 

THIAGO KRAUSS MAGALHÃES

**SUS COMO MATÉRIA DE DIREITO NA SOCIEDADE**

**SÃO LOURENÇO**

**2023**

 

THIAGO KRAUSS MAGALHÃES

**SUS COMO MATÉRIA DE DIREITO NA SOCIEDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo aluno Thiago Krauss Magalhães como requisito para obtenção do título de Bacharel, do Curso de Direito, da Faculdade de São Lourenço.

Orientadora: Prof. Me. Priscila Ladeira Alves de Brito.

**SÃO LOURENÇO**

**2023**

**SUS COMO MATÉRIA DE DIREITO NA SOCIEDADE**

Thiago Krauss Magalhães[[1]](#footnote-0)

Prof. Me. Priscila Ladeira Alves de Brito[[2]](#footnote-1)

**RESUMO**

Este artigo aborda o exercício da garantia constitucional do direito à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O estudo destaca a falta de efetividade no acesso ao SUS na asseguração desse direito fundamental. Explora princípios constitucionais, a relação entre SUS e o sistema jurídico, a questão da judicialização da saúde, na qual os indivíduos recorrem ao Judiciário para acessar medicamentos e tratamentos negados. O acesso ao SUS, embora baseado em princípios de equidade e integridade, enfrenta desafios relacionados à disponibilidade de serviços. O trabalho analisa a legislação relevante, políticas públicas e os princípios pertinentes para melhorar o acesso à saúde. O objetivo é contribuir para o debate sobre o papel do direito na promoção do acesso ao SUS e na efetivação do direito à saúde, visando a uma sociedade mais justa e saudável.

**Palavras-chave**: Direito à Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), Princípios Fundamentais, Acesso ao SUS.

**ABSTRACT**

This article addresses judicial intervention in guaranteeing the right to health in the context of the Unified Health System (SUS) in Brazil. The study highlights the lack of effectiveness in access to the SUS in ensuring this fundamental right. It explores constitutional principles, the relationship between SUS and the legal system, the issue of judicialization of health, in which individuals turn to the Judiciary to access denied medicines and treatments. Access to the SUS, although based on principles of equity and integrity, faces challenges related to the availability of services. The work analyzes relevant legislation, public policies and pertinent principles to improve access to healthcare. The objective is to contribute to the debate on the role of law in promoting access to the SUS and implementing the right to health, aiming for a fairer and healthier society.

**Keywords**: Right to Health, Health Unic System, Fundamental principles, Access to the Unified Health System.

**1 INTRODUÇÃO**

O objetivo deste estudo é apresentar os principais aspectos da intervenção judicial na adjudicação do direito à saúde. O intuito é relatar como o país não está sendo efetivo em garantir o direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta proposta procura abordar o direito fundamental à saúde, uma questão que é cada vez mais discutida no meio jurídico. A questão foi consagrada na Constituição Federal de 1988, após uma série de medidas visando assistência médica, liberação e concessão de medicamentos, e as mais diversas assistências oferecidas pelo poder público à população. Serão analisados os princípios constitucionais correlatos ao tema e as considerações mais importantes. Serão analisadas as dotações estatais, os princípios e diretrizes de proteção da saúde e sua aplicabilidade. Entender como o Poder Judiciário aborda as intervenções de políticas públicas em saúde e quando devem ser abordadas as falhas do governo.

O acesso ao SUS se fundamenta nos princípios da equidade e da integralidade, que visam a garantir a igualdade de oportunidades e a cobertura de todas as necessidades de saúde da população. No entanto, é importante reconhecer que existem desafios e desigualdades que afetam esse acesso, seja em relação à disponibilidade de serviços, à distribuição de recursos à qualidade do atendimento ou à burocracia enfrentada pelos usuários.

A interligação entre o SUS e o direito é evidente na forma como o sistema busca proteger os direitos dos cidadãos, por meio do acesso à informação, da participação social na gestão, da fiscalização dos recursos públicos e da responsabilização pelos serviços prestados. A judicialização da saúde também é uma manifestação dessa relação, na qual os indivíduos recorrem ao Poder Judiciário para garantir o acesso a medicamentos, tratamentos ou procedimentos que lhe são negados pela esfera administrativa do Estado.

Isto posto, pretende-se explorar a interface entre o SUS e o Direito, analisando os desafios e as conquistas na efetivação do acesso à saúde, por meio da análise da legislação pertinente, dos casos de judicialização da saúde e das políticas públicas voltadas para a garantia do direito à saúde. Pretende-se contribuir para o debate sobre a importância do direito como ferramenta de promoção do acesso ao SUS e de efetivação do direito à saúde, em busca de uma sociedade mais justa e saudável.

**2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITOS RELACIONADOS AO SUS**

A história do SUS remonta à Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse marco legal representou um avanço significativo no reconhecimento da saúde como um direito fundamental, e foi a base para a criação do SUS como um sistema público e universal de saúde no Brasil. No entanto, é importante contextualizar a trajetória que levou à criação do SUS. Antes da Constituição de 1988, o sistema de saúde no Brasil era fragmentado, com diferentes modelos de atendimento, predominância de serviços privados e públicos segregados. O acesso à saúde era restrito a determinados grupos sociais, deixando grande parte da população sem assistência adequada.

Foi somente com a luta social e mobilização da sociedade civil, dos trabalhadores da saúde e dos movimentos populares que se tornou possível a construção de um sistema de saúde universal e equitativo. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco nesse processo, pois permitiu a participação democrática e o debate sobre a saúde como direito.

A Conferência Nacional de Saúde é principal espaço democrático para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil. Com a participação de toda a sociedade civil e representantes do governo, o amplo fórum de debates é organizado com a finalidade de avaliar, planejar e fixar ações e diretrizes que melhorem a qualidade dos serviços de saúde pública, proporcionando melhor qualidade de vida para toda a população.  
  
A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) é considerada um marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil. Realizada em 1986, ela foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade e seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os temas da 8ª CNS foram:1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3. Financiamento setorial.

*(in* [*https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2349-8-conferencia-nacional-de-saude-1986*](https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2349-8-conferencia-nacional-de-saude-1986) *consulta realizada em 23 de outubro de 2023)*

A promulgação da Constituição de 1988 consolidou a conquista da saúde como direito fundamental e estabeleceu as bases legais para a criação do SUS. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e a Lei nº 8.142/1990 complementaram o arcabouço legal do sistema, definindo suas diretrizes, princípios e formas de financiamento.

O escopo da saúde nacional se expandiu com a aplicação da Constituição de 1988, citado no artigo 196 do texto constitucional:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O artigo supracitado estabelece pontos fundamentais relacionados ao sistema de saúde do Brasil. Tendo como ponto crucial, a responsabilidade do Estado em proteger a população tendo o acesso igualitário e universal à saúde.

2.1 PRINCÍPIOS E CONCEITOS DO SUS

O SUS se baseia em princípios fundamentais que norteiam sua organização e funcionamento. Princípios estes, consolidados no do artigo 7º da Lei 8.080/90:

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:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

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;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras

Entre esses princípios, destacam-se o princípio da universalidade, o princípio da equidade, o princípio da integralidade e o princípio da participação social.

O princípio da universalidade estabelece que todos os cidadãos têm direito ao acesso igualitário e integral aos serviços de saúde, sem qualquer forma de discriminação. Isso significa que o SUS deve garantir assistência a todas as pessoas, independentemente de sua condição socioeconômica, raça, gênero, entre outros aspectos.

A equidade no SUS busca superar as desigualdades existentes, garantindo que as necessidades de saúde sejam atendidas de acordo com o grau de vulnerabilidade e necessidade de cada indivíduo. O princípio da equidade implica em distribuir os recursos de forma a beneficiar prioritariamente aqueles que mais necessitam, sem desguarnecer os direitos dos que não se enquadram em tal vulnerabilidade.

Integralidade é um princípio que busca assegurar a atenção integral à saúde, ou seja, o cuidado abrangente, que compreende a promoção, preservação, tratamento e reabilitação do paciente. O SUS tem como objetivo oferecer um conjunto diversificado de serviços e ações que atendam às necessidades de saúde das pessoas em todas as fases da vida, considerando aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais.

A participação social é um dos pilares do SUS, buscando a democratização das decisões e a gestão compartilhada do sistema de saúde. Por meio dos Conselhos de Saúde, conferências, ouvidorias e outras instâncias participativas, a população é incentivada a exercer seu direito à participação na formulação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde.

Estes princípios dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil, contém as premissas fundamentais que orientem o Sistema Único de Saúde (SUS). Em suma, materializam a norma contida no artigo nº 196 da Constituição Federal, que trata do direito à saúde.

Visam garantir que o sistema de saúde brasileiro funcione de maneira a proporcionar o melhor atendimento possível a todos os cidadãos, independentemente de suas circunstâncias pessoais.

2.2 ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O SUS possui uma estrutura organizacional complexa, que abrange diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária até a atenção especializada e de alta complexidade. A rede de serviços é composta por unidades básicas de saúde, hospitais, laboratórios, centros de referência, entre outros estabelecimentos de saúde, tanto públicos quanto privados contratualizados pelo SUS.

Além disso, o SUS conta com órgãos responsáveis pela gestão e coordenação do sistema em âmbito nacional, estadual e municipal, como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e as Secretarias de Saúde das diferentes esferas de governo.

2.2.1 Atenção primária à saúde (APS)

A atenção primária é considerada a porta de entrada do SUS e constitui a base do sistema. É responsável pela realização de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de condições de saúde comuns. As unidades básicas de saúde, também conhecidas como postos de saúde ou unidades de saúde da família, são responsáveis por oferecer os serviços de atenção inicial, com equipes multidisciplinares que englobam médicos, enfermeiros, dentistas, entre outros profissionais de saúde.

A Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos**Agentes Comunitários de Saúde (ACS),** pela**Equipe de Saúde da Família (ESF)**epelo**Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)** enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade feito nos hospitais.

*(in* [*https://www.saude.mg.gov.br/sus*](https://www.saude.mg.gov.br/sus)*, consulta realizada em 03 de outubro de 2023)*

2.4.2 Atenção secundária e terciária

Além da atenção primária, o SUS conta com os serviços de atenção secundária e terciária. A atenção secundária envolve serviços especializados e ambulatoriais, como consultas com especialistas, exames mais complexos e procedimentos cirúrgicos de média complexidade. Já a atenção terciária abrange serviços de alta complexidade, como hospitais de referência, centros especializados, atendimento de urgência e emergência. Transplantes e tratamentos de doenças mais graves.

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumato-ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo).

Envolve ainda a assistência em cirurgia reparadora (de mutilações, traumas ou queimaduras graves), cirurgia bariátrica (para os casos de obesidade mórbida), cirurgia reprodutiva, reprodução assistida, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita (doença genética que provoca a fragilidade dos ossos) e fibrose cística (doença genética que acomete vários órgãos do corpo causando deficiências progressivas).

Entre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade estão a quimioterapia, a radioterapia, a hemoterapia, a ressonância magnética e a medicina nuclear, além do fornecimento de medicamentos excepcionais, tais como próteses ósseas, marca-passos, stendt cardíaco, etc.

*(in* [*https://www.saude.mg.gov.br/sus*](https://www.saude.mg.gov.br/sus)*, consulta realizada em 03 de outubro de 2023)*

2.4.3 Rede de serviços, gestão e coordenação

A estrutura do SUS inclui uma ampla rede de serviços de saúde, tanto públicos, quanto privados contratualizados, conforme anteriormente citado. O sistema busca articular esses serviços de forma a garantir uma cobertura abrangente e equitativa. Além dos estabelecimentos de saúde, a rede inclui laboratórios, bancos de sangue, farmácias populares, centros de reabilitação, entre outros.

O SUS possui uma estrutura de gestão e coordenação que se estende nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. O Ministério da Saúde é responsável pela coordenação e formulação de políticas nacionais de saúde, enquanto as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde têm a atribuição de executar e gerir os serviços de saúde em seus respectivos territórios.

2.4.4 Financiamento

O financiamento do SUS é baseado em um modelo tripartite, ou seja, envolve recursos provenientes dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. A União é responsável por repassar recursos para os estados e municípios, que, por sua vez também têm suas fontes de financiamento. Os recursos são destinados à manutenção e desenvolvimento das ações e serviços de saúde, bem como à ampliação e melhoria da infraestrutura.

Ao compreender a estrutura do SUS, torna-se possível visualizar como os diferentes níveis de atenção se articulam e como a gestão e o financiamento são distribuídos. Essa estrutura tem como objetivo garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade e acessíveis a toda a população, buscando promover a saúde, prevenir doenças, tratar as enfermidades e garantir a integralidade do cuidado.

**Como se dá o financiamento do SUS?**

De acordo com a Constituição Federal, os municípios são obrigados a destinar 15% do que arrecadam em ações de saúde. Para os governos estaduais, esse percentual é de 12%.

Já o Governo Federal tem um cálculo um pouco mais complexo: tem que contabilizar o que foi gasto no ano anterior, mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Então essa variação é somada ao que se gastou no ano anterior para se definir qual o valor da aplicação mínima naquele ano.

*(in* [*https://www.saude.mg.gov.br/sus*](https://www.saude.mg.gov.br/sus)*, consulta realizada em 03 de outubro de 2023)*

**3 ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

O acesso à saúde é um direito fundamental, assegurado pela Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Esse marco constitucional deu origem ao Sistema único de Saúde (SUS), cujo princípio basilar é a garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde a todos os cidadãos. No entanto, a realidade do acesso à saúde no Brasil é complexa e multifacetada. O país enfrenta desafios significativos para garantir que todos possam usufruir de maneira efetiva desse direito. Esses desafios são intrinsecamente relacionados a questões estruturais, socioeconômicas, que muitas vezes criam barreiras para a efetivação do acesso ao SUS. Paim, (2019 p. 50, 51) cita sobre o assunto:

Ao se examinar a situação de saúde no Brasil, depara-se com um conjunto de problemas intimamente ligados às condições de vida dos diferentes grupos sociais, e que refletem, em última análise, as desigualdades regionais, espaciais e sociais da distribuição da renda e dos recursos públicos. (...) Embora tais patologias guardem uma relação consistente com as características de cada região do país, com o espaço urbano e rural e, fundamentalmente, com as classes sociais a que pertençam os indivíduos, torna-se cada vez mais observável a concomitância de patologias modernas com aquelas inerentes à pobreza.

Os principais papéis regulatórios do SUS são: a condução política e o planejamento estratégico, a contratualização dos serviços, a avaliação tecnológica em saúde, a avaliação econômica dos serviços de saúde, o sistema de acesso regulado à atenção, o desenvolvimento de recursos humanos, a normalização dos processos de trabalho, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a auditoria em saúde, a vigilância em saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico (MENDES, 2002).

Diversos fatores podem dificultar o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS. Entre eles essas barreiras, destacam-se:

3.1 DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS E REGIONAIS

As desigualdades socioeconômicas são um dos principais obstáculos para o acesso ao SUS. A distribuição desigual de renda no Brasil resulta em diferenças significativas no acesso aos serviços de saúde. Indivíduos com menor poder aquisitivo podem enfrentar dificuldades para se deslocar até unidades de saúde, adquirir medicamentos prescritos e obter atendimento especializado.

O Brasil é um país vasto e diversificado, mas a distribuição desigual dos serviços de saúde é uma realidade que afeta diretamente o acesso. Regiões remotas, rurais ou economicamente desfavorecidas frequentemente têm acesso limitado a serviços de qualidade, o que pode resultar em diagnósticos tardios ou insuficientes, tratamentos inadequados e maior vulnerabilidade a doenças. Barata, (2009 p. 18, 19) cita sobre a versão brasileira no âmbito social.

A versão brasileira da teoria da determinação social do processo saúde-doença dá maior ênfase explicativa ao modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, às quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida. (...) Finalmente a teoria ecossocial chama a atenção para processos de incorporação, no sentido forte do termo, pelos organismos humanos, dos aspectos sociais e psíquicos predominantes no contexto nos quais os indivíduos vivem e trabalham. (...) Em outras palavras, a teoria ecossocial considera impossível a separação entre o biológico, o social e o psíquico. As (...) teorias apresentadas compreendem o processo saúde-doença como intrinsecamente histórico, isto é, determinado pelas condições estruturais e conjunturais em que vivem as populações humanas. Do mesmo modo como os homens constroem sua vida material e não material, eles também produzem as doenças das quais irão padecer, bem como os instrumentos e as organizações sociais para combatê-las.

3.2 LONGAS FILAS E ESPERAS

A sobrecarga nos serviços de saúde, aliada à alta demanda, muitas vezes leva a longas filas e tempos de espera significativos para consultas, exames e procedimentos. Isso pode desencorajar a busca por atendimento, levando a um adiamento do diagnóstico e tratamento, o que pode ter sérias consequências para a saúde do indivíduo. Tendo uma relação entre a demanda e a oferta, elaborada por Alexandre Marinho, (2009 p. 7):

As filas são um resultado do descompasso entre a demanda e a oferta, visto que o sistema de preços não é o mecanismo determinante da produção e do consumo de bens e produtos em saúde. O excesso de demanda (local ou global, momentâneo ou permanente) que causa as filas no SUS é determinado basicamente em três âmbitos: i) no âmbito governamental, que decide o tamanho do orçamento geral da saúde; ii) no âmbito das autoridades individuais e das instituições médicas, científicas, jurídicas e empresariais atuantes no setor, que decidem os benefícios e os custos das internações e determinam as respostas para as clássicas questões da economia: o que, como, de que forma, para quem, especialmente no caso das filas, quando os procedimentos serão executados; iii) no âmbito dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, que decidem quais são as necessidades clínicas dos pacientes e, então, deveriam realizar esforços para minimizá-las. (...) A demora no atendimento exerce impactos negativos significativos no bem-estar, nas probabilidades de cura, na natureza e extensão das seqüelas dos pacientes, bem como nos familiares envolvidos. Adicionalmente, obriga o sistema de saúde a arcar com pesados ônus administrativos, com as perdas de eficiência geradas pelo estresse eventual causado nos hospitais, pela desordem organizacional no SUS e pela pressão social decorrente das filas. (...) As incertezas decorrentes dessa imprevisibilidade impedem que pacientes e familiares possam planejar adequadamente sua vida. A atuação do sistema de saúde interfere, conseqüentemente, no perfeito funcionamento do sistema produtivo em que eles exerçam atividades laborais.

3.3 COMPLEXIDADE DO SISTEMA, AGENDAMENTO DE CONSULTAS

A burocracia e a complexidade do sistema de saúde podem ser barreiras substanciais ao acesso. Muitas vezes, os cidadãos enfrentam dificuldades para entender os procedimentos necessários, os documentos exigidos e os canais corretos para acessar os serviços de saúde. Assim como explica Giamberardino Filho:

A dificuldade de acesso do cidadão ao sistema público de saúde se inicia na porta de entrada do SUS, com a dificuldade de agendamento; prossegue no acesso às especialidades médicas; e, por fim, após o diagnóstico e sua indicação de tratamento, culmina na lista de espera, que pode persistir por anos. (...) O SUS é um sistema de saúde universal, financiado por impostos e caracterizado pela pretensa equidade no acesso à saúde dos cidadãos e por serviços prestados em uma linha de cuidados com integralidade, na perspectiva da resolubilidade de problemas. Na Europa, países que instituíram sistemas de saúde universais se apoiam em três pilares: sustentabilidade financeira, acesso universal para todos os cidadãos e qualidade nos serviços prestados, com análise de resultados.

A necessidade de agendar consultas, exames e procedimentos muitas vezes envolve uma série de etapas burocráticas. Isso pode incluir ligar para a unidade de saúde, estar ciente dos horários disponíveis, possivelmente esperar em filas telefônicas e/ou físicas e lidar com a disponibilidade dos profissionais de saúde. Esse processo pode ser complicado para pessoas com baixa familiaridade com tecnologias de comunicação ou para aqueles com dificuldades de locomoção. Isso resulta no absenteísmo, ou seja, na falta de pontualidade e assiduidade no cumprimento de um dever ou obrigação, fato este que é esclarecido por Celuppi, (v.26, p. 2023-2034, 2021):

O gerenciamento dos agendamentos é um desafio enfrentado em todo o mundo. Na América do Sul o índice de absenteísmo é de em média 27%. O *absenteísmo*, uma palavra de origem latina (*absens*) que significa estar fora/ausente, é utilizada para relatar uma situação que acontece corriqueiramente nas UBS. Situação que é prejudicial para o profissional de saúde e para o cidadão. (...) No Brasil este é um desafio enfrentado diariamente pelo SUS para a efetiva operacionalização da APS. O índice de absenteísmo de cidadãos também é alto nesse modelo de atendimento. (...) Este cenário provavelmente ocorre na grande maioria dos municípios brasileiros e acaba por dificultar a organização das agendas dos profissionais de saúde, o que impacta negativamente na qualidade do atendimento prestado aos cidadãos que necessitam de consultas na APS.

3.5 DOCUMENTAÇÃO E REGISTROS

A coleta de documentos e informações necessárias para o atendimento médico pode ser uma barreira, especialmente para pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica. A ausência de documentos pode resultar em atrasos ou até mesmo na recusa de atendimento, impedindo o acesso à saúde para aqueles que mais necessitam.

A falta de clareza sobre os processos, direitos e serviços disponíveis no SUS pode levar à desinformação, dificultando o acesso efetivo e o exercício pleno do direito constitucional à saúde. Muitos usuários podem não estar cientes dos direitos que possuem, bem como das formas corretas de buscar assistência. A falta de informação pode resultar em escolhas inadequadas e, consequentemente, no adiamento do tratamento. BORNHOLDT, Larissa et al. (2018) desenvolvem sobre o assunto:

Nesse processo de implantação do e-SUS, foi possível identificar a escassez de informações fornecidas aos profissionais de saúde para operacionalizar o sistema. As orientações dadas não esclareceram todas as dúvidas, e nem explicam passo a passo o preenchimento das fichas, o que gerou desconforto inicial com sua utilização, demonstrando a necessidade de maior aprofundamento sobre o sistema. Ainda no que se refere ao preenchimento de fichas, destaca-se que a maioria dos profissionais apresentam erros durante o registro das informações, enfatizando a impossibilidade da edição de dados já digitados e a escassez e/ou subnotificação de dados fornecidos no relatório de exportação.

3.6 TEMPO DE ESPERA

O tempo de espera por consultas, exames e procedimentos pode ser uma barreira considerável. Para alguns serviços, as filas podem ser tão longas que os pacientes podem desistir de procurar atendimento ou acabar recorrendo a serviços particulares. Isso é especialmente crítico em casos de doenças que requerem diagnóstico e tratamento imediatos. Esse lapso temporal pode ter consequências significativas para a saúde dos pacientes. Doenças podem progredir, condições podem se agravar e diagnósticos podem ser adiados, resultando em tratamentos mais complexos e custosos. A demora no atendimento também pode gerar ansiedade, estresse e desconforto emocional, afetando a qualidade de vida dos pacientes.

O tempo de espera excessivo no SUS pode ser atribuído a uma combinação de fatores incluindo a alta demanda por serviços de saúde, a falta de recursos humanos e materiais, a infraestrutura inadequada e os processos burocráticos. A concentração de serviços nas áreas urbanas e a escassez de profissionais de saúde em algumas regiões também contribuem para a demora. Assim como, relata a realidade da cidade de São Paulo, Brasil, SPEDO, Sandra Maria, et al. (2010):

Há um desperdício de um número grande de consultas. (...) Como o *call center* não dá a resposta imediata. O usuário é orientado a ir para casa e voltar depois de um tempo pra saber quando foi agendada a consulta dele. Se ele não volta, essa consulta é reagendada e perdida. Muitas vezes, procura-se levar até a casa dele. Não consegue também. Outras vezes, é marcada a consulta, mas é distante de tempo e esquece. É impossível. (...) Ele mora na periferia da zona norte, se tiver que chegar às sete da manhã, num ambulatório da zona sul, não tem como chegar, impossível. Ele não sabe o caminho, vai ter que sair da casa dele três horas da manhã, pra poder chegar às sete no ambulatório (assistente técnico da SES-SP).

O grupo focal de usuários, que foi realizado no mesmo período em que a informatização dos serviços estava em curso, evidenciou que esses problemas ainda não haviam sido superados. (...) Os temas que mais se destacaram foram agregados em três categorias: as regras estabelecidas pelos serviços; a distância dos serviços especializados; a demora para conseguir atendimento. Logo após a apresentação do tema aos participantes, a primeira manifestação foi de crítica às regras de funcionamento e fluxo dos pacientes que eram estabelecidas unilateralmente pelos serviços e impostas aos usuários. (...) A demora para conseguir o atendimento pretendido, seja realização de um exame ou consulta médica, foi o tema que assumiu maior relevância na discussão. Todos os participantes esperaram, ou ainda estavam esperando muito tempo para conseguir concretizar seu encaminhamento, sem qualquer informação sobre o tempo provável de espera ou o local do atendimento.

O tempo de espera prolongado não apenas afeta os pacientes, mas também impacta negativamente a eficiência do sistema de saúde. Filas longas podem sobrecarregar os estabelecimentos de saúde, gerando a necessidade de mais recursos e aumentando os custos operacionais. Além disso, a insatisfação dos usuários pode abalar a confiança no sistema de saúde como um todo.

**4 ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O ACESSO AO SUS**

Diante dessas barreiras, é crucial adotar estratégias que melhorem o acesso ao SUS e garantam a efetivação do direito à saúde para todos os cidadãos. Alguns passos importantes incluem:

4.1 FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Investir na atenção primária à saúde é fundamental para garantir um acesso mais eficiente e integral ao constitucional direito correlato. Fortalecer as unidades básicas de saúde e as equipes multidisciplinares que nelas atuam pode reduzir a necessidade de encaminhamentos desnecessários e diminuir as filas nos serviços de maior complexidade. Assim como diz Patty Fidelis de Almeida, (2011 p. 85):

As medidas que buscam aumentar o protagonismo da APS e promover a coordenação dos cuidados são um tema recorrente e prioritário na agenda do setor saúde europeu (...)

as reformas empreendidas desde os anos de 1990 nesses países, voltadas ao fortalecimento da atenção primária, objetivaram aumentar o poder do primeiro nível de atenção como coordenador de outros níveis por meio de mecanismos de mercado ou do monopólio do papel de porta de entrada e de acesso à atenção especializada com base em mecanismos de coordenação hierárquica. Outras medidas em prol da coordenação do sistema pela APS estenderam os serviços nesse nível de atenção para incluir atividades de prevenção e promoção, cuidados comunitários e execução de procedimentos antes realizados na atenção hospitalar (...), com introdução de equipes multiprofissionais. (...) Entre os fatores que têm impacto sobre a coordenação, destacam-se o incremento do papel de filtro (gatekeeping) dos médicos generalistas, relacionado à gestão e à responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário. Além desse fator, vale citar ainda o aumento da capacidade de resolução da APS por meio da destinação de recursos e da ampliação da cesta de serviços, seja pelo aumento do acesso a meios diagnósticos e terapêuticos, seja pela educação continuada; e o maior prestígio e reconhecimento profissional (...) uma atenção primária forte se caracteriza por um primeiro nível assistencial com capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia da continuidade.

4.2 TELEMEDICINA, O USO DA TECNOLOGIA E INOVAÇÃO, GESTÃO DE FILAS E AGENDAMENTOS

A telemedicina pode ser uma solução para a diminuição do tempo de espera, especialmente para consultas de menor complexidade. Consultas virtuais podem ser agendadas de forma mais rápida e eficiente, atendendo às necessidades dos pacientes sem a necessidade de deslocamento por parte dos profissionais ou dos próprios pacientes, que em alguns casos, acabam necessitando do amparo do Estado para atendimentos de forma presencial. A tecnologia pode desempenhar um papel significativo na melhoria do acesso. Agendamentos online, telemedicina e prontuários eletrônicos são exemplos de soluções que podem otimizar o processo de atendimento, reduzir as filas e melhorar a comunicação entre pacientes e profissionais da saúde. Neste sentido, MALDONADO (2016 p. 6) faz uma interligação entre a Telemedicina e o uso de tecnologias:

Do ponto de vista da iniciativa privada, perspectivas de crescimento do mercado, oportunidades de negócios, ampliação dos serviços prestados, potencial redução do número de atendimentos e de internações, aumento da prevalência de doenças crônicas, controle de custos, entre outros fatores, explicam o crescente interesse nessa indústria emergente.

Assiste-se a diversos movimentos empresariais nacionais de posicionamento nessa indústria no Brasil. Engloba empresas da indústria de equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos que, ao transformarem seus produtos analógicos em digitais, embarcarem nesses produtos sistemas de informações e os dotarem com interfaces de comunicação de dados, se tornam aptas a atuar em telemedicina. Inclui, igualmente, fornecedores de serviços, sobretudo empresas de tecnologia da informação (TI) e de equipamentos, tais como aparelhos de comunicação, computadores (hardware), equipamentos de transmissão e recepção (modems, roteadores etc.), cujos produtos e serviços são adquiridos quer pelas empresas de equipamentos médicos, quer pelas empresas de telemedicina. Destaca-se também a indústria de software, com o desenvolvimento de sistemas de informações customizados para atender a uma demanda cada vez maior de novas e diversificadas aplicações da telemedicina. Abarca igualmente as próprias empresas de telemedicina que no Brasil se constituem, sobretudo, em prestadoras de serviços de telemedicina, por exemplo, serviços de laudos a distância, ou telediagnóstico, em especial laudos de ECG, radiologia e educação a distância. Deve-se acrescentar, ainda, as empresas provedoras de infraestrutura de comunicação (redes de cabos coaxiais, sistemas de telefonia e telecomunicações, sistemas de satélites, sistemas de rádios, redes de fibra ótica etc.) que viabilizam a telemedicina

Implementar sistemas de agendamento eficientes e tecnologias que gerenciem as filas pode ajudar a distribuir a demanda de maneira mais uniforme. Isso pode reduzir os picos de congestionamento e diminuir os tempos de espera, melhorando a experiência do paciente. Citado por NASCIMENTO (2018 p. 8):

Nesta seção será apresentada uma proposta de uso da tecnologia blockchain a fim de se elevar o nível de transparência na gestão das filas de espera de cirurgias eletivas realizadas com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo em vista os seguintes requisitos funcionais: ● O Ministério da Saúde concederá autorização às contas das secretarias de saúde para que essas possam realizar suas operações; ● As secretarias de saúde, e somente elas, criarão filas de espera; ● As secretarias de saúde, e somente elas, incluirão pacientes no final das respectivas filas de espera, bem como, registrarão a movimentação da fila indicando o atendimento ao primeiro paciente da fila ● Qualquer cidadão ou órgão de controle poderá auditar as movimentações em qualquer uma das filas de espera. A solução apresentada propõe o uso da blockchain pública Ethereum e requer a criação de um conjunto de contas dentro da rede para seu funcionamento, tanto externally owned account, controladas por chaves privadas dos entes governamentais envolvidos no processo, quanto contract accounts que conterão o código responsável por manter as regras de funcionamento do sistema.

4.3 AMPLIAÇÃO DA CAPACIDADE E MELHORIA NA GESTÃO DOS PROCESSOS

Investir na capacidade dos serviços de saúde, como a construção de novas unidades e a contratação de mais profissionais de saúde, pode avaliar a sobrecarga e reduzir o tempo de espera. É importante considerar uma distribuição equitativa desses recursos para evitar disparidades regionais. Neste sentido, PIZZINATO (v.36, p. 174) diz:

É importante ressaltar que devem ser consideradas as ações em saúde, não somente a participação de estudantes e docentes, mas também a aquisição de bens patrimoniais, material de expediente e reformas. Foi possível a melhoria das instalações dos serviços, aquisição de equipamentos e materiais com apoio do Pró-Saúde. Portanto, salienta-se que tais investimentos contribuíram para que as equipes de saúde, estudantes e docentes, dentro desses locais de trabalho, pudessem desempenhar de forma mais satisfatória seus processos de trabalho. (...) É importante destacar que o planejamento das ações em educação permanente em saúde desenvolvidas por meio do Pró-Saúde e PET-Saúde tem sido realizado em conjunto, considerando as necessidades e a realidade dos serviços e dos trabalhadores, articulado com as políticas setoriais da Secretaria Municipal de Saúde.

Uma revisão dos processos internos dos estabelecimentos de saúde pode revelar áreas onde há desperdício de tempo e recursos. Melhorar a gestão desses processos pode agilizar o atendimento, desde a triagem até a realização de exames e consultas. Assim como alerta Letícia Krauss Silva (2004):

No caso de tecnologias mais complexas, é necessário o investimento em centros de excelência, especialmente em hospitais universitários, que devem ser designados para avaliar os efeitos e custos (uso de recursos) comparativos de tecnologias específicas em nosso país, no sentido de complementar ATSs preliminares e orientar/liderar um eventual processo de incorporação tecnológica (incluindo a capacitação de profissionais de saúde); os protocolos gerais e os correspondentes a cada designação precisariam ser adequadamente elaborados. Além da (re)elaboração e “adaptação” de ATSs para os níveis nacional e regional, é importante também que diretrizes clínicas e estratégias de implementação sejam desenhadas ou adaptadas, quando necessário, para os níveis nacional e regional, que precisariam estar capacitados para esse processo, o qual, por sua vez, facilitaria a revisão de instrumentos importantes como a programação pactuada integrada.

O acesso ao SUS é um elemento central na concretização do direito à saúde no Brasil. Superar as barreiras existentes requer um esforço conjunto, que envolve não apenas ações governamentais, mas também a participação da sociedade, a busca por inovações e aprimoramento do sistema.

**5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente artigo buscou analisar a complexidade do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, contemplando suas evoluções históricas, desafios e estratégias para superar as barreiras que afeta, a efetividade desse direito fundamental.

O escopo da pesquisa foi o cenário em que o SUS foi instituído, fruto da Constituição Federal de 1988, destacando seus princípios e objetivos. A partir daí, a evolução do SUS ao longo das décadas foi discutida, ressaltando as conquistas alcançadas, como a descentralização, participação social e a abrangência de serviços oferecidos. Contudo, ao longo do estudo, ficou claro que apesar desses avanços, o acesso pleno aos serviços de saúde ainda não é uma realidade para todos os cidadãos.

Foram exploradas as principais barreiras que dificultam o acesso ao SUS. As desigualdades socioeconômicas, regionais, as longas filas e o tempo de espera, bem como a burocracia, emergiram como desafios significativos. O acesso à saúde, que deveria ser universal e igualitário, muitas vezes se vê comprometido devido a esses obstáculos. Ainda, foram abordadas estratégias para melhorar o acesso ao SUS.

A ampliação da atenção primária, a redução das desigualdades regionais, o uso da tecnologia e inovação foram destacados como caminhos promissores para superar as barreiras. A incorporação de telemedicina, prontuários eletrônicos, agendamento online e outras soluções tecnológicas podem revolucionar o modo como os serviços de saúde são entregues, tornando-os mais acessíveis e eficientes.

A análise conjunta dos capítulos revela a complexidade do desafio enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro. Apesar do SUS representar um marco na democratização da saúde, as barreiras que dificultam o acesso continuam a ser um obstáculo significativo para muitos cidadãos.

No entanto, as estratégias discutidas fornecem um direcionamento claro para mitigar esses obstáculos e fortalecer o acesso equitativo e oportuno aos serviços de saúde. Portanto, é evidente que a busca pela melhoria do acesso ao SUS é um esforço contínuo que envolve não apenas os gestores de saúde, mas toda a sociedade.

A promoção de políticas públicas que garantam a equidade, a descentralização dos serviços, o uso adequado da tecnologia e a participação ativa da comunidade são fatores cruciais para alcançar a verdadeira universalidade do sistema de saúde do Brasil, assim como a conscientização da população acerca de seus direitos e da melhor formatação para o seu exercício pleno.

Espera-se que este trabalho contribua para uma compreensão mais aprofundada dos desafios enfrentados pelo SUS e das estratégicas que podem ser implementadas para superar as barreiras ao acesso, avançado assim em direção a um sistema de saúde mais inclusivo e eficaz para todos os cidadãos brasileiros.

**REFERÊNCIAS BIBIOGRÁFICAS**

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Editora Fiocruz, 2009.

BORNHOLDT, Larissa et al. Dificuldades e potencialidades na implantação do e-SUS em uma Estratégia de Saúde da Família. **Salão do Conhecimento**, 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/leis/l8142.htm

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema Único de Saúde (SUS). URL: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus. Acessado em 31 de agosto de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\_principios.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (Minas Gerais). Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/sus. Acessado em: 03 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2349-8-conferencia-nacional-de-saude-1986>. Acessado em: 23 de outubro de 2023.

CELUPPI, Ianka Cristina et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2023-2034, 2021.

GIAMBERARDINO FILHO, Donizetti Dimer. O Sistema Único de Saúde e as filas de espera para cirurgias eletivas. **Arquivos do CRM-PR**, v. 34, n. 135, 2017.

KRAUSS-SILVA, Letícia. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S199-S207, 2004.

MALDONADO, Jose Manuel Santos de Varge; MARQUES, Alexandre Barbosa; CRUZ, Antonio. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

MARINHO, Alexandre. **A economia das filas no sistema único de saúde (SUS) brasileiro**. Texto para Discussão, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf

NASCIMENTO, Fabiano Rodrigo Alves. Transparência nas filas de cirurgias eletivas realizadas com recursos do SUS através da tecnologia Blockchain. **Relatórios Técnicos do Departamento de Informática Aplicada da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro**, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. O direito à saúde como direito humano fundamental.

Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/699271/42364-direito-a-saude-cidadania-e-estado.pdf

PIZZINATO, Adolfo et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 170-177, 2012.

1. Bacharelando em Direito pela Faculdade São Lourenço/UNISEPE. e-mail: thiagokrauss32@gmail.com. [↑](#footnote-ref-0)
2. Mestre em Direito e Instituições Políticas pela Universidade FUMEC, advogada e professora universitária. E-mail: priscilalab@outlook.com. [↑](#footnote-ref-1)