julgadas também aumentou, passando de 1.081 em 2020 para 8.791 em 2024 (Conselho Nacional de Justiça. 2024).

O alto volume de ações judiciais, o custo elevado de diversos tratamentos solicitados e a alta taxa de êxito dos pacientes nos tribunais resultam em um impacto significativo no orçamento da saúde. Estima-se que o SUS destine aproximadamente R\$7 bilhões por ano para atender às determinações judiciais. Embora seja difícil obter uma estimativa exata, dados do Tribunal de Contas da União (2017) indicam que, somente no âmbito do Governo Federal, esse gasto alcançou cerca de R\$1 bilhão em 2015 (Conasesm, 2021).

A análise conjunta dos dados evidencia que a judicialização da saúde, embora exerça um papel corretivo e protetivo diante das falhas administrativas, tem produzido distorções estruturais. Ela altera fluxos assistenciais, redireciona verbas de planejamento e desvirtua a lógica pública de priorização por gravidade clínica. O fenômeno, portanto, exige não apenas resposta judicial, mas uma abordagem interinstitucional, baseada em governança ética e regulatória, que alinhe o dever estatal de proteção com a justiça distributiva (Mathias, 2022).

#### **4 Estratégias e soluções para a redução da fila de espera: modelos internacionais de gestão**

Em Portugal, os pacientes inscritos para cirurgia podem acompanhar sua situação nas listas de espera. Por meio do Programa Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (e-SIGIC), é possível, pela internet, conhecer a posição que ocupa na lista, bem como o tempo de espera programado para realização da intervenção cirúrgica. Esse modelo contribui para maior clareza e confiança no processo de agendamento, aspectos ainda desafiadores no Brasil, onde a falta de transparência nas listas de espera gera incertezas para os pacientes (Maccormick, 2003).

Outro exemplo interessante é o modelo neozelandês de priorização de filas de espera para cirurgia eletiva, onde se utilizam critérios éticos, baseados na urgência de necessidade do paciente e nos benefícios potenciais, além de diretrizes específicas desenvolvidas por revisão da literatura e consensos de especialistas. Posteriormente, para dar mais precisão ao processo, é utilizada uma ferramenta para ponderar e somar os critérios, proporcionando uma avaliação mais justa e eficiente.



No Brasil, embora já existam sistemas de priorização para algumas áreas, como os transplantes de órgãos, organizados de forma federal e centralizada, o gargalo permanece na atenção especializada, incluindo cirurgias de alta complexidade, devido à oferta limitada e à concentração dos serviços em grandes centros urbanos.

A adoção de um modelo similar ao da Nova Zelândia no Brasil poderia melhorar a equidade e reduzir a subjetividade nas decisões sobre quem deve ser atendido primeiro nas filas do SUS, especialmente quando se trata de casos de alta complexidade, como as cirurgias cardíacas. Entretanto, é necessário considerar a descentralização do SUS, que distribui responsabilidades entre estados e municípios, ao contrário do sistema federal de transplantes (Kreindler, 2010).

Outra estratégia relevante seria a ampliação da capacidade de serviços cirúrgicos públicos para a redução das filas de espera. Decisões estratégicas sobre investimentos orçamentários, como o aumento da capacidade instalada no setor público, seja por meio de novos leitos hospitalares, contratação de mais profissionais de saúde ou aquisição de equipamentos, têm mostrado resultados positivos em outros países.

No Canadá, Dinamarca e Inglaterra, por exemplo, essa abordagem foi associada à redução dos tempos de espera para cirurgias eletivas, proporcionando mais estabilidade no atendimento. Essa solução poderia ser um passo importante para o Brasil, especialmente considerando a pressão crescente sobre o sistema público de saúde, que enfrenta dificuldades estruturais e um alto volume de demanda (Kreindler, 2010).

## **5 O papel do Ministério da Saúde na redução da judicialização por meio da melhoria na transparência da fila de espera e da ampliação dos serviços**

De acordo com dados do Ministério Público, em seu relatório de gestão, em 2023, o Brasil registrou 35.674 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de Unidades de Cardiologia Integrada (UCI), reforçando o esforço para expandir a infraestrutura do SUS. Durante o referido ano, foram realizados quase 3 bilhões de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, destacando o volume significativo de atendimentos realizados, que ilustram a magnitude da operação do SUS e sua importância na oferta de serviços especializados à população. Apesar desses números, grande parte da população ainda fica à margem do SUS, sem conseguir atendimento especializado e aguardando anos por cirurgias eletivas cardíacas (Ministério da Saúde, 2023).

O Ministério da Saúde implementou, em 2023, uma série de medidas voltadas à expansão e simplificação das habilitações em alta complexidade, especialmente nas áreas de cardiologia, neurologia e ortopedia. A Portaria Saes/MS nº 516/2023 redefiniu os critérios de credenciamento e habilitação dos serviços, fortalecendo a autonomia dos estados e municípios na gestão de suas redes assistenciais e incentivando a regionalização da atenção especializada. Essa reestruturação buscou corrigir gargalos históricos no acesso à alta complexidade e acelerar o credenciamento de novos centros, embora ainda enfrente entraves orçamentários e de qualificação profissional que limitam sua plena efetividade.

Ao longo dos últimos anos, os serviços de atenção especializada habilitados em assistência de alta complexidade cardiovascular no Brasil apresentaram variações significativas. Em 2017, o país contava com 275 serviços habilitados, número que aumentou para 282 em 2018, representando um crescimento de 2,54%. Já em 2019, houve uma expansão maior, atingindo 296 serviços, o que representou um aumento de 4,96%. Em 2020, ano do início da pandemia da COVID-19, o número subiu marginalmente para 297, um crescimento de apenas 0,33%. Em 2021, o Brasil registrou um novo aumento, com 303 serviços habilitados, o que significou um crescimento de 2,02% (Ministério da Saúde, 2023).

No entanto, em 2022, ocorreu uma redução de 2,02%, retornando para 297 serviços. Em 2023, houve uma leve recuperação, com 298 serviços habilitados, representando um aumento de 0,33% em 2024, o ano terminou com 305 estabelecimentos habilitados. Esses dados refletem uma expansão constante, mas com variações ao longo dos anos, demonstrando a incapacidade do sistema de sustentar sua própria expansão, seja por déficit financeiro ou de profissionais habilitados (Ministério da Saúde, 2024).

Em adição, em agosto de 2023, foi formalizado o Termo de Execução Descentralizada (TED) n.º 08/2023 entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), visando apoiar a formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto tem como objetivos específicos a produção de um diagnóstico situacional da Atenção Especializada no Brasil, identificando os obstáculos no acesso e na formação de filas para cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos, além de subsidiar a formulação da Política de Atenção Especializada, com foco nas dimensões emergenciais e estruturais (Ministério da Saúde, 2023).

Com o objetivo de ampliar a oferta de serviços de média e alta complexidade, o Ministério da Saúde tem apoiado Estados, Municípios, o Distrito Federal e instituições privadas sem fins lucrativos, proporcionando condições para qualificação e fortalecimento dos programas prioritários do SUS.

Em 2023, foram aprovadas 618 propostas de financiamento, totalizando R\$ 618.705.154,00, destinadas a equipamentos, materiais permanentes e obras em Fundos Municipais, Fundos Estaduais e Instituições privadas sem fins lucrativos. Esses investimentos estão voltados à ampliação e reforma das unidades especializadas que prestam serviços assistenciais ao SUS, buscando aprimorar a capacidade de atendimento especializado do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2023).

Destaca-se também o papel dos hospitais filantrópicos como atores essenciais na oferta de cirurgias cardiovasculares pelo SUS. Em outubro de 2024, essas instituições foram responsáveis por 58,9% das internações em cardiologia de alta complexidade, número que confirma sua relevância histórica no atendimento público. A parceria com o setor filantrópico tem sido crucial para sustentar a capacidade assistencial, especialmente em estados com baixa densidade hospitalar e carência de leitos especializados.

Contudo, a dependência do SUS em relação a essas instituições também aponta para a necessidade de revisão dos mecanismos de financiamento e contratualização, a fim de assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços prestados. Percebe-se que apesar dos esforços constantes do Ministério da Saúde para ampliar a oferta de cirurgias cardíacas no Sistema Único de Saúde, as ações implementadas até o momento não têm sido suficientes para reduzir de forma significativa a fila de espera para procedimentos de alta complexidade, como as cirurgias cardíacas.

A crescente demanda por esses procedimentos em diversas regiões do Brasil, bem como a falta de infraestrutura e limitação de recursos (financeiros e humanos) continua dificultando o acesso oportuno ao tratamento, levando os pacientes a buscarem o judiciário para terem seus direitos garantidos, o que gera um impacto não só financeiro, mas organizacional no SUS, considerando que há alteração da ordem da fila de espera, e, inevitável prejuízo aos pacientes que tiveram sua vez ultrapassada.

A ampliação dos serviços cirúrgicos de alta complexidade em cardiologia, bem como o aumento de profissionais habilitados em conjunto com a implementação de sistemas mais eficientes de gestão e acompanhamento das filas, como os adotados em outros países, poderia não só otimizar o processo, mas também gerar um ambiente de maior confiança no sistema público de saúde, o que, por sua vez, reduziria as ações judiciais.

O fortalecimento do planejamento e da transparência poderia transformar as filas de espera em um processo mais justo e acessível, evitando a judicialização que, muitas vezes, é provocada pela falta de informações claras e pela demora excessiva no atendimento.

Neste ponto, destaca-se o novo programa do governo federal “Agora tem especialistas”, uma nova estratégia do Ministério da Saúde para ampliar o acesso da população do SUS a consultas, exames e cirurgias, integrando toda a estrutura de saúde pública, complementar e suplementar (Ministério da Saúde, 2025).

O programa prevê medidas como ampliação da capacidade instalada, a realização de mutirões e serviços móveis, telessaúde, formação e provimento de especialistas, além da criação de uma rede de diagnóstico de câncer. A expectativa é que tais mecanismos contribuam para reduzir o tempo de espera dos pacientes, especialmente para procedimentos de média e alta complexidade (Ministério da Saúde, 2025).

Entre os componentes mais concretos do Agora Tem Especialistas, destacam-se: a troca de dívidas por atendimentos, onde estabelecimentos privados poderão compensar dívidas tributárias com a União ao oferecer serviços ao SUS (Ministério da Saúde, 2025).

Também há compromisso explícito com o enfrentamento do câncer: até o fim de 2026, serão entregues 121 aceleradores lineares para municípios, com meta de atender mais de 72 mil novos pacientes por ano. Ainda, será ofertado um total de 3.500 bolsas para especialistas, sendo 3.000 para residência e 500 para provimento imediato, focadas nas regiões com menor oferta desses profissionais (Ministério da Saúde, 2025).

A atenção especializada sempre constituiu um dos pontos mais frágeis da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora o sistema tenha avançado significativamente na atenção primária, a oferta de consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade permanece limitada e concentrada em grandes centros urbanos, dificultando o acesso da população em regiões periféricas e rurais. Essa assimetria territorial, associada à escassez de profissionais e à elevada demanda reprimida, transformou a assistência médica especializada em um gargalo histórico e persistente do SUS (Giovanella, 2012).

Estudos indicam que o número de estabelecimentos habilitados para a alta complexidade tem crescido de forma tímida, sem acompanhar a expansão da demanda. Entre 2017 e 2023, por exemplo, os serviços habilitados em cardiologia de alta complexidade oscilaram apenas entre 275 e 298 estabelecimentos, número claramente insuficiente diante da elevada prevalência das doenças cardiovasculares no Brasil (Ministério da Saúde, 2023).

Portanto, a estratégia do programa “Agora tem especialistas” representa uma tentativa inovadora de mobilizar recursos já existentes e de fomentar parcerias público-privadas sem comprometer a lógica pública do SUS. Todavia, sua efetividade dependerá de um controle rigoroso dos critérios de priorização, da transparência na aplicação dos recursos e da adequada articulação com os entes subnacionais, responsáveis pela execução direta dos serviços. Além disso, a proposta reacende o debate sobre a sustentabilidade do financiamento do SUS e sobre a necessidade urgente de regulamentar mecanismos capazes de assegurar fontes permanentes e suficientes para a atenção especializada.

## Considerações finais

O presente estudo evidenciou que a ausência de critérios objetivos, padronizados e transparentes na fila de espera do SUS para cirurgias cardíacas compromete negativamente a efetividade do sistema de saúde, ao dificultar a alocação justa dos recursos disponíveis e acentuar as desigualdades no acesso a tratamentos. A indefinição quanto à ordem de prioridade dos

pacientes favorece a subjetividade das decisões clínicas, gerando insegurança para os pacientes e alimentando um ciclo de judicialização da saúde que, embora legítimo, fragiliza a coletividade do sistema público e ameaça princípios importantes como o da isonomia.

Apesar dos esforços empreendidos no período mais recente pelo Ministério da Saúde na ampliação dos serviços e na modernização da regulação, tem-se que os desafios persistem, especialmente quanto à infraestrutura adequada e ao déficit de profissionais qualificados desigualmente distribuídos, principalmente para procedimentos de alta complexidade, como cirurgia cardíaca.

Nesse contexto, tem-se que a adoção de estratégias baseadas em modelos internacionais de gestão de filas, como os implementados em Portugal e na Nova Zelândia, apesar das especificidades de seus sistemas de saúde, uma perspectiva promissora, aliada a investimentos estruturais e normativos, podendo contribuir significativamente para a construção de um sistema mais justo e eficiente, em especial quando se trata da unificação e interligação do sistema de filas dos hospitais.

Por fim, destaca-se a urgência de políticas públicas que sejam formuladas com foco na equidade e na racionalização dos processos de agendamento cirúrgico, a fim de evitar interferências judiciais indevidas que desestruturam o planejamento da saúde pública e ameaçam princípios constitucionais.

Garantir o cumprimento dos princípios constitucionais da universalidade, equidade e isonomia não deve ser apenas um ideal normativo, mas uma prática efetiva que assegure a cada cidadão o tratamento adequado, no tempo certo e segundo critérios justos e previsíveis da perspectiva da saúde como um bem público. Somente com um sistema baseado na transparência e na responsabilidade compartilhada será possível resgatar a confiança da população no SUS e reduzir a necessidade de judicialização como porta de entrada para o direito à saúde.

## Referências

BITTENCOURT, Roberto; ALONSO, Rebecca; RODRIGUES, Iago; MACEDO, Everton; SILVA, Claudia; OLIVEIRA, Luciana. **Gestão de filas para cirurgias eletivas: overview de revisões sistemáticas**. Brasília Med., v. 57, p. 30-42, 2020. Disponível em: <https://rbm.org.br/Content/pdf/v57a03.pdf>. Acesso em: 18/03/2025

BUSS, Maico Oliveira. **Modelo de Sistema de Conhecimento para Gestão de Listas de Espera para Cirurgias no Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento - EGC, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/135511?show=full>. Acesso em 25/03/2025

CONASS. **Legislação do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf). Acesso em 20/03/2025

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Estatísticas Processuais de Direito à Saúde. Justiça em Números**, 2024. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude>. Acesso em: 26/03/2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Judicialização da Saúde nos Municípios: como responder e prevenir. Direito à Saúde, judicialização e a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal**. Volume II. Brasília, 2021. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Cartilha\\_2\\_PROVA-3-1.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Cartilha_2_PROVA-3-1.pdf). Acesso em 20/03/2025.

DATASUS. **Banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.sau.gov.br>. Acesso em: 05 out 2025.

FARIAS, P.; ARRUE, A. M.; ALMEIDA, T. Q. R. de; JANTSCH, L. B.; LEITES, A. W. R.; REICHEMBACH, M. T. **Mortalidade de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca**. Research, Society and Development, v. 10, n. 5, e12110514610, 30 abr. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/14610/13235>. Acesso em: 18/03/2025

FONAJUS. **VI Jornada de Direito da Saúde**, 2023, Cuiabá. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EyfOA0z5m9s>. Acesso em: 20/03/2025.

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sonia; LOBATO, Lúcia V. C.; NORONHA, José Carlos; CARVALHO, Ana I. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 11 set. 2025.

KREINDLER, S. A. **Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence**. British Medical Bulletin, Londres, v. 95, p. 7-32, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq025>. Acesso em 27/03/2025

MACCORMICK, A. D.; COLLECUTT, W. G.; PARRY, B. R. **Prioritizing patients for elective surgery: a systematic review**. ANZ Journal of Surgery, Sydney, v. 73, n. 8, p. 633–642, ago. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1445-2197.2003.02605.x>. Acesso em: 27/09/2025

MATHIAS, Jorge Luís de Souza. **Judicialização e racionalização do direito à saúde: um estudo de caso à luz da bioética e do biodireito**. 2022. 203 f. Tese (Doutorado em Direito Médico e Bioética). Universidade de Coimbra. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agora Tem Especialistas**: Ministério da Saúde estabelece as linhas de ação para reduzir tempo de espera por atendimento especializado no SUS. Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília, 18 jun. 2025. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/agora-tem-especialistas-ministerio-da-saude-estabelece-as-linhas-de-acao-para-reduzir-tempo-de-espera-por-atendimento-especializado-no-sus>. Acesso em: 01/09/2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em 24/03/2025

NARVAI, Paulo Capel. **Saúde: pública ou coletiva?** Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/saude-publica-ou-coletiva>. Acesso em: 26/03/2025.

OLIVEIRA et al. **Estatística Cardiovascular – Brasil 2023**. Arq. Bras. Cardiol., v. 121, n. 2, e20240079, mar. 2024. Disponível em: [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-121-2-e20240079/0066-782X-abc-121-2-e20240079.x66747.pdf](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-121-2-e20240079/0066-782X-abc-121-2-e20240079.x66747.pdf). Acesso em 08/03/2025

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 07/03/2025

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2023**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_integral\\_gestao\\_tcu\\_MS\\_2023.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_integral_gestao_tcu_MS_2023.pdf) Acesso em: 24/03/2025.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2024**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_integrado\\_gestao\\_tcu\\_ms\\_2024.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_integrado_gestao_tcu_ms_2024.pdf). Acesso em: 07/10/2025

SENNA et al. **Gestão da fila de espera para cirurgias eletivas em hospitais do Sistema Único de Saúde**. Wait row management for elective surgeries in hospitals of the unified health system. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research -BJSCR, v. 30, n. 2, p. 79-82, 2020. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200408\\_122550.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200408_122550.pdf). Acesso em 26/04/2025

TANIGUCHI, F. P. **Modelos de Serviços em Atenção Cirúrgica**. São Paulo: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2015.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO (TJSP). Recurso Inominado Cível / Serviços Hospitalares. **Processo nº 1000767-41.2019.8.26.0653**, acórdão, Relator(a): Des. André Acayaba de Rezende, julgado RBDC 25, jan./dez. 2025 - ISSN 1983-2303 (eletrônica)

em: 02 nov. 2020, turma recursal cível e criminal, publicado em: 02 nov. 2020. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=I50000S460000&processo.foro=653&processo.numero=1000767-41.2019.8.26.0653>. Acesso em 23/03/2025

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS (TJDFT). **Acórdão. Processo nº 07107968620238070016**, Relator(a): Des. Daniel Felipe Machado, julgado em: 10 jul. 2023, publicado em: 03 ago. 2023. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1726627/inteiro-teor/4e824716-c949-4277-8b8f-a0c7bf87c1a0>. Acesso em 23/03/2025

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

TEIXEIRA, Gabriela Maria de Almeida; COHN, Amélia. Esperar para viver: o impacto da falta de critérios na fila do sus para cirurgias cardíacas. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, vol. 25, jan./dez. 2025), pp. 463-476. São Paulo: ESDC, 2025. ISSN: 1983-2303 (eletrônica).

Recebido em 09/10/2025

Aprovado em 20/12/2025



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt-br>