

CUIDADO OPORTUNO, ESCASSEZ REGULADA E DIREITOS DOS PACIENTES NAS CIDADES RESILIENTES

**TIMELY CARE, REGULATED SCARCITY AND PATIENTS' RIGHTS IN
RESILIENT CITIES**

Ciências Sociais Aplicadas • 28/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/793076602](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/793076602)

Leonardo de Souza Moldero¹

Moisés Figueiredo da Silva²

Tiago Simões Leite³

Luciano Henrique Trindade⁴

Antônio Pires Barbosa⁵

RESUMO

O artigo analisa de que modo o direito ao cuidado em tempo oportuno requalifica juridicamente a regulação do acesso aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde, em contextos urbanos marcados por escassez, desigualdades territoriais e exigências de resiliência. Adota abordagem qualitativa, predominantemente jurídico-dogmática, apoiada em pesquisa bibliográfica e documental, com exame da Constituição Federal, da legislação sanitária, do Estatuto dos Direitos do Paciente, da Política Nacional de Regulação em Saúde e de referenciais nacionais e internacionais sobre acesso, qualidade e resiliência. Os resultados demonstram que o tempo oportuno integra a qualidade juridicamente exigível do cuidado, de modo que filas, prioridades e esperas devem ser justificados por critérios de risco, tempo de espera, vulnerabilidade, transparência e possibilidade de revisão. A análise evidencia, ainda, que a efetividade do acesso depende da organização territorial dos serviços, da mobilidade, da regionalização e da coordenação interfederativa. Conclui-se que a legitimidade da regulação decorre da capacidade institucional de governar a escassez por critérios verificáveis, preservar a utilidade temporal da prestação e evitar que barreiras administrativas ou territoriais convertam a espera em comprometimento juridicamente relevante dos direitos dos pacientes.

Palavras-chave: direitos dos pacientes; cuidado em tempo oportuno; regulação do acesso; resiliência urbana; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The article examines how the right to timely care legally reshapes the regulation of access to health services within the Brazilian Unified Health System in urban contexts marked by scarcity,

territorial inequalities, and demands for resilience. It adopts a qualitative, predominantly legal-dogmatic approach, supported by bibliographic and documentary research, with analysis of the Federal Constitution, health legislation, the Patients' Rights Statute, the National Health Regulation Policy, and national and international frameworks on access, quality, and resilience. The findings show that timeliness forms part of the legally required quality of care, so that waiting lists, priorities, and delays must be justified by criteria related to risk, waiting time, vulnerability, transparency, and the possibility of reassessment. The analysis further demonstrates that effective access depends on the territorial organization of services, mobility, regionalization, and intergovernmental coordination. It concludes that the legitimacy of regulation derives from the institutional capacity to govern scarcity through verifiable criteria, preserve the temporal usefulness of care, and prevent administrative or territorial barriers from turning waiting into a legally relevant impairment of patients' rights.

Keywords: patients' rights; timely care; access regulation; urban resilience; Brazilian Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

O reconhecimento do cuidado em tempo oportuno como direito do paciente revela, juridicamente, uma tensão que a simples existência de serviços de saúde não resolve. À medida que a pessoa submetida a cuidados deixa de ser concebida como destinatária passiva da atuação profissional e passa a ocupar a posição de sujeito de direitos, a efetividade dessa titularidade permanece dependente de organizações marcadas por recursos limitados, desigualdades territoriais e fluxos assistenciais cuja complexidade, não raramente, permanece inacessível ao próprio paciente. Em saúde, o tempo

integra o conteúdo da prestação: quando a resposta ocorre depois de perdida a oportunidade clínica, o atendimento pode subsistir formalmente sem realizar, em termos materiais, a proteção que o justificava.

A formulação do Direito do Paciente como campo jurídico autônomo contribuiu para esse deslocamento ao reconhecer que a vulnerabilidade acrescida da pessoa sob cuidado não elimina sua autonomia, tampouco autoriza que sua experiência seja reduzida às categorias do consumidor, do usuário administrativo ou do destinatário de uma decisão técnica. Ao lado da autodeterminação e da participação, a proteção dos direitos dos pacientes alcança as condições institucionais em que a assistência é organizada, uma vez que a qualidade do cuidado depende tanto da relação clínica quanto da capacidade dos serviços e sistemas de saúde de assegurar acesso, segurança e continuidade (Albuquerque, 2022).

A literatura dedicada ao acesso reforça essa compreensão, ao demonstrar que a disponibilidade formal de um serviço não garante sua obtenção efetiva. O acesso se constrói na relação entre as necessidades da população e as características do sistema, compreendendo as condições que permitem reconhecer a necessidade, buscar atendimento, alcançar o serviço, recebê-lo e dele obter benefício (Travassos; Martins, 2004; Levesque; Harris; Russell, 2013). No conjunto bibliográfico examinado, contudo, a dimensão temporal, embora atravessasse todo esse percurso, recebeu menor elaboração jurídica do que aspectos tradicionalmente associados ao acesso, como disponibilidade, acessibilidade geográfica, capacidade de utilização e aceitabilidade.

O Estatuto dos Direitos do Paciente, instituído pela Lei nº 15.378/2026, confere nova relevância a essa questão ao assegurar, em seu art. 8º, o acesso a cuidados em saúde de qualidade no tempo oportuno. A garantia não aparece de modo isolado, na medida em que se relaciona à adequação das instalações e à formação e capacitação dos profissionais e, no contexto da transferência para outra unidade, às condições clínicas de segurança, ao melhor interesse do paciente, à disponibilidade de leitos, à ordem de regulação e ao encaminhamento do registro do atendimento ou dos procedimentos ao serviço de destino. A oportunidade do cuidado emerge, assim, de uma organização apta a converter necessidade clínica em resposta efetiva antes que a demora comprometa a segurança, a continuidade terapêutica ou a utilidade concreta da prestação (Brasil, 2026b). O problema jurídico deixa, portanto, de se restringir à existência abstrata dos serviços e alcança o modo pelo qual eles são articulados, distribuídos e efetivamente disponibilizados.

É nessa passagem entre o direito reconhecido e a resposta oferecida pela rede que a regulação do acesso assume posição central. Sistemas universais e complexos dependem de filas, critérios de prioridade, referências e contrarreferências, centrais reguladoras, transferências e mecanismos de distribuição de leitos, pois a escassez não desaparece com a proclamação de direitos e precisa ser administrada por instituições capazes de ordenar necessidades concorrentes. A Política Nacional de Regulação em Saúde do SUS associa essa função ao acesso oportuno, qualificado e resolutivo, à organização integrada dos fluxos assistenciais, à transparência e à continuidade do cuidado, evidenciando que a regulação não constitui mero procedimento burocrático, mas dimensão institucional da concretização do direito à saúde (Brasil, 2025).

A necessidade de ordenar recursos limitados, no entanto, não retira da regulação sua sujeição ao controle jurídico. A fila pode atuar como instrumento legítimo de justiça distributiva quando se apoia em prioridades clinicamente fundamentadas, critérios públicos, informação adequada e possibilidade de revisão; quando opaca, desatualizada ou indiferente à alteração do quadro clínico, pode ocultar a demanda reprimida e interromper o percurso assistencial sem que a insuficiência da resposta seja prontamente reconhecida. A expressão *escassez regulada* designa, neste estudo, a ordenação juridicamente controlada de recursos limitados, na qual o dever de priorizar permanece acompanhado das obrigações de justificar, informar, acompanhar e rever.

Não obstante o Estatuto dos Direitos do Paciente incidir sobre serviços públicos, privados e operadoras de planos de assistência à saúde, a investigação concentra-se na regulação pública do acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esse recorte permite examinar com maior precisão a regionalização da assistência, as listas reguladas, os tempos de espera, a relação entre atenção primária e serviços especializados e os deveres de transparência e continuidade que recaem sobre a rede. Não se reduz, com isso, o alcance do Estatuto; delimita-se o campo institucional em que a hipótese será desenvolvida, permanecendo a saúde suplementar e os serviços privados como espaços de projeção futura das categorias construídas.

A regulação também não opera em um território abstrato, porquanto a decisão que classifica uma prioridade, autoriza uma transferência ou indica a unidade de destino depende da distribuição espacial dos serviços, da mobilidade urbana, do transporte sanitário, das comunicações, dos sistemas de informação,

da energia e da coordenação entre os diferentes pontos da rede. A cidade oferece as condições territoriais do acesso; o sistema de saúde organiza a resposta assistencial; e a regulação procura articular necessidade, prioridade e disponibilidade. Essa relação aproxima o problema das discussões sobre resiliência urbana e resiliência dos sistemas de saúde, categorias distintas, mas institucionalmente interdependentes.

A literatura sobre resiliência urbana adverte que o conceito permanece polissêmico e pode tanto orientar a preservação de infraestruturas e serviços essenciais quanto ser apropriado por discursos que naturalizam a adaptação à precariedade (Farias, 2017). Gonçalves (2017) propõe uma perspectiva evolutiva, na qual a resiliência ultrapassa a simples recuperação do estado anterior e envolve aprendizagem e transformação, enquanto Barlach (2024) ressalta que ela não se confunde com persistência, resistência ou capacidade de suportar indefinidamente a adversidade. A Organização Mundial da Saúde, ao abordar a preparação para emergências em cidades e contextos urbanos, também destaca a importância da governança, da coordenação multissetorial e do fortalecimento das capacidades locais para a preservação das funções sanitárias essenciais (World Health Organization, 2021). No campo da saúde, essa cautela impede que o dever de adaptação seja deslocado para pacientes, famílias ou profissionais submetidos a falhas persistentes, dirigindo a análise para a capacidade das instituições de manter serviços essenciais, recompor fluxos e transformar arranjos que comprometem a continuidade do cuidado.

Apesar das contribuições acumuladas em cada campo, a literatura sobre direitos dos pacientes, acesso, regulação e resiliência permanece predominantemente organizada em conhecimentos

que pouco dialogam entre si. Os estudos sobre Direito do Paciente concentram-se na autonomia, na vulnerabilidade e na participação; as pesquisas sobre acesso examinam barreiras e percursos assistenciais; a produção sobre regulação aborda oferta, demanda, filas, prioridades e coordenação; os trabalhos sobre resiliência dedicam-se à continuidade, à adaptação e à transformação diante de crises. A lacuna que orienta esta pesquisa reside justamente na articulação desses campos por meio do cuidado em tempo oportuno, compreendido como categoria capaz de relacionar a posição jurídica do paciente à arquitetura institucional que ordena a escassez. A investigação apresenta, neste contexto, relevância teórica, ao aproximar tradições ainda fragmentadas, e relevância prática, ao oferecer parâmetros para distinguir dificuldades gerenciais de falhas que podem comprometer a proteção jurídica do paciente.

Formula-se, assim, o seguinte problema de pesquisa: em que medida o direito ao cuidado em tempo oportuno, previsto no Estatuto dos Direitos do Paciente, requalifica a regulação do acesso no SUS como dever jurídico de organização da escassez em contextos urbanos que exigem capacidades articuladas de resiliência urbana e dos sistemas de saúde? Parte-se da hipótese de que o cuidado oportuno ultrapassa a condição de diretriz administrativa de eficiência e pode ser reconstruído como parâmetro jurídico de suficiência assistencial, de modo que a legitimidade da regulação dependa de sua aptidão para ordenar prioridades por critérios justificáveis, conferir visibilidade aos tempos de espera, revisar decisões diante de alterações clínicas e preservar a continuidade do percurso assistencial.

O objetivo geral consiste em analisar de que modo o direito ao cuidado em tempo oportuno requalifica juridicamente a regulação do acesso no Sistema Único de Saúde, considerando a relação entre escassez, continuidade assistencial, resiliência urbana e resiliência dos sistemas de saúde. Para alcançá-lo, busca-se reconstruir a posição jurídica do paciente a partir de sua vulnerabilidade acrescida; densificar o cuidado oportuno na convergência entre direitos dos pacientes, acesso e qualidade assistencial; examinar filas, prioridades e tempos de espera como elementos de uma escassez juridicamente regulada; e investigar em que medida as capacidades institucionais de preservação, recomposição e transformação dos fluxos assistenciais podem ser avaliadas à luz dos direitos dos pacientes. Por esse percurso, pretende-se contribuir para uma compreensão da regulação que reconheça a limitação material dos recursos sem retirar da organização do acesso sua sujeição às exigências jurídicas próprias de um sistema de saúde orientado ao cuidado oportuno.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica desta pesquisa não resulta da justaposição de categorias extraídas do Direito do Paciente, dos estudos sobre acesso, da regulação sanitária e da literatura sobre resiliência. A hipótese proposta exige que esses campos sejam lidos em relação, pois o cuidado em tempo oportuno não se esgota no encontro clínico, nem pode ser reduzido a indicador de desempenho administrativo. Entre o direito reconhecido ao paciente e a prestação que efetivamente lhe alcança interpõe-se uma arquitetura institucional que identifica necessidades, estabelece prioridades, distribui recursos, organiza percursos assistenciais e atua em territórios marcados por desigualdades, interdependências e

perturbações. É nesse espaço intermediário — onde a norma encontra as capacidades reais do sistema — que o problema jurídico adquire densidade.

As categorias mobilizadas ao longo deste item são atravessadas por tensões que impedem seu emprego automático. A vulnerabilidade pode fundamentar proteção reforçada, mas também servir de pretexto à restauração do paternalismo; a escassez torna necessária a regulação, embora possa ser invocada genericamente para legitimar opacidade, demora e fragmentação; a resiliência pode traduzir continuidade, aprendizagem e transformação institucional, mas também converter-se em discurso que transfere aos pacientes, às famílias e aos profissionais o dever de suportar falhas que deveriam ser corrigidas pelo poder público. Não se pode estabelecer, se examinadas isoladamente, significado jurídico estável à vulnerabilidade, à regulação e à resiliência, cujo alcance depende das relações que estabelecem com a autonomia, a equidade, a transparência, a continuidade assistencial e a responsabilidade institucional.

Por essa razão, o percurso teórico parte da posição jurídica do paciente, porque é a titularidade de direitos que confere sentido normativo às estruturas de acesso e aos deveres de organização do sistema. A análise avança, então, para a temporalidade da assistência, a fim de compreender em que condições o cuidado pode ser considerado oportuno e materialmente suficiente; alcança, na sequência, a regulação, as filas e os critérios mediante os quais a escassez é administrada; e situa, por fim, essas mediações no contexto das interdependências urbanas e da resiliência dos sistemas de saúde. Desse movimento emergem as categorias de cuidado oportuno, escassez regulada e resiliência institucional, que

serão construídas progressivamente e oferecerão o quadro O paciente como sujeito de direitos e a tensão entre vulnerabilidade, autonomia e participação teórico necessário à análise desenvolvida nas seções posteriores.

2.1. A Condição Jurídica do Paciente Entre Vulnerabilidade Acrescida, Autonomia e Participação.

A afirmação do paciente como sujeito de direitos não se completa pela substituição de uma nomenclatura, tampouco pela atribuição abstrata de faculdades jurídicas a quem recebe assistência, mas modifica, verdadeiramente, o fundamento pelo qual se reconhece a legitimidade do cuidado, porque retira a pessoa enferma da condição de objeto sobre o qual incidem conhecimentos, técnicas e decisões profissionais e a situa como titular de uma posição jurídica própria, cuja vontade, experiência corporal, história e projeto de vida integram a definição do que pode ser considerado cuidado adequado. Por óbvio que o saber clínico conserva sua indispensabilidade, no entanto sua justeza interna já não basta para legitimar a intervenção; a proteção permanece necessária, embora deva ser prestada sem reduzir a pessoa à enfermidade diagnosticada ou à terapêutica prescrita. A condição jurídica do paciente forma-se nesse espaço de coexistência entre dependência e agência e assume natureza simultaneamente relacional e institucional: relacional, porque se exerce em vínculos atravessados por confiança, conhecimento e poder; institucional, porque sua efetividade depende de organizações que controlam informações, tecnologias, recursos e percursos assistenciais.

Essa transformação alcança o modo pelo qual se compreende a autoridade nos cuidados em saúde. No paradigma paternalista -

entendido como o modelo em que o profissional de saúde, com base em seu saber técnico, assume a posição de decidir unilateralmente o que considera melhor para o paciente, ainda que isso implique substituir ou desconsiderar a vontade deste -, o domínio do conhecimento tendia a reunir, no mesmo agente, a competência para indicar a medida clinicamente apropriada e a prerrogativa de determinar sua realização, como se o propósito benéfico da conduta fosse suficiente para substituir a vontade de quem suportaria seus efeitos. A emergência dos direitos dos pacientes não tornou dispensáveis o *savoir-faire* profissional, a prudência clínica ou os deveres de proteção; alterou, antes, as condições de legitimidade de seu exercício. Uma intervenção tecnicamente correta pode revelar-se juridicamente inadequada quando imposta sem informação, consentimento ou respeito à recusa, da mesma forma que a observância meramente formal de uma escolha pode ser insuficiente quando faltam ao paciente condições materiais, comunicacionais e temporais para formá-la ou amadurecê-la.

A recepção jurídica imediata do Estatuto captou essa inflexão ao assinalar que a correção científica da atuação já não esgota a demonstração de sua legitimidade jurídica, que passa a depender também da qualidade do processo decisório que a sustenta (Nunes, 2026). A passagem do paciente-objeto ao paciente-sujeito não representa, portanto, inversão simplista do poder decisório, como se o conhecimento profissional se tornasse irrelevante, mas também a reconstrução da relação assistencial sob parâmetros que articulam competência técnica, autodeterminação, cuidado e responsabilidade.

A posição de paciente pode – e não necessariamente deve - coexistir com outras qualificações reconhecidas pelo ordenamento. A pessoa

atendida por prestador privado poderá ser também consumidora; aquela que procura unidade estatal, por seu turno, será usuária de serviço público; ambas permanecem cidadãs e podem titularizar proteções relacionadas à infância, ao envelhecimento, à deficiência ou a outras circunstâncias pessoais. O próprio Estatuto dos Direitos do Paciente preserva os direitos decorrentes da aquisição ou utilização de produtos e serviços e determina a aplicação conjunta das demais normas protetivas (Brasil, 2026b). Essa sobreposição não dissolve a especificidade da condição de paciente. A relação de consumo explica aspectos contratuais, informacionais e reparatórios, enquanto a categoria de usuário permite examinar a prestação administrativa e sua submissão aos princípios do serviço público; nenhuma delas, isoladamente, apreende a incidência imediata das decisões sobre o corpo, a integridade, a identidade e a continuidade da vida, nem a dependência circunstancial de conhecimentos, tecnologias e recursos controlados por terceiros. A singularidade jurídica decorre da combinação entre a intensidade existencial dos bens envolvidos, a possibilidade de danos irreversíveis, a assimetria de conhecimentos e a continuidade da necessidade assistencial, que frequentemente subsiste para além de uma relação contratual ou de um episódio administrativo determinado.

É a partir dessa especificidade que Albuquerque (2022) sustenta a formação do Direito do Paciente como ramo jurídico autônomo, alicerçado no cuidado centrado no paciente, na vulnerabilidade acrescida e na participação. A proposição admite oposição legítima, na medida em que, se o Direito Constitucional, os direitos humanos, o Direito Sanitário, o Direito do Consumidor, a responsabilidade civil e a Bioética já fornecem instrumentos de proteção, a criação de um campo próprio poderia parecer simples fragmentação terminológica de conteúdos suficientemente tutelados. Essa objeção perde força

quando a autonomia é compreendida em sentido funcional, e não como pretensão de isolamento disciplinar. O Direito do Paciente não substitui os domínios dos quais recebe princípios, categorias e garantias; ao revés, reúne posições jurídicas dispersas em torno de um sujeito, de uma experiência e de uma relação assistencial específicas, permitindo reconhecer com maior precisão quem é protegido, quais obrigações decorrem do cuidado e e como as violações podem ser reconhecidas e exigidas. Ao afirmar que esse campo oferece uma “linguagem ético-jurídica que legitime os pleitos dos pacientes”, Albuquerque (2022, p. 57) assinala consequência que ultrapassa a classificação acadêmica: situações antes percebidas apenas como falhas comunicacionais, inconvenientes administrativos ou desacordos éticos passam a ser submetidas às categorias dos direitos, dos deveres e da responsabilização

A promulgação do Estatuto conferiu densidade legislativa a essa construção, sem que isso signifique que os direitos nele reconhecidos tenham surgido apenas em 2026. Albuquerque e Rodrigues (2026) interpretam a nova lei como marco simultaneamente jurídico, ético e cultural, vinculado ao arcabouço dos direitos humanos e destinado a alterar valores e práticas ainda presentes nos serviços públicos e privados. A formulação é relevante porque afasta duas leituras insuficientes: a de que o Estatuto seria simples compilação de garantias preexistentes, sem capacidade transformadora, e a de que teria criado, a partir do nada, posições jurídicas anteriormente desconhecidas. A sistematização legislativa reúne direitos dispersos, explicita seus titulares e destinatários, oferece linguagem comum aos diferentes pontos da assistência e eleva o grau de justificação exigido de profissionais, serviços e instituições. Sua novidade reside menos na invenção isolada de cada

direito do que na formação de uma arquitetura normativa capaz de conferir-lhes unidade, visibilidade e exigibilidade.

A abordagem dos direitos humanos nos cuidados ao paciente desenvolve movimento convergente, embora parta de fundamentos e possua alcance distintos. Na formulação de Cohen e Ezer (2013), mantida apesar de anterior ao recorte temporal prioritário desta pesquisa porque inaugurou um marco ainda influente, a análise deve ultrapassar a relação bilateral entre paciente e profissional para alcançar os fatores sistêmicos, a situação de grupos historicamente marginalizados e a responsabilidade estatal. Ezer e Overall (2020) retomam essa perspectiva ao relacionar a efetividade dos direitos humanos às práticas cotidianas dos serviços, às condições de trabalho dos profissionais e à responsabilização de instituições públicas e privadas. O marco dos direitos humanos nos cuidados não coincide integralmente com a proposta brasileira de um Direito do Paciente autônomo: o primeiro abrange, em perspectiva mais ampla, direitos de pacientes e trabalhadores e se ancora no direito internacional; o segundo procura sistematizar posições específicas da pessoa submetida a cuidados. O diálogo entre essas construções é, ainda assim, teoricamente fecundo, pois impede que a violação seja reduzida à conduta individual de um profissional quando sua origem se encontra na falta de intérpretes, na inacessibilidade da informação, na fragmentação da rede, na ausência de canais de reclamação ou na maneira como prioridades e recursos são institucionalmente organizados.

Essa ampliação permite compreender, com maior rigor, a vulnerabilidade acrescida. A vulnerabilidade pertence à condição humana, marcada pela corporalidade, pela interdependência e pela exposição ao dano; o adoecimento, a dor, a hospitalização, o medo e

a incerteza podem intensificá-la e produzir limitações particulares. A condição clínica, entretanto, constitui apenas uma de suas fontes; fatores econômicos, sociais, culturais, religiosos, territoriais e comunicacionais influenciam a possibilidade de compreender informações, alcançar serviços, expressar preferências e contestar decisões, enquanto as práticas assistenciais podem mitigar essas limitações ou agravá-las. Albuquerque (2022) identifica dimensões físicas, emocionais, cognitivas, profissionais e institucionais da vulnerabilidade do paciente, ao passo que Aguiar (2023) a situa nas relações de interdependência e nas condições concretas em que as decisões são formadas; fosse como fosse, falar em vulnerabilidade acrescida significa, portanto, reconhecer um agravamento contextual e graduável da suscetibilidade ao dano, e não atribuir a todo paciente uma fragilidade homogênea, permanente ou incompatível com o exercício da autonomia.

As instituições participam ativamente da produção dessa condição. A pessoa que desconhece a posição ocupada em uma lista de espera, não recebe explicação compreensível sobre o encaminhamento realizado, encontra obstáculos para acessar seu prontuário ou percorre sucessivos serviços sem coordenação torna-se mais dependente porque a organização retém informações indispensáveis à compreensão e à influência sobre o próprio percurso. A vulnerabilidade aprofunda-se quando não há canal acessível para questionar uma decisão, quando alterações clínicas deixam de ser registradas ou quando a linguagem técnica converte o procedimento administrativo em realidade impenetrável. Em casos tais, o sistema não se limita a encontrar um sujeito previamente vulnerável: ele amplia sua exposição ao dano mediante opacidade, descontinuidade ou indiferença às condições concretas de participação. Essa dimensão institucional possui especial

importância para o objeto desta pesquisa, porque demonstra que proteger o paciente requer mais do que regular a conduta individual dos profissionais; exige ordenar estruturas, informações e fluxos de modo que a dependência inerente ao cuidado não se converta em sujeição evitável.

A assimetria que atravessa a assistência também possui natureza epistêmica. O paciente conhece a enfermidade de maneira diversa daquela estabelecida pela ciência médica: percebe a dor, acompanha a evolução dos sintomas, reconhece alterações em seu corpo e experimenta as repercussões do tratamento sobre a vida cotidiana. Esse conhecimento não substitui a formação profissional, mas constitui elemento relevante para a compreensão do caso e para a definição do cuidado. Kidd e Carel (2017) demonstram que pessoas enfermas se encontram particularmente expostas à injustiça epistêmica quando seu testemunho recebe credibilidade inferior ou quando as categorias disponíveis são insuficientes para expressar e tornar inteligível a experiência do adoecimento. A desqualificação pode decorrer do diagnóstico, da idade, da deficiência, do gênero, da raça, da condição econômica ou da presunção de que a narrativa subjetiva possui valor inferior ao dado técnico. Quando a dor relatada é minimizada, a percepção de deterioração é ignorada ou a dificuldade de compreender uma orientação é tratada como desinteresse, a pessoa sofre prejuízo não apenas como destinatária do serviço, mas em sua capacidade de conhecer e comunicar a própria experiência. Reconhecer o paciente como sujeito de direitos envolve, assim, reconhecê-lo também como sujeito de conhecimento, sem confundir a valorização de sua narrativa com renúncia ao juízo clínico.

A vulnerabilidade pode, nesse ponto, ser mobilizada em sentidos opostos. Como categoria de proteção, ela permite identificar barreiras, deveres de apoio e riscos agravados; transformada em presunção de incapacidade, restaura o paternalismo sob aparência protetiva. A dependência é, então, interpretada como passividade, a dificuldade circunstancial transforma-se em incompetência geral e a necessidade de auxílio converte-se em autorização para substituir a vontade do paciente. A resposta juridicamente adequada não consiste em negar a vulnerabilidade para preservar a autonomia, mas em individualizar suas causas, sua extensão e os apoios necessários ao exercício da agência. Importa saber quais danos ameaçam aquela pessoa, quais obstáculos restringem sua manifestação e quais instrumentos podem ampliar sua compreensão e sua capacidade de escolha. A proteção encontra sua medida na promoção da autonomia possível, e não no silenciamento preventivo de quem se pretende proteger.

A autonomia, por sua vez, não descreve autossuficiência, isolamento ou independência absoluta. A imagem de um indivíduo que delibera sozinho, plenamente informado e livre de condicionamentos oferece um parâmetro insuficiente para compreender decisões tomadas sob dor, incerteza, dependência técnica ou urgência. Gómez-Vírseda, De Maeseneer e Gastmans (2019) demonstra que a autonomia relacional reúne tradições teóricas distintas e chama a atenção para a constituição social da agência, para a importância das relações de confiança e para a possibilidade de a autonomia decisória variar ao longo do percurso assistencial. Os advertem que a categoria não deve permanecer como simples reação negativa ao individualismo; seu valor depende de uma formulação positiva que esclareça como relações e contextos podem fortalecer ou restringir a decisão. Essa perspectiva

relacional tampouco autoriza familiares, profissionais ou comunidades se apropriarem da escolha sob o argumento de que toda vontade é socialmente constituída. O centro normativo continua sendo a pessoa, sua capacidade de decidir é favorecida por informação compreensível, escuta, tempo, apoio e interlocutores que lhe permitam examinar as razões, os riscos e as consequências de suas preferências (Gómez-Vírseda; De Maeseneer; Gastmans, 2020).

A autonomia do paciente não se confunde, ademais, com poder para impor qualquer intervenção desejada, independentemente de sua segurança, indicação ou reconhecimento científico. A decisão compartilhada pressupõe um campo de alternativas clinicamente justificáveis, dentro do qual o paciente pode consentir, recusar, formular preferências e definir o modo como riscos e benefícios se relacionam com seu projeto de vida. O profissional conserva o dever de não oferecer medidas inúteis, desproporcionais ou contrárias à boa prática, mas essa autoridade técnica precisa ser exercida por meio de razões comunicáveis e sujeitas ao questionamento, e não como prerrogativa imune à participação. Bottós de Paula (2026) identifica nessa compatibilização uma das tensões centrais da aplicação do Estatuto: proteger a autonomia não implica esvaziar a técnica, assim como invocar a autonomia profissional não autoriza o restabelecimento de decisões unilaterais. O problema jurídico encontra-se na qualidade da deliberação e na justificação dos limites, não na escolha abstrata de um poder destinado a prevalecer sobre o outro.

A autonomia relacional modifica, portanto, a natureza dos deveres que recaem sobre a assistência. A proteção tradicional da autodeterminação costuma enfatizar obrigações negativas: evitar

coerção, não intervir sem consentimento e respeitar a recusa. Essas garantias permanecem essenciais, mas não asseguram, isoladamente, uma decisão efetivamente autônoma. Quando a pessoa não compreende a informação, carece de meio acessível para comunicar-se, desconhece alternativas ou é constrangida por condições institucionais que tornam uma opção impraticável, a ausência formal de coerção pouco revela sobre a liberdade real da escolha. Promover autonomia implica criar capacidades e condições para seu exercício, o que aproxima os deveres jurídicos de informação, comunicação, acessibilidade e apoio da própria substância da autodeterminação. A relação assistencial não oferece apenas o cenário em que uma escolha previamente formada é manifestada; participa de sua formação, podendo ampliar o campo decisório ou reduzi-lo a um consentimento ritual.

O Estatuto dos Direitos do Paciente incorpora essa reciprocidade ao definir a autodeterminação como capacidade de decidir segundo a própria vontade e escolhas, livre de coerção externa ou influência subjugante, e ao vinculá-la a um conjunto de condições jurídicas concretas. A norma assegura informação acessível, atualizada e suficiente, intérprete e recursos de acessibilidade, participação nas decisões e no plano terapêutico, consentimento informado, possibilidade de revogação, segunda opinião e tempo suficiente para decidir, ressalvadas as situações emergenciais (Brasil, 2026b). Particular relevância assume a previsão de que pacientes impedidos de oferecer consentimento livre e esclarecido por condições biológicas, psíquicas, culturais ou sociais recebam instrumentos que lhes permitam expressar opções ou resistência. A limitação da capacidade decisória não produz o desaparecimento jurídico da vontade; persistem preferências, manifestações e recusas que reclamam reconhecimento.

A primeira recepção jurídica do Estatuto tem interpretado essa sistematização como atribuição de densidade operacional à autonomia. Nassif (2026) observa que o consentimento deixa de constituir formalidade documental para assumir a natureza de processo contínuo de diálogo e que a participação informada passa a exigir a revisão de protocolos, fluxos e modelos institucionais de comunicação. A consequência é relevante: a lei desloca a indagação sobre se o paciente possui, em abstrato, capacidade para participar e obriga profissionais e serviços a investigar quais condições precisam ser fornecidas para que essa participação alcance o maior grau possível. A autodeterminação deixa de ser apenas limite externo à intervenção e passa a funcionar como critério de organização do processo assistencial.

O cuidado centrado na pessoa adquire densidade jurídica quando compreendido nesse registro; sua centralidade excede a cordialidade profissional, a adaptação da linguagem ou à satisfação declarada depois do atendimento, embora esses elementos tenham valor. Russell (2022) adverte que o fundamento do cuidado centrado no paciente é moral: perspectiva da pessoa importa porque ela é agente de uma existência sobre a qual as decisões clínicas incidem, e não somente porque sua colaboração pode elevar a adesão, reduzir custos ou melhorar indicadores. O Marco sobre Serviços de Saúde Integrados e Centrados nas Pessoas, aprovado pela Organização Mundial da Saúde em 2016, conduz essa premissa ao plano sistêmico ao propor que os sejam organizados em torno das necessidades e trajetórias humanas, com coordenação ao longo do cuidado, governança responsável e ambientes institucionais favoráveis à atuação das pessoas e comunidades. Na coprodução do cuidado, “a informação, a tomada de decisão e a prestação dos serviços tornam-se compartilhadas” (World Health Organization,

2016, p. 4, tradução nossa). A centralidade deixa, então, de representar atributo subjetivo de uma boa relação clínica e passa a exigir formas organizacionais que redistribuam conhecimento, responsabilidade e capacidade de influência.

Essa passagem reclama precisão no emprego de conceitos próximos. Cuidado centrado, autonomia, empoderamento, engajamento e participação descrevem dimensões relacionadas, mas possuem funções distintas. Ortiz Halabi *et al.* (2020) identificam, na literatura, múltiplos usos da participação nos níveis individual, organizacional e sistêmico, enquanto Hickmann, Richter e Schlieter (2022) demonstram que a utilização indistinta desses termos compromete a comunicação científica e a avaliação das práticas. Nesta pesquisa, a autonomia corresponde à capacidade juridicamente reconhecida de orientar as decisões relativas à própria existência; o empoderamento refere-se ao processo de fortalecimento das condições necessárias a esse exercício; o engajamento manifesta a atuação concreta e continuada do paciente; e a participação designa sua intervenção nas decisões que afetam os cuidados, a organização dos serviços e, conforme o âmbito, as políticas de saúde. A distinção não pretende fixar uma taxonomia universal. Sua função é revelar que um serviço pode declarar-se centrado no paciente e, ainda assim, preservar decisões unilaterais; pode exigir engajamento e transferir responsabilidades sem oferecer recursos; pode abrir canais participativos cuja existência formal pouco altera o modo como o poder é exercido.

No encontro clínico, a participação aproxima o conhecimento técnico do saber experiencial daquele que vive a enfermidade e suporta os efeitos da intervenção. Compreender, perguntar, deliberar, consentir, recusar e contribuir para a elaboração do plano

terapêutico integram essa dimensão, cujo valor não depende apenas dos benefícios que, eventualmente, possa produzir. A participação é frequentemente defendida porque melhora a segurança, aperfeiçoa serviços, aumenta a adesão ou torna as decisões mais responsivas; tais efeitos são relevantes, contudo, fornecem justificção instrumental. Existe, antes deles, uma razão normativa: a pessoa deve participar porque as decisões alcançam seu corpo e sua vida e porque sua experiência possui valor próprio na construção do cuidado. Mesmo quando a posição do paciente não conduz à solução mais eficiente ou não altera o resultado clínico esperado, sua consideração continua devida. Reduzida à capacidade de gerar desempenho, a participação pode ser aceita apenas quando coincide com os objetivos previamente definidos pela organização, perdendo precisamente a força crítica que lhe permite contestá-los.

O alcance participativo também ultrapassa o plano individual. Pacientes podem contribuir para a avaliação da qualidade, o redesenho dos fluxos, a elaboração de protocolos, a formação profissional, a segurança assistencial e a governança das instituições. McCarron *et al.* (2019) demonstram que a participação em decisões sistêmicas requer investimento em preparação, desenvolvimento de habilidades, apoio e criação de espaços adequados, pois o simples convite não corrige as diferenças de linguagem, disponibilidade, recursos e familiaridade institucional que separam usuários, profissionais e gestores. Ocloo *et al.* (2021), em revisão de revisões, identificam desequilíbrios de poder, baixa diversidade e insuficiência de inclusão entre os obstáculos recorrentes ao envolvimento de pacientes e do público. A participação juridicamente relevante demanda acesso prévio à informação, condições materiais de presença, acessibilidade, reconhecimento do conhecimento

experencial e disposição institucional para justificar a incorporação ou a rejeição das contribuições recebidas.

A existência de um fórum, conselho ou processo de consulta tampouco assegura representatividade. Pessoas com maior grau de escolaridade, tempo disponível, acesso digital e domínio da linguagem institucional tendem a acessar esses espaços com mais facilidade, em detrimento a outros grupos submetidos à toda sorte de barreiras. A exclusão não se corrige pela expectativa de que todos participem sob condições apenas formalmente idênticas; requer busca ativa, diversidade, suporte material e comunicacional, bem assim atenção às desigualdades que estruturam a própria possibilidade de fazer-se ouvir. Quando a instituição seleciona interlocutores reiteradamente próximos de suas rotinas ou convoca pacientes depois de delimitadas as alternativas possíveis, a participação pode legitimar decisões sem democratizar sua formação. Bombard *et al.* (2018) encontraram resultados organizacionais mais consistentes em experiências baseadas em parceria e cocriação, além do registro de situações em que o envolvimento foi percebido como meramente simbólico (p.1, tradução nossa). Sob um prisma socio-filosófico, a voz destituída de capacidade de influência conserva a aparência inclusiva e preserva a distribuição anterior do poder.

O reconhecimento da agência do paciente também impede que sua condição jurídica seja descrita exclusivamente pela titularidade de pretensões dirigidas contra profissionais e instituições. O Estatuto atribui-lhe responsabilidades inerentes ao compartilhamento de informações relevantes, à formulação de perguntas, à comunicação de alterações inesperadas, à preservação de diretivas antecipadas, à indicação de representante e ao respeito às regras dos serviços e aos

direitos das demais pessoas envolvidas no cuidado (Brasil, 2026b). Parte da recepção inicial da lei apresentou essa reciprocidade como correspondência entre a tutela conferida e o cumprimento das obrigações do paciente (Oliveira Junior, 2026). A formulação reclama, apesar disso, uma reserva essencial: os direitos estabelecidos pelo Estatuto não constituem recompensa por bom comportamento, tampouco sua titularidade está condicionada à adesão terapêutica. O paciente que omite informação relevante, descumpre regra legítima ou deixa de colaborar pode responder pelas consequências juridicamente imputáveis à sua conduta, mas não perde, neste contexto, o direito à dignidade, à informação, à não discriminação, à segurança ou ao cuidado clinicamente indicado.

As responsabilidades dos agentes precisam ser interpretadas à luz da assimetria constitutiva da assistência. A obrigação de formular perguntas pressupõe informação inteligível e um ambiente que não constranja eventual processo de clarificação de dúvida; o dever de comunicar alterações requer canais acessíveis e continuidade mínima do acompanhamento; a preservação de diretivas antecipadas depende de mecanismos institucionais que permitam registrá-las e localizá-las; e, a previsão de seguir orientações terapêuticas não converte a recomendação profissional em obediência compulsória. Nassif (2026) situa adequadamente essa corresponsabilidade em uma arquitetura relacional que distribui deveres entre pacientes, profissionais, instituições de saúde e Estado; a participação do paciente representa cooperação na construção do cuidado e não fundamento para culpa-lo por barreiras de acesso, falhas comunicacionais, baixa literacia em saúde ou resultados adversos produzidos pela insuficiência organizacional do sistema.

A condição jurídica do paciente resulta, pois, de uma articulação em que vulnerabilidade, autonomia e participação se determinam reciprocamente. A vulnerabilidade acrescida revela riscos e necessidades de proteção, inclusive aqueles produzidos pela própria organização assistencial; a autonomia, por sua vez, estabelece que a proteção deve ampliar a capacidade de a pessoa orientar as decisões que lhe dizem respeito; a participação introduz esse agir nos processos clínicos e institucionais, exigindo que informação e poder não permaneçam inteiramente concentrados nos agentes que prestam ou administram o cuidado. Dessa posição derivam deveres negativos de respeito e abstenção, mas também obrigações positivas de informar, tornar acessível, apoiar, escutar, incluir e organizar os serviços de maneira compatível com a dignidade de quem deles depende.

A dimensão positiva da condição jurídica do paciente recebe densidade nos mecanismos de cumprimento instituídos pelo próprio Estatuto, cujo art. 23 incumbe ao poder público deveres de divulgação periódica dos direitos e responsabilidades, realização de pesquisas sobre a qualidade dos serviços e a observância de suas disposições, estímulo aos estudos acadêmicos, elaboração de relatórios anuais, acolhimento de reclamações e acompanhamento de seu processamento, com encaminhamento dos resultados aos respectivos conselhos de saúde (Brasil, 2026b). Neste ponto, Aith (2026) explica que a efetividade da lei depende de educação permanente, produção de conhecimento e incorporação de suas disposições por todas as esferas do sistema sanitário – público e privado.

O Estatuto do Paciente, ao qualificar a violação dos direitos previstos como situação contrária aos direitos humanos (Brasil, 2026b, art. 24),

desloca o tema do plano estritamente bilateral para uma agenda de conhecimento, monitoramento, participação social e responsabilização institucional. Vale dizer, a lei não confia sua realização apenas à iniciativa judicial de pacientes individualmente lesados, ao reclamar estruturas públicas capazes de tornar as violações visíveis, reconhecer seus padrões e produzir respostas organizadas.

A projeção institucional desses deveres conduz ao problema temporal que orienta o próximo passo deste estudo. O paciente exerce seus direitos em organizações que controlam agendas, encaminhamentos, prioridades, leitos, registros e possibilidades de continuidade, de modo que uma resposta tardia pode agravar sua vulnerabilidade, restringir alternativas que antes poderiam ser escolhidas e tornar inócua uma participação formalmente assegurada; o consentimento perde parte de sua substância quando a demora elimina opções terapêuticas, assim como a informação deixa de produzir autonomia quando chega depois do momento em que poderia orientar o percurso assistencial. O tempo da resposta não permanece, neste contexto, como variável externa à condição jurídica do paciente. Ele ingressa no conteúdo do cuidado e na avaliação dos deveres organizacionais necessários para que vulnerabilidade, autonomia e participação recebam proteção efetiva.

2.2. O Cuidado em Tempo Oportuno Como Dimensão Jurídica da Suficiência Assistencial.

A condição jurídica do paciente, construída pela articulação entre vulnerabilidade acrescida, autonomia e participação, projeta-se necessariamente sobre a temporalidade da assistência. Informação, consentimento, segunda opinião, participação no plano terapêutico

e continuidade do cuidado perdem substância quando a organização sanitária somente responde após deteriorada a oportunidade clínica em que justificada a prestação; entre a necessidade apresentada e o atendimento efetivamente recebido não há intervalo neutro: a enfermidade avança, a dor se prolonga, a incerteza reorganiza a vida familiar, as relações interpessoais e a confiança institucional se desgastam e alternativas diagnósticas ou terapêuticas podem desaparecer. O tempo, em saúde, não circunda o cuidado, integra sua possibilidade de realização.

A suficiência assistencial designa a aptidão concreta da resposta em saúde para enfrentar a necessidade que lhe deu causa, preservando qualidade, segurança, continuidade e utilidade clínica. A existência formal do serviço, a previsão protocolar do procedimento, o registro da consulta em uma lista ou a disponibilidade abstrata de vaga em algum ponto da rede não asseguram, por si, prestação suficiente. O atendimento conserva sua forma exterior quando finalmente ocorre; aliás, em situações temporalmente sensíveis, pode chegar depois da janela diagnóstica, da redução relevante das opções terapêuticas, do agravamento evitável do quadro ou da ruptura do percurso assistencial. Nessas hipóteses, o atraso deixa de representar defeito periférico da gestão e passa a modificar a própria qualidade da obrigação.

O Estatuto dos Direitos do Paciente oferece base normativa expressa para essa reconstrução ao assegurar, em seu art. 8º, o acesso a cuidados em saúde de qualidade no tempo oportuno, em instalações físicas limpas e adequadas e por profissionais adequadamente formados e capacitados; o parágrafo único do referido dispositivo, por seu turno, ao disciplinar a transferência entre unidades, associa segurança clínica, melhor interesse do paciente,

disponibilidade de leitos, ordem de regulação e encaminhamento do registro do atendimento ou dos procedimentos ao serviço de destino (Brasil, 2026b). A arquitetura do artigo é decisiva: o tempo oportuno não surge como promessa isolada de rapidez, mas como elemento de uma organização capaz de articular qualidade, segurança, capacidade profissional, regulação, informação e continuidade.

Essa exegese afasta a tentação de converter o cuidado oportuno em prazo universal. Pese embora o Estatuto não fixar uma métrica abstrata aplicável indistintamente a consultas, exames, transferências, cirurgias, cuidados paliativos, reabilitação ou acompanhamento de condições crônicas, fazê-lo comprometeria a racionalidade clínica e a complexidade distributiva dos sistemas de saúde. A oportunidade temporal depende da natureza da necessidade, do risco de deterioração, do benefício esperado da intervenção, da possibilidade de acompanhamento durante a espera e da aptidão institucional para reavaliar prioridades quando o quadro se altera. O tempo juridicamente relevante deve ser considerado o intervalo em que se conserva ou destrói a utilidade protetiva da prestação, descabendo a metrificação em unidade temporal de dias, semanas ou meses.

Em reforço, tem-se a segurança do paciente. A Carta de Direitos de Segurança do Paciente, adotada pela Organização Mundial da Saúde em 2024, enuncia o direito a cuidado oportuno, efetivo e apropriado entre as garantias voltadas à prevenção de danos evitáveis (World Health Organization, 2024). Ao inserir a tempestividade na linguagem da segurança, o debate desloca-se do terreno restrito da produtividade administrativa para o campo da proteção jurídica da pessoa sob cuidado, cuja qualidade não reside

apenas na correção técnica do ato prestado, mas também na capacidade de oferecê-lo em momento compatível com sua finalidade. É dizer, a prestação tardia transfere ao paciente riscos produzidos pela descoordenação do sistema, favorece perdas de seguimento e transforma falhas de comunicação, encaminhamento ou regulação em dano assistencial.

A literatura internacional sobre qualidade dos sistemas de saúde converge com essa orientação. A Organização Mundial da Saúde qualifica como serviços de qualidade aqueles que, além de efetivos, seguros, centrados nas pessoas, equitativos, integrados e eficientes, são prestados de modo tempestivo, com redução de esperas e atrasos potencialmente danosos (World Health Organization, 2025). Entende-se que o acesso isolado a serviços não basta quando a qualidade permanece baixa, pois sistemas de saúde precisam produzir benefícios reais, confiáveis e compatíveis com as necessidades da população (Kruk *et al.*, 2018); transportada ao plano jurídico dos direitos dos pacientes, essa afirmação conduz a uma consequência precisa: multiplicar portas de entrada sem preservar oportunidade, coordenação e utilidade da resposta amplia contatos com o sistema, mas não assegura cuidado suficiente.

Não se atribui, no entanto, significado jurídico uniforme à espera. Em sistemas universais que operam sob demandas simultâneas, recursos finitos, desigualdades territoriais e necessidades clínicas de gravidade variável, determinadas esperas são clinicamente aceitáveis, logisticamente inevitáveis e juridicamente toleráveis quando alicerçadas em critérios transparentes, proporcionais, publicamente justificáveis e revisáveis; outras, indicam deficiência organizacional, mesmo antes da comprovação de dano individual. Há, com efeito, demoras juridicamente lesivas porque eliminam

benefício provável, agravam vulnerabilidade, impedem escolhas informadas, rompem continuidade ou deixam o paciente sem acompanhamento enquanto sua condição se modifica. A diferença entre essas situações não se adstringe à duração isolada do intervalo, mas pela correlação entre tempo, risco, informação, acompanhamento e possibilidade de reclassificação.

O direito ao tempo oportuno não legitima a pretensão de atendimento instantâneo para toda necessidade, com desprezo pelas prioridades clínicas e pela justiça distributiva, ao passo que a escassez não autoriza que filas se convertam em zonas de suspensão de direitos. O fator sobrelevante é saber como a espera é produzida, explicada, monitorada e revista. O paciente não tem direito a ignorar a escassez; tem direito a que ela seja administrada por critérios inteligíveis, sensíveis ao risco e compatíveis com sua condição de sujeito de direitos. O sistema não precisa realizar tudo imediatamente, mas deve ser capaz de demonstrar as razões pelas quais a espera permanece aceitável, como a pessoa será acompanhada e quais eventos exigem resposta diversa.

A literatura sobre acesso permite situar essa exigência em percurso mais amplo. O estudo de Travassos e Martins (2004), em contribuição clássica à saúde coletiva brasileira, afastam a redução do acesso à simples utilização de serviços e o relacionam às características da oferta, às necessidades da população e aos resultados alcançados. Por outro lado, tem-se a compreensão do acesso na interface entre capacidades das pessoas e atributos dos sistemas, envolvendo reconhecer a necessidade, buscar atendimento, alcançar o serviço, suportar seus custos e engajar-se no cuidado (Levesque; Harris; Russell, 2013). A temporalidade atravessa todas essas dimensões: a necessidade deve ser percebida

a tempo, a busca precisa encontrar canais efetivos, o serviço deve ser alcançado antes da perda de utilidade e o paciente deve permanecer visível enquanto aguarda.

Assim como a espera é assimétrica em sua definição, também o é em sua forma. Há espera para triagem, consulta, exame, diagnóstico, retorno, transferência, leito, procedimento eletivo, reabilitação, atenção especializada e continuidade após a alta. Algumas ingressam formalmente em sistemas de regulação; outras permanecem silenciosas, porque a necessidade sequer se transforma em solicitação registrada. Há filas administradas por prioridade clínica e filas produzidas por falhas de encaminhamento; há demoras que incidem sobre condições estáveis e outras que alcançam quadros progressivos, dolorosos, incapacitantes ou ameaçadores da vida. Em estudo conduzido por Lewis *et al.* (2018), ao examinar serviços ambulatoriais e comunitários, identificou-se evidências de que a redução do tempo entre encaminhamento e primeira consulta contribui, em contextos específicos, para melhores desfechos, embora reconheçam limitações metodológicas e heterogeneidade dos estudos. A contribuição maior dessa literatura está, em nosso sentir, no impedimento de que a espera seja tratada como experiência indiferenciada.

A dimensão existencial da espera também compõe a análise jurídica. O paciente que aguarda diagnóstico, leito, exame ou procedimento não experimenta a fila como simples ordenação administrativa; habita em um intervalo temporal atravessado por dor, medo, restrição laboral, dependência familiar, incerteza sobre o futuro e eventual perda de funcionalidade. Esses efeitos não substituem ao critério clínico e tampouco autorizam ordenação puramente subjetiva das demandas, mas densificam a

vulnerabilidade durante o tempo de espera. A pessoa que aguarda sem informação compreensível, sem perspectiva de reavaliação e sem canal efetivo de comunicação torna-se mais dependente da instituição que retém os critérios, os registros e as possibilidades de movimento.

Os indicadores médios de espera, malgrado auxiliem a gestão, raramente bastam para avaliar a suficiência temporal do cuidado. Se as médias, de um lado, revelam pressão assistencial, orientam planejamento e permitem comparação entre serviços; de outro, ocultam extremos de demora, perdas de seguimento, desigualdades territoriais e prioridades mal calibradas. Dois pacientes submetidos a intervalo semelhante podem ocupar posições jurídicas distintas: um recebeu informação, acompanhamento e possibilidade de reclassificação; outro permaneceu invisível em lista incapaz de registrar agravamento. A temporalidade relevante para os direitos do paciente exige olhar para a trajetória, e não apenas para o número agregado. O dado estatístico informa a administração, e a avaliação jurídica, por sua vez, interroga como aquele tempo foi produzido, comunicado, acompanhado e revisto.

A ideia de perda de oportunidade assistencial torna essa análise mais precisa, se empregada com cautela, até porque não se trata de transpor automaticamente, para toda espera em saúde, a categoria da perda de chance tal como desenvolvida na responsabilidade civil; o que importa, neste momento, é reconhecer que determinadas prestações possuem utilidade temporalmente dependente. A demora pode reduzir oportunidades diagnósticas, terapêuticas, paliativas ou de reabilitação, mesmo nas hipóteses em que não seja possível atribuir, isoladamente, ao atraso o resultado. Quando o sistema permite que essas oportunidades se percam sem registro,

justificativa, acompanhamento ou reavaliação, a insuficiência não se concentra apenas no atendimento tardio, repousa na organização que tornou a perda invisível até que sua reparação se tornasse inviável.

A autonomia do paciente possui igualmente uma temporalidade própria. O Estatuto assegura informação acessível, atualizada e suficiente, segunda opinião e tempo suficiente para tomada de decisões, ressalvadas as emergências (Brasil, 2026b, arts. 12 e 18). A pressa institucional compromete a formação da vontade quando impõe escolhas em ritmo incompatível com a compreensão do paciente, na mesma proporção em que a demora esvazia a autodeterminação quando a informação chega depois de desaparecidas as alternativas sobre as quais a pessoa poderia deliberar. O cuidado oportuno situa-se entre esses desvios: reclama tempo bastante para compreender e decidir, sem admitir que a espera destrua as opções que davam sentido à decisão.

Em idêntica lógica, a participação, pois o paciente somente participa de modo relevante quando conhece seu percurso, compreende os critérios que o alcançam, possui meios para comunicar alterações e recebe retorno institucional sobre sua situação. A opacidade da fila impõe a redução da participação a expectativa passiva; regulação inacessível transforma o paciente em objeto de deslocamentos cuja razão ele não compreende; lista desatualizada impede que a piora clínica se converta em nova prioridade. A temporalidade do cuidado oportuno não se limita, portanto, ao prazo da prestação final, alcançando a informação oferecida durante a espera, a escuta de alterações relevantes, a revisão de decisões e a preservação de canais que mantenham o paciente dentro do campo de visibilidade do sistema.

Acresce-se à suficiência temporal a continuidade do cuidado. Consulta realizada em prazo aparentemente adequado pode ser insuficiente quando não se articula ao exame necessário; exame tempestivo perde utilidade quando o retorno é excessivamente tardio; transferência deixa de ser segura quando o registro do atendimento não acompanha o paciente. A norma legal, ao prever o encaminhamento do registro ao serviço de destino nas hipóteses de transferência, reconhece que a oportunidade depende também da circulação qualificada da informação (Brasil, 2026b, art. 8). Ao incluir a integração entre os componentes da qualidade, a Organização Mundial da Saúde reforça que o cuidado deve ser coordenado entre níveis e provedores ao longo do curso da vida (World Health Organization, 2025). A demora pode migrar de um ponto para outro da rede e, nessa sucessão, fragmentar uma prestação que pareceria tempestiva se observada isoladamente.

Para além da semântica, essa constatação permite diferenciar rapidez e oportunidade; a rapidez, neste diapasão, mede a extensão cronológica do intervalo, enquanto a oportunidade avalia a adequação do tempo à finalidade do cuidado. Atendimento célere pode ser inoportuno quando não resolve, não encaminha ou não preserva continuidade; espera limitada pode ser legítima quando acompanhada e compatível com o risco; intervalo prolongado pode ser clinicamente aceitável em determinadas condições crônicas, enquanto poucos dias podem ser decisivos em quadros progressivos. O cuidado oportuno não expressa ansiedade jurídica por velocidade, traduzindo a exigência de adequação temporal entre necessidade, risco, prioridade, informação e utilidade da resposta.

Os estudos sobre gestão de esperas confirmam que o tempo é governável, ainda que não eliminável; isto porque se identificaram

estratégias capazes de afetar tempos de espera ambulatoriais especializados, indicando que o problema não se reduz ao volume bruto de demanda (Naiker et al., 2017).

O estudo conduzido por Amigoni, Lega e Maggioni (2024), objetivando identificar as principais políticas ou combinações de políticas implementadas por sistemas universais de saúde financiados por impostos e com financiamento público único para melhorar a gestão dos tempos de espera em consultas ambulatoriais, concluiu que, a par de sua escassez, a literatura não oferece solução única; no universo de quinze políticas para gestão de tempo de espera em consultas ambulatoriais, categorizadas pelo tipo de intervenção: geração de capacidade oferta, controle de demanda ou intervenções mistas, observou-se que “uma intervenção primária era sempre identificável, raramente uma política era implementada isoladamente”. Isto, equivale a dizer que tempos de espera resultam de escolhas organizacionais, capacidades instaladas, desenho de fluxos, critérios de prioridade e mecanismos de monitoramento.

No contexto brasileiro, a categoria do cuidado oportuno aproxima-se diretamente da regulação do acesso; a Política Nacional de Regulação em Saúde do SUS (Brasil, 2025) qualifica a regulação como função essencial de gestão orientada à garantia de acesso oportuno, qualificado e resolutivo, relacionando-a à qualidade, à segurança do paciente, à comunicação efetiva entre pontos da Rede de Atenção à Saúde e à continuidade do cuidado.

O estudo qualitativo conduzido por Louvison, Chioro e Giannotti (2026), ao perseguirem a identificação e análise dos dispositivos regulatórios empregados no Sistema Único de Saúde para favorecer

o cuidado em redes de atenção e o acesso equânime, em tempo oportuno, à Atenção Ambulatorial Especializada, identificou a necessidade de dispositivos regulatórios produtores do cuidado, capazes de aproximar central de regulação, atenção primária e serviços especializados, com escuta qualificada, linhas de cuidado e articulação entre os diferentes pontos da rede. O tempo oportuno, nesse cenário, deixa de ser atributo esperado ao final do percurso e passa a depender da maneira como o próprio percurso é construído desde sua origem.

A partir dessas premissas, o cuidado em tempo oportuno pode ser avaliado por critérios jurídicos mínimos, de modo que a espera será mais facilmente justificável quando houver gravidade clínica adequadamente classificada, estimativa de risco de deterioração, preservação da utilidade temporal da intervenção, informação compreensível ao paciente, acompanhamento proporcional ao risco, possibilidade efetiva de reclassificação, transparência dos critérios e continuidade do percurso assistencial. A ruptura relevante desses elementos torna a demora juridicamente problemática; sua ausência sistemática transforma a fila em espaço de opacidade institucional. A lesão ao direito não se revela apenas quando o atraso final causar dano comprovado, mas também quando a organização não dispõe de meios para saber se a espera continua segura, justificável e compatível com a necessidade que pretende atender.

Essa construção redefine, em sua essência, a relação entre direito subjetivo e organização administrativa. O direito ao cuidado em tempo oportuno não se realiza apenas quando o paciente obtém judicialmente procedimento, exame ou vaga; sua efetividade depende de estruturas que tornem a demanda visível, classifiquem riscos adequadamente, comuniquem critérios, monitorem a espera

e permitam reorientar prioridades diante de alteração clínica. A lesão pode estar no atraso final ou no sistema que desconhece há quanto tempo se espera, por que se espera, se a espera permanece segura ou quais pacientes deixaram de ser acompanhados. O tempo oportuno converte, assim, uma variável gerencial em parâmetro jurídico acentuado de organização do cuidado.

A relevância da categoria para os direitos dos pacientes torna-se decisiva. A vulnerabilidade acrescida intensifica-se quando a espera ocorre sem informação; a autonomia enfraquece quando a demora restringe alternativas antes disponíveis; a participação esvazia-se quando o paciente não compreende o fluxo, não conhece critérios de prioridade e não dispõe de meios para comunicar mudanças. O cuidado oportuno constitui a dimensão temporal da suficiência assistencial, ao articular qualidade, segurança, utilidade, autonomia e continuidade em uma mesma exigência normativa. Sua concretização, todavia, depende do modo como a escassez é organizada. É nesse ponto que a fundamentação teórica deve avançar para a regulação do acesso, lugar institucional em que filas, prioridades, leitos, registros e transferências podem preservar ou frustrar a promessa jurídica do tempo oportuno.

2.3. A Regulação do Acesso Como Gramática Institucional do Tempo Sanitário.

A resiliência urbana perde densidade normativa quando é reduzida à aptidão da cidade para resistir a eventos extremos. No campo da saúde, resistir é pouco: a cidade constitucionalmente adequada deve anteciper vulnerabilidades, ordenar fluxos, reconhecer desigualdades territoriais e impedir que a escassez se converta em abandono administrado. Por isso, o direito ao cuidado em tempo

oportuno não se esgota na existência formal de unidades de saúde, leitos, protocolos ou sistemas informatizados, realizando-se – ou frustrando-se – na concretização do intervalo real entre a necessidade clínica e a resposta institucional.

A aporia é conhecida, mas nem sempre enfrentada com a devida precisão: todo sistema público de saúde opera sob restrições de recursos, profissionais, equipamentos e capacidade instalada; apesar disso, nenhuma limitação material autoriza que a espera seja convertida em zona cega do direito. A fila pode ser consequência da finitude. A desordem da fila, a ausência de critérios transparentes, a invisibilidade do paciente e a indeterminação do tempo de resposta são outra coisa: constituem falha de governança, déficit de *accountability* e corrosão silenciosa da universalidade.

É nesse ponto que a regulação do acesso deixa de ser expediente burocrático e passa a ocupar posição estruturante na dogmática do direito à saúde. A Constituição da República não protege apenas a existência abstrata de ações e serviços; seu art. 196 vincula a saúde ao “acesso universal e igualitário” às ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988, art. 196). A Lei nº 8.080/1990 densifica essa arquitetura ao estabelecer, entre os princípios do SUS, a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a igualdade, o direito à informação, a utilização da epidemiologia para definição de prioridades, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (Brasil, 1990, art. 7º).

O Decreto nº 7.508/2011 torna ainda mais explícita a dimensão ordenadora desse acesso, ao dispor, em seu art. 8º, que o acesso universal, igualitário e ordenado se inicia pelas portas de entrada do

SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada; o art. 11, por sua vez, estabelece que esse acesso deve ser fundado na “avaliação da gravidade do risco individual e coletivo” e no critério cronológico, observadas as situações de proteção especial (Brasil, 2011, art. 8º e 11). A partir daí, o tempo deixa de ser mero dado administrativo: converte-se em elemento jurídico da igualdade, da integralidade e da qualidade do cuidado.

O tempo, assim, não é variável externa ao direito à saúde, ingressa no núcleo jurídico da prestação sanitária. O atendimento tardio pode preservar, aparentemente, a promessa de acesso; em substância, pode negar o cuidado. Há condições clínicas em que a demora desloca o paciente de um estágio tratável para um estágio incapacitante, assim como há sofrimentos em que a espera prolongada agrava dor, a intolerância psicológica, dependência, perda laboral e até a desorganização familiar; há, outrossim, territórios em que a distância entre demanda e resposta institucional reproduz desigualdades urbanas preexistentes. Nessas hipóteses, a demora não é mero atraso operacional, e, sim, forma temporal de exclusão.

A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde exprime essa intuição normativa ao assegurar atendimento adequado, inclusivo e acessível, “com qualidade, no tempo certo” e com garantia de continuidade do tratamento (Brasil, 2017). A locução “tempo certo” possui alta potência dogmática. Ela impede duas reduções igualmente inadequadas. De um lado, veda a leitura maximalista segundo a qual todo cuidado deve ser imediato, como se a Constituição tivesse abolido a escassez; de outro, recusa a leitura minimalista segundo a qual bastaria ao Estado registrar a demanda e posicionar o usuário em fila indefinida. Entre a urgência absoluta e

a fila indefinida situa-se o campo próprio da regulação: classificar riscos, ordenar prioridades, integrar pontos de atenção, informar o usuário, monitorar tempos médios, revisar classificações e corrigir assimetrias territoriais.

A Política Nacional de Regulação em Saúde do SUS reforça essa compreensão ao associar a regulação à organização das respostas assistenciais em tempo oportuno, especialmente diante das necessidades que exigem articulação entre pontos da rede e capacidade de resposta proporcional ao risco sanitário (Brasil, 2025). O Ministério da Saúde, no mesmo sentido, qualifica a regulação do acesso como função essencial da gestão para proporcionar acesso oportuno e equânime, cuidado integral, resolutivo e qualificado, eficiência no uso dos recursos disponíveis e transparência dos processos e informações (Brasil, 2026a). A regulação, dessarte, não se limita a distribuir vagas: ela governa a passagem entre necessidade, prioridade e cuidado efetivo.

A fila deve ser compreendida como instituição provisória de distribuição de acesso, jamais como depósito administrativo de necessidades humanas. E sua legitimidade depende de exigências cumulativas: critério técnico-científico de priorização; transparência quanto à posição, ao fundamento e ao tempo estimado de espera; possibilidade de reavaliação diante de agravamento clínico; integração regional capaz de buscar oferta em outros pontos da rede; e controle social sobre padrões de desempenho. Ausente qualquer desses elementos, a fila deixa de racionalizar a escassez e passa a ocultá-la.

Essa compreensão é especialmente relevante para cidades resilientes, na medida em que a cidade vulnerável fragmenta

trajetórias. O usuário ingressa na atenção primária, aguarda consulta especializada, perde exames por descoordenação, reinicia fluxos, repete documentos, percorre longas distâncias e, não raro, é responsabilizado pela própria peregrinação. A cidade resiliente, ao revés, organiza o cuidado como percurso institucional inteligível, sem prometer onipresença estatal, mas assegura a coordenação. Não elimina toda espera; torna a espera justificada, rastreável, proporcional e clinicamente reavaliável.

A Organização Mundial da Saúde oferece lastro técnico a essa formulação ao associar a tempestividade entre os atributos dos serviços de saúde de qualidade, compreendida como redução de tempos de espera e de atrasos potencialmente danosos para quem recebe e para quem presta cuidado (World Health Organization, 2025). A Organização Pan-Americana da Saúde, em atualização sobre redes integradas de serviços de saúde nas Américas, também identifica fragmentação e segmentação como fatores que afetam diretamente o acesso oportuno, a continuidade do cuidado e a equidade dos resultados em saúde (Pan American Health Organization, 2025). A conclusão é direta: quando a rede não se integra, o tempo passa a operar como marcador de desigualdade.

Essa contestação impede que a regulação sanitária seja confinada ao interior dos sistemas eletrônicos de marcação ou às centrais administrativas de vagas. A produção do cuidado oportuno exige inteligência territorial, programação assistencial, protocolos clínicos, interoperabilidade informacional, contratualização de oferta, transporte sanitário, telessaúde, transparência ativa e participação social.

O Estatuto da Cidade, ao compreender o direito a cidades sustentáveis como direito à terra urbana, moradia, saneamento ambiental, infraestrutura urbana, transporte, serviços públicos, trabalho e lazer, fornece base normativa para essa leitura ampliada (Brasil, 2001, art. 2º, inc. I), em que inexiste cuidado tempestivo se a própria cidade impede fisicamente o encontro entre usuário, serviço e continuidade terapêutica. A cidade resiliente é, pois, aquela que governa, em condições ordinárias, os circuitos de cuidado antes que a urgência se converta em catástrofe individual, e não, simplesmente, amplia sua capacidade hospitalar em momentos críticos; a Organização Mundial da Saúde defende a existência de políticas urbanas saudáveis, nas quais há ação intersetorial e que cidades podem liderar padrões capazes de proteger a saúde da população, enfrentar desigualdades e combater a degradação ambiental (2025).

Poder-se-ia objetar que transformar o tempo de espera em categoria jurídica amplia a judicialização e desloca para juízes escolhas alocativas complexas, o que é, em si, relevante sob a perspectiva do planejamento urbano. A resposta, apesar disso, não consiste em retirar densidade normativa do tempo, mas em institucionalizá-lo preventivamente; para tanto, quanto mais transparentes forem os critérios de priorização, os protocolos de acesso, os tempos máximos indicativos, os mecanismos de reavaliação e os canais de controle, menor será o espaço para decisões casuísticas e para a captura individualizada da escassez.

A judicialização desordenada e crescente é, em alto grau de probabilidade, sintoma de uma regulação insuficientemente pública, pois quando o usuário não sabe onde está, por que espera, quanto espera, quem reavalia sua condição e qual alternativa

regional pode ser acionada, o processo judicial converte-se em linguagem substitutiva da governança. O desafio de uma cidade resiliente não é opor administração e jurisdição, mas reduzir a necessidade de tutela judicial por meio de uma administração sanitária visível, responsiva e justificada.

A noção de cuidado em tempo oportuno permite, enfim, uma síntese mais exigente. Ela não converte o direito à saúde em promessa instantânea, nem dissolve a complexidade das escolhas públicas. Antes, obriga o Estado a demonstrar que a espera decorre de critérios legítimos, proporcionais, revisáveis e publicamente controláveis. O tempo sanitário deixa de ser resíduo burocrático e passa a constituir indicador de justiça institucional. Onde a espera é invisível, a cidade fracassa em sua resiliência. Onde a espera é governada por risco, equidade, informação e continuidade, a cidade começa a converter infraestrutura em cuidado e cuidado em cidadania.

3. METODOLOGIA

A investigação desenvolvida neste artigo é de natureza qualitativa e predominantemente jurídico-dogmática, apoiada em pesquisa bibliográfica e documental. A opção metodológica decorre do próprio problema formulado, no qual não se pretende medir o desempenho de determinado sistema de regulação, estimar a duração das filas de espera ou estabelecer relações casuísticas entre tempos de acesso e desfechos clínicos, mas reconstruir o conteúdo jurídico do cuidado em tempo oportuno e identificar as obrigações que dele podem decorrer para a organização do acesso aos serviços de saúde. Em sentido metodológico, a pesquisa dogmática pode ser compreendida como aquela “destinada a sugerir estratégias de

argumentação e decisão diante de conflitos a partir de normas jurídicas estabelecidas” (Adeodato, 1998, p. 175). A definição não implica circunscrever a investigação à exegese do direito positivo; exige, ao revés, que as normas sejam examinadas em suas relações, tensões e possibilidades de concretização diante do problema que lhes confere sentido.

Essa abertura mostra-se especialmente necessária em objeto situado entre Direito Sanitário, direitos dos pacientes, saúde pública e governança urbana. A pesquisa jurídica não ganha consistência ao isolar artificialmente seu objeto das áreas do conhecimento que ajudam a compreendê-lo. Gustin, Dias e Nicácio (2020) sustentam uma concepção metodológica que rejeita a segmentação autossuficiente da Ciência Jurídica e admite interlocução com outros campos sempre que a natureza do problema a exigir. Em direção harmônica, Mezzaroba e Monteiro (2023) tratam métodos e referenciais teóricos como instrumentos de organização da investigação nas ciências sociais aplicadas, cuja escolha deve guardar correspondência com os objetivos e com o objeto pesquisado. É sob essa perspectiva que categorias provenientes da saúde pública e dos estudos sobre resiliência urbana são mobilizadas neste trabalho: não para substituir a análise jurídica, mas para oferecer elementos capazes de qualificar a interpretação das obrigações normativas relacionadas ao acesso.

O *corpus* documental primário foi constituído pelas fontes normativas diretamente relacionadas às quatro dimensões que estruturam o problema — direito à saúde, direitos dos pacientes, regulação do acesso e organização territorial do cuidado. Foram examinados, nesse conjunto, a Constituição da República de 1988; a Lei nº 8.080/1990; o Decreto nº 7.508/2011; a Lei nº 10.257/2001, que

institui o Estatuto da Cidade; a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, aprovada pela Resolução nº 553/2017 do Conselho Nacional de Saúde; e a disciplina normativa da regulação no Sistema Único de Saúde, com atenção particular à Política Nacional de Regulação em Saúde instituída pela Portaria GM/MS nº 9.262/2025. A inclusão desta última norma possui relevância especial para o objeto investigado, uma vez que a própria Política qualifica a regulação como “função essencial de gestão do SUS” destinada, entre outras finalidades, à garantia do “acesso oportuno, qualificado e resolutivo” às ações e serviços de saúde (Brasil, 2025, art. 1º, §2º). A norma explicita, ainda, entre seus objetivos, a promoção do acesso equânime e resolutivo “em tempo oportuno” (Brasil, 2025, art. 2º, inc. I).

A pesquisa bibliográfica foi conduzida de maneira crítico-temática, e não como revisão sistemática da literatura. A seleção das fontes secundárias foi orientada por sua pertinência ao problema de pesquisa e por sua capacidade de esclarecer as categorias examinadas, com ênfase na produção relacionada ao Direito Sanitário, aos direitos dos pacientes, à regulação assistencial e à organização do acesso. Esse procedimento é compatível com a compreensão de Adeodato (1998) de que a pesquisa jurídica pode apoiar-se em objetos formados por conjuntos de normas, produção doutrinária e diferentes documentos, devendo tornar explícitos os pontos de partida a partir dos quais o problema é construído. A documentação técnico-institucional produzida pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde foi utilizada de maneira complementar, sobretudo para a compreensão das noções de tempestividade do cuidado, integração das redes e desigualdades de acesso. Esses documentos não são tratados como fontes do direito brasileiro, mas como referenciais técnicos capazes

de auxiliar a interpretação das consequências sanitárias das categorias jurídicas analisadas.

O percurso analítico parte da indagação sobre a possibilidade de reconhecer o cuidado em tempo oportuno como conteúdo normativamente exigível dos direitos dos pacientes, em vez de simples atributo desejável de eficiência assistencial. Uma vez estabelecidos os elementos dessa categoria, a análise se desloca para a regulação do acesso, procurando determinar em que condições ordenação de filas, classificação de riscos, priorização e espera permanecem juridicamente justificáveis. O problema territorial surge na sequência; interroga-se, então, se a capacidade de articular serviços, fluxos e recursos no espaço urbano integra os deveres de organização associados à resiliência da cidade e à efetividade do direito à saúde. O percurso culmina na sistematização de critérios destinados a distinguir limitações materiais admissíveis de falhas regulatórias capazes de adquirir relevância jurídica.

Essa reconstrução não pressupõe que todo atraso constitua violação de direito. Ao contrário, a análise é organizada justamente pela tensão entre escassez e exigibilidade. São confrontados, nesse processo, capacidade instalada e necessidade assistencial, ordem cronológica e gravidade do risco, discricionariedade regulatória e dever de justificação, igualdade formal da fila e desigualdades materiais entre pacientes e territórios. A hipótese jurídica somente se sustenta se for capaz de atravessar essa tensão sem converter o direito ao cuidado oportuno em pretensão irreal de atendimento instantâneo, mas também sem permitir que limitações administrativas indeterminadas neutralizem o próprio direito de acesso.

Essa escolha metodológica impõe limites às conclusões. Epstein e King (2002) compreendem a pesquisa empírica como investigação voltada a conhecer aspectos do mundo mediante dados quantitativos ou informações qualitativas submetidos a regras de inferência. Não é essa a pretensão deste estudo. Não foram produzidos dados primários, examinada amostra de filas regulatórias, comparados municípios ou avaliados estatisticamente tempos de espera. Por conseguinte, os resultados não permitem afirmar com que frequência as falhas identificadas ocorrem no SUS, tampouco estabelecer relações causais entre determinado modelo regulatório e seus efeitos sobre a saúde dos usuários. O que se oferece é uma reconstrução jurídico-interpretativa: critérios normativos pelos quais situações concretas de espera e organização do acesso podem ser posteriormente examinadas, inclusive por investigações empíricas.

O recorte espacial permanece circunscrito ao ordenamento jurídico brasileiro e à organização do acesso no Sistema Único de Saúde, tomando a cidade e a região de saúde como escalas institucionais relevantes para a materialização do cuidado. Não se realiza comparação jurídica em sentido próprio, ainda que documentos internacionais sejam utilizados como apoio técnico-conceitual. Temporalmente, foram consideradas as fontes normativas e institucionais vigentes ou disponíveis até agosto de 2026. Essa delimitação é particularmente relevante diante da atualização recente da Política Nacional de Regulação em Saúde e permite que os resultados apresentados a seguir sejam lidos segundo a configuração normativa contemporânea do problema. A Portaria GM/MS nº 9.262/2025 permanece indicada pelo próprio Ministério da Saúde entre os principais atos vigentes sobre regulação do acesso.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

O percurso metodológico adotado permitiu identificar uma convergência normativa que modifica a maneira pela qual o tempo de acesso aos serviços de saúde deve ser juridicamente examinado, à medida que a espera não se situa fora do direito, como simples consequência administrativa da relação entre demanda e oferta. Nem toda demora deve ser considerada isoladamente, caracterizadora de violação normativa. Entre essas duas posições encontra-se o problema que orienta os resultados desta pesquisa: determinar quando o transcurso do tempo deixa de representar contingência admissível da organização sanitária e passa a comprometer direitos juridicamente protegidos do paciente.

Os resultados são apresentados em quatro movimentos concatenados. Inicialmente, examina-se a consolidação do cuidado em tempo oportuno como categoria normativa dos direitos dos pacientes. A análise desloca-se, em seguida, para a regulação do acesso e para os deveres que recaem sobre os agentes responsáveis por ordenar necessidades assistenciais diante de recursos necessariamente finitos. A dimensão territorial do problema conduz ao terceiro resultado, relativo a resiliência urbana e ao dever de organização do acesso. Ao final, esses elementos são reunidos em critérios destinados a distinguir tempos de espera justificáveis de falhas regulatórias juridicamente relevantes.

4.1. O Cuidado em Tempo Oportuno Como Categoria Normativa dos Direitos dos Pacientes.

O primeiro resultado da pesquisa repousa na impossibilidade de continuar tratando a tempestividade do cuidado como atributo

meramente administrativo de bom funcionamento dos serviços de saúde. A evolução do quadro normativo brasileiro, culminando na edição do Estatuto dos Direitos do Paciente em 2026, deslocou o tempo de acesso para o interior da relação jurídica de cuidado. Se anteriormente sua exigibilidade precisava ser reconstruída a partir do direito fundamental à saúde, dos princípios do SUS e de normas administrativas de proteção do usuário, atualmente existe disposição legal expressa que reconhece ao paciente o direito de acesso a cuidados de qualidade “no tempo oportuno” (Brasil, 2026b, art. 8º). Não se trata, portanto, de simples recomendação de eficiência, e sim de qualidade juridicamente exigida da prestação sanitária.

Essa alteração legislativa possui significado particular diante da trajetória brasileira dos direitos dos pacientes. Albuquerque (2020), ao examinar as propostas legislativas então existentes, apontava justamente a ausência de uma lei nacional destinada a sistematizar esses direitos e defendia sua positivação como instrumento de proteção do paciente e de responsabilização institucional do sistema de saúde. A Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026, encerra, ao menos no plano formal, aquela lacuna: institui um estatuto nacional, alcança serviços públicos e privados e submete às suas disposições também as pessoas jurídicas que operam planos de assistência à saúde (Brasil, 2026b, art. 1º e 3º). A tempestividade do cuidado passa, assim, a integrar um estatuto jurídico transversal à organização pública e privada da assistência.

O alcance dessa transformação não deve, entretanto, ser exagerado. O art. 8º da referida Lei não instituiu um direito abstrato ao tempo, independente das características do cuidado devido. A construção normativa é mais precisa: reconheceu o direito de acesso a cuidados

em saúde de qualidade, no tempo oportuno. Qualidade e oportunidade aparecem articuladas no mesmo enunciado. Daí decorre uma consequência dogmática relevante: o cuidado oportuno é melhor compreendido como dimensão normativa da adequação da prestação assistencial do que como direito autônomo a uma resposta cronologicamente predeterminada.

Essa leitura evita uma dificuldade que acompanharia qualquer tentativa de transformar tempestividade em prazo universal. O “oportuno” não corresponde a uma quantidade fixa de horas, dias ou meses aplicável indistintamente a todos os cuidados e a todos os pacientes. Uma espera clinicamente tolerável para determinado procedimento pode produzir dano grave em outra situação; o mesmo intervalo temporal pode assumir significados distintos conforme progressão da doença, intensidade dos sintomas, risco de deterioração, possibilidade de reversão, vulnerabilidade do paciente e alternativas terapêuticas disponíveis. A abertura semântica da expressão, longe de retirar-lhe juridicidade, exige concretização mediante parâmetros capazes de relacionar o tempo à necessidade de cuidado.

O próprio Estatuto fornece elementos para essa compreensão. Ao tratar da transferência para outra unidade, o parágrafo único do art. 8º protege o melhor interesse do paciente, mas determina que sejam respeitadas a disponibilidade de leitos e a ordem de regulação (Brasil, 2026b, art. 8º, parágrafo único, inc. I). O legislador reconhece, portanto, que o direito convive com limites materiais e procedimentos de ordenação. Essa convivência, porém, não autoriza sua neutralização. Se disponibilidade e regulação fossem razões suficientes para afastar, em qualquer circunstância, a exigência de tempestividade, a própria previsão do cuidado no tempo oportuno

perderia conteúdo normativo. O problema jurídico desloca-se, então, da existência da espera para sua justificação.

Essa conclusão encontra antecedentes claros no sistema sanitário brasileiro. Desde 2017, a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde afirmava que toda pessoa possui direito, “em tempo hábil”, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados, além de assegurar atendimento “com qualidade, no tempo certo” e continuidade do tratamento (Brasil, 2017). O documento também determinava que encaminhamentos considerassem necessidade clínica e gravidade, previa transparência na atuação das centrais de regulação e estabelecia que as listas de espera de média e alta complexidade deveriam observar agilidade e transparência. A Lei nº 15.378/2026, portanto, não introduziu a preocupação temporal em terreno normativamente vazio; conferiu estatuto legal geral a uma exigência que já vinha sendo progressivamente densificada no âmbito sanitário.

Algo semelhante ocorreu, poucos meses antes da aprovação do Estatuto, no campo da organização do SUS. A Política Nacional de Regulação em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 9.262/2025, definiu a regulação como função essencial de gestão destinada à garantia do “acesso oportuno, qualificado e resolutivo” e incluiu entre seus objetivos a promoção do acesso equânime e resolutivo “em tempo oportuno” (Brasil, 2025, art. 1º e 2º). Duas linhas normativas, formadas a partir de perspectivas distintas, encontram-se nesse ponto. A primeira observa o problema desde a posição jurídica do paciente; a segunda, desde a organização do sistema. Ambas convergem sobre a relevância do tempo.

Essa convergência é central para a hipótese do artigo. O cuidado oportuno não pode ser reduzido a meta gerencial precisamente porque aparece, simultaneamente, como direito daquele que necessita de cuidado e como finalidade que deve orientar a organização da resposta assistencial. Há uma relação de correspondência entre posição jurídica e estrutura institucional: se o paciente possui direito a cuidado de qualidade no tempo oportuno, a organização dos serviços não pode ser indiferente à maneira pela qual seus próprios processos produzem demora. Isso não significa que todo tempo de espera seja ilícito. Significa que o tempo passa a exigir razões.

A literatura sobre Direito do Paciente reforça essa interpretação ao deslocar a análise da posição abstrata do usuário para as condições concretas em que a pessoa experimenta o cuidado. Albuquerque (2022) identifica o cuidado centrado no paciente, sua vulnerabilidade acrescida e sua participação como fundamentos teóricos desse campo jurídico. Sob essa perspectiva, a dimensão temporal não pode ser avaliada apenas pelo calendário administrativo do prestador. A espera é vivenciada por uma pessoa cuja condição pode modificar-se enquanto o sistema processa sua demanda. A vulnerabilidade não suspende o tempo; em muitos casos, é agravada por ele.

Daí emerge outra consequência: igualdade cronológica não se confunde necessariamente com igualdade jurídica. Colocar indistintamente todos os pacientes em uma sequência organizada pela data de ingresso pode aparentar neutralidade, mas produzir tratamento materialmente desigual quando os riscos de agravamento são diferentes. Oportunidade exige que o fator temporal seja relacionado às necessidades clinicamente relevantes e

às vulnerabilidades que interferem na possibilidade de aguardar. A ordem de chegada conserva importância, sobretudo entre situações equivalentes, mas não pode operar como critério cego diante de diferenças capazes de alterar prognóstico, segurança ou benefício esperado do cuidado.

Essa interpretação encontra correspondência no debate sanitário internacional. A Organização Mundial da Saúde inclui a tempestividade entre as características dos serviços de saúde de qualidade e a define pela redução dos tempos de espera e dos atrasos potencialmente danosos. A qualidade, nessa concepção, não se completa com disponibilidade técnica, segurança ou adequação científica da intervenção; importa também que o cuidado alcance a pessoa quando ainda é capaz de produzir o benefício esperado (World Health Organization, 2025). A aproximação é relevante não porque o referencial internacional substitua a disciplina jurídica brasileira, mas porque confirma a conexão técnica entre oportunidade, qualidade e prevenção de dano que o legislador nacional incorporou ao Estatuto.

Há, todavia, um risco interpretativo no sentido oposto. Se todo atraso for convertido automaticamente em violação de direito, a categoria perderá capacidade discriminatória e desconsiderará a finitude que acompanha qualquer sistema de saúde. Demandas simultâneas competem por profissionais, instalações, tecnologias e recursos que não podem ser reproduzidos instantaneamente. O reconhecimento jurídico da tempestividade não elimina esse dado. O que ele altera é a posição da Administração e do prestador diante da escassez: a insuficiência de recursos deixa de funcionar como explicação autoevidente e precisa ser traduzida em critérios de priorização, mecanismos de acompanhamento e razões capazes de justificar por

que determinada espera permanece compatível com o cuidado devido.

A diferença é substantiva. Um direito ao atendimento imediato, formulado sem consideração das circunstâncias clínicas e organizacionais, seria dificilmente conciliável com a realidade sanitária e poderia favorecer precisamente aqueles que dispõem de maior capacidade de vocalização ou acesso aos mecanismos de contestação. O direito ao cuidado em tempo oportuno segue lógica diversa. Ele não promete ausência de espera; exige que a espera não destrua a finalidade do cuidado, não se torne arbitrária e não distribua seus ônus de maneira incompatível com a igualdade e com a vulnerabilidade dos pacientes.

A força normativa dessa conclusão é ampliada pela própria arquitetura do Estatuto. A Lei nº 15.378/2026 não se limita a enunciar direitos. Incumbe ao poder público desenvolver mecanismos de acompanhamento de seu cumprimento, entre eles pesquisas periódicas sobre qualidade, relatórios sobre a implantação dos direitos e canais destinados ao recebimento e ao acompanhamento de reclamações (Brasil, 2026b, art. 23). Mais incisivamente, o art. 24 estabelece que a violação dos direitos previstos na Lei constitui “situação contrária aos direitos humanos”. O cuidado em tempo oportuno integra esse conjunto. Não parece juridicamente consistente, portanto, reconhecer a solenidade dessa proteção e, ao mesmo tempo, relegar a espera a questão interna de gestão sem relevância para a posição jurídica do paciente.

O primeiro resultado da pesquisa pode, desse modo, ser formulado com maior precisão: o tempo oportuno constitui dimensão normativa do direito do paciente ao cuidado de qualidade, e não

simples indicador de desempenho ou promessa de atendimento imediato. Sua concretização depende das características clínicas do cuidado, do risco associado à demora, das vulnerabilidades presentes e das condições justificáveis de organização da oferta; e a partir de abril de 2026, essa conclusão encontra fundamento legal expresso no ordenamento brasileiro. Resta saber, contudo, por quais mecanismos institucionais essa posição jurídica deve ser protegida quando a necessidade de cuidado ingressa em uma rede submetida à escassez e à ordenação de prioridades. É precisamente nesse espaço que a regulação do acesso deixa de ser apenas técnica de gestão e passa a ser examinada à luz dos direitos dos pacientes.

4.2. A Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde à Luz dos Direitos dos Pacientes.

O segundo resultado da pesquisa repousa no fato de que, se o cuidado em tempo oportuno integra a dimensão jurídica da qualidade assistencial, a regulação do acesso não pode mais ser examinada exclusivamente pela perspectiva de quem administra a oferta. Entre a necessidade apresentada pelo paciente e a resposta efetivamente disponível situa-se uma atividade institucional que seleciona prioridades, organiza percursos, administra esperas e distribui recursos necessariamente finitos. Regular significa, nesse contexto, decidir como a universalidade abstratamente assegurada pelo ordenamento será concretizada diante de demandas simultâneas e capacidades desiguais de resposta. A questão juridicamente relevante já não consiste em saber se o sistema pode ordenar o acesso — pois alguma forma de ordenação é inevitável —, mas em determinar sob quais condições essa ordenação permanece compatível com os direitos daqueles que aguardam cuidado.

A regulação sanitária foi historicamente associada ao equilíbrio entre oferta e demanda, ao controle dos recursos assistenciais e à racionalização de seu emprego. Tais funções permanecem indispensáveis em um sistema universal que precisa distribuir bens e serviços escassos, as quais, contudo, não esgotam o fenômeno. Farias *et al.* (2011), ao reconstruírem a trajetória da regulação da assistência médico-hospitalar no SUS, identificaram fragilidades persistentes nos mecanismos regulatórios e na capacidade de alterar padrões históricos de provisão assistencial. Mais recentemente, Giannotti *et al.* (2026), em revisão de escopo da produção científica sobre acesso aos serviços especializados, observaram que prevalecem concepções vinculadas a atos normativos, processos administrativos, instrumentos e práticas de organização do acesso, enquanto permanece menos explorada a capacidade da regulação de atuar na própria produção do cuidado. A distinção é decisiva para este estudo: administrar a fila não equivale, necessariamente, a cuidar de quem nela permanece.

A Política Nacional de Regulação em Saúde do SUS parece responder, ao menos normativamente, a parte dessa insuficiência conceitual. A Portaria GM/MS nº 9.262/2025 define regulação como atuação estatal desenvolvida por normas, diretrizes e práticas de gestão e de cuidado, destinada a assegurar o direito à saúde, e a qualifica como função essencial do SUS que compreende aspectos gerenciais, administrativos, tecnológicos e clínicos (Brasil, 2025, art. 1º). O deslocamento não é meramente terminológico. Quando o cuidado passa a integrar expressamente a definição da função regulatória, torna-se insuficiente aferir seu desempenho apenas pelo número de vagas utilizadas, procedimentos autorizados ou demandas processadas. A eficiência continua relevante, mas precisa ser interrogada a partir de sua finalidade: permitir que uma

necessidade sanitária alcance, dentro de condições justificáveis, a resposta assistencial adequada.

Essa compreensão adquire maior densidade com o Estatuto dos Direitos do Paciente. A Lei nº 15.378/2026 assegura acesso a cuidados de saúde de qualidade “no tempo oportuno” e sujeita às suas disposições profissionais e responsáveis por serviços públicos ou privados, além das operadoras de planos de assistência à saúde (Brasil, 2026b, arts. 3 e 8). Ao disciplinar especificamente a transferência entre unidades, o parágrafo único do art. 8º reconhece, ainda, que o melhor interesse do paciente convive com a disponibilidade de leitos e com a “ordem de regulação” (Brasil, 2026b, art. 8º, parágrafo único, inc. I). Convém delimitar o alcance desse dispositivo: ele não constitui disciplina geral das filas ou de todos os processos regulatórios. Ainda assim, sua formulação é reveladora porque, no próprio Estatuto, a posição jurídica individual aparece articulada à necessidade institucional de ordenação de recursos escassos.

Dessa articulação resulta uma relação de condicionamento recíproco. O direito do paciente ao cuidado oportuno deve ser concretizado em uma rede cuja capacidade material não é ilimitada; a regulação, por sua vez, encontra sua legitimidade precisamente na capacidade de ordenar essa escassez sem esvaziar o direito que deveria viabilizar. A existência de limitações materiais explica por que nem toda demanda pode ser imediatamente satisfeita. Não explica, por si só, por que determinado paciente deve permanecer aguardando por certo período, sob determinada classificação e sem possibilidade de reavaliação.

O Decreto nº 7.508/2011 já continha elementos suficientes para afastar uma leitura meramente administrativa da ordenação do acesso. Depois de estabelecer que o acesso universal, igualitário e ordenado se inicia pelas portas de entrada e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, determina que sua organização seja fundada simultaneamente na “avaliação da gravidade do risco individual e coletivo” e no critério cronológico, sem desconsiderar as situações de proteção especial (Brasil, 2011, art. 8º e 11). A construção normativa é deliberadamente composta; nem a ordem de chegada é absoluta, nem a gravidade pode servir como fórmula vazia para desconsiderá-la arbitrariamente. Entre ambas existe um juízo regulatório que precisa ser tecnicamente sustentado e juridicamente justificável.

Isso impede que a fila seja concebida como sequência aritmética autossuficiente. Entre situações clinicamente equivalentes, o tempo acumulado de espera pode oferecer razão importante de precedência. Quando diferenças de risco, vulnerabilidade ou possibilidade de deterioração tornam os casos materialmente desiguais, a aplicação mecânica da cronologia pode produzir resultado incompatível com a própria equidade que a fila deveria assegurar. A função regulatória consiste precisamente em administrar essa tensão sem converter exceções em privilégios e sem transformar neutralidade formal em indiferença às diferenças relevantes.

A atual Política Nacional de Regulação torna essa conclusão ainda mais explícita. A Portaria nº 9.262/2025 define lista ou fila como mecanismo de ordenação baseado em critérios previstos em protocolos de acesso e conceitua o tempo de espera a partir do intervalo transcorrido entre a solicitação e o agendamento ou a

efetiva realização da ação assistencial (Brasil, 2025, art. 4º); mais importante, seu art. 26 determina que a gestão das listas seja permanente e compartilhada entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, mediante critérios de prioridade que considerem conjuntamente risco, tempo de espera e vulnerabilidade, além de exigir mecanismos sistemáticos de atualização das informações cadastrais e clínicas dos usuários (Brasil, 2025, art. 26, incs. I e II). A fila, desse modo, deixa normativamente de ser fotografia estática da demanda. Deve comportar informação renovada sobre pessoas cuja condição pode mudar enquanto aguardam.

Essa característica modifica profundamente o modo de compreender a espera. Uma decisão regulatória pode ser adequada quando é tomada e tornar-se inadequada posteriormente. O paciente inicialmente estável pode sofrer agravamento; uma condição eletiva pode adquirir urgência distinta; determinada vulnerabilidade pode reduzir a capacidade concreta de suportar a espera. A classificação, portanto, não encerra definitivamente o juízo regulatório. Quando fatos clinicamente relevantes se alteram, a persistência automática da prioridade inicial pode deixar de traduzir igualdade e passar a reproduzir uma decisão cujo fundamento já não existe.

Nesse ponto, o Estatuto acrescenta uma dimensão de reciprocidade que impede leitura condescendente dos direitos dos pacientes. Em seu art. 22 atribui ao paciente responsabilidade pelo compartilhamento das informações pertinentes à condução de seus cuidados e determina, entre outros deveres, que comunique aos profissionais de saúde “mudanças inesperadas em sua condição” (Brasil, 2026b, arts. 22, parágrafo único, inc. V). A norma não transfere ao usuário o dever estatal de gerir adequadamente a fila. Revela,

antes, que a qualidade das decisões assistenciais depende também da circulação apropriada da informação. Lido em conjunto com o art. 26 da Política Nacional de Regulação, que impõe atualização sistemática das informações clínicas, emerge uma relação de corresponsabilidade assimétrica: cabe ao paciente comunicar alterações de que tenha conhecimento, mas compete à rede dispor de canais capazes de recebê-las, fazê-las alcançar os atores regulatórios pertinentes e reavaliar a prioridade quando o novo quadro assim o exigir.

O dever institucional, ademais, não decorre apenas da Política de 2025. O art. 13 do Decreto nº 7.508/2011 atribui expressamente aos entes federativos, para assegurar acesso universal, igualitário e ordenado, as responsabilidades de garantir “a transparência, a integralidade e a equidade”, orientar e ordenar os fluxos, monitorar o acesso e ofertar regionalmente as ações e serviços de saúde (Brasil, 2011, art. 13). A relevância desse dispositivo está em evidenciar a face objetiva do problema. Aos direitos reconhecidos ao paciente correspondem deveres de organização que não se confundem com a prestação clínica realizada à beira do leito ou no consultório. Há obrigações que antecedem o encontro assistencial e recaem sobre a arquitetura institucional que deve torná-lo possível.

A transparência assume, nesse contexto, função particularmente importante. A Política Nacional de Regulação deixou pouco espaço para que ela seja tratada como recomendação genérica de boa administração. Sua definição normativa compreende a publicidade dos critérios de prioridade, das listas, dos tempos de espera e dos fluxos regulatórios, assegurando ao usuário acompanhamento das informações relativas ao próprio acesso e à coletividade o acesso a dados gerais desidentificados, observada a legislação de proteção de

dados (Brasil, 2025, art. 4º, inc. VIII). Os arts. 38 e 39 da referida portaria avançam na mesma direção ao exigir publicidade dos processos regulatórios e meios que permitam ao paciente acompanhar sua situação individual, inclusive por instrumentos digitais de comunicação e interação.

Esse regime é mais exigente do que a simples publicação de uma fila. Saber que se ocupa determinada posição numérica pouco esclarece se o paciente desconhece os critérios pelos quais pode ser ultrapassado, as razões de sua classificação, eventuais pendências ou o modo de comunicar agravamento da condição. Transparência regulatória relevante é aquela que permite compreender minimamente o percurso institucional sem expor dados pessoais de terceiros ou eliminar a discricionariedade técnica necessária à priorização. Informação, aqui, não representa mera satisfação de curiosidade administrativa. Reduz a assimetria entre quem governa a espera e quem experimenta seus efeitos.

A preocupação não surgiu apenas com a Política de 2025. A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde já determinava que encaminhamentos considerassem necessidade e indicação clínica, levando em conta a gravidade submetida à análise das centrais de regulação, e afirmava que listas de espera de média e alta complexidade deveriam observar “agilidade e transparência” (Brasil, 2017). Também previa regulamentação do tempo de espera em filas de procedimentos e medidas de comunicação quando a oferta fosse temporariamente interrompida. O que a política atual produz é uma densificação: conceitos antes dispersos passam a integrar uma disciplina mais minuciosa da gestão da espera.

A literatura sanitária oferece razões adicionais para que essa estrutura não seja reduzida ao funcionamento de uma central administrativa. Barbosa e Guimarães (2021), ao estudarem os atores envolvidos na regulação assistencial de uma rede de pré-natal e parto, mostram que o acesso é produzido por uma multiplicidade de agentes e relações distribuídos pela própria rede. Gestores, profissionais, serviços e usuários participam, sob capacidades distintas, da construção do percurso assistencial. Giannotti *et al.* (2026) chegam à conclusão convergente ao identificarem a necessidade de desenvolver uma regulação efetivamente produtora de cuidados integrais, apta a enfrentar a fragmentação dos sistemas de saúde. A central de regulação importa, mas não regula sozinha.

Vista apenas pela lente da gestão, uma solicitação pendente pode aparecer como unidade de demanda ainda não absorvida. Considerada desde os direitos do paciente, a mesma pendência corresponde a uma pessoa que permanece submetida aos efeitos de sua condição enquanto o sistema processa a necessidade apresentada. O registro administrativo aguarda; o corpo não. Sintomas podem evoluir, prognósticos podem se alterar, oportunidades terapêuticas podem se estreitar. É justamente essa diferença entre o tempo do procedimento administrativo e o tempo vivido da doença que torna juridicamente relevante a capacidade de monitorar a espera.

A centralidade do paciente, todavia, não pode ser confundida com submissão da regulação à preferência individual. Uma concepção de direitos que permitisse converter toda reivindicação particular em precedência assistencial desorganizaria o caráter distributivo do SUS e poderia aprofundar desigualdades, favorecendo justamente aqueles com maior capacidade de mobilizar profissionais, estruturas

administrativas ou o Poder Judiciário. Os direitos dos pacientes não eliminam critérios gerais; exigem que eles sejam melhores. Uma regulação orientada pela pessoa permanece obrigada a proteger a igualdade de todos aqueles que disputam recursos comuns.

Esse contra-argumento delimita o alcance da tese. Não se sustenta um direito individual à posição escolhida na fila, ao prestador preferido ou ao atendimento imediato sempre que houver demanda. Sustenta-se algo distinto: o exercício da função regulatória deve ser capaz de oferecer razões para a ordem produzida, manter sensibilidade a mudanças relevantes durante a espera, preservar continuidade, assegurar informação adequada sobre o percurso e evitar que critérios aparentemente neutros cristalizem desigualdades clinicamente ou socialmente pertinentes. A eficiência distributiva continua sendo exigência da gestão pública, mas já não constitui medida suficiente de legitimidade.

O segundo resultado desta pesquisa pode, portanto, ser formulado com maior precisão: a regulação do acesso é mecanismo institucional de concretização dos direitos dos pacientes e sua legitimidade jurídica depende não apenas da eficiência na alocação de recursos, mas da qualidade das razões pelas quais necessidades são classificadas, esperas são produzidas, prioridades são revistas e informações são disponibilizadas. Risco, tempo de espera e vulnerabilidade não aparecem como critérios concorrentes isolados, mas como elementos que a disciplina normativa contemporânea exige articular. A escassez permanece como dado inevitável da gestão sanitária; deixou, porém, de poder funcionar como espaço opaco de decisão.

Essa conclusão também revela o limite interno da própria regulação. Ainda que uma central empregue critérios tecnicamente adequados, atualize informações e administre sua fila de maneira transparente, o cuidado poderá continuar inacessível se os serviços estiverem mal distribuídos no espaço, faltarem meios de deslocamento, inexistir integração entre municípios ou a infraestrutura urbana impossibilitar o percurso assistencial. A regulação organiza possibilidades; não consegue criar, por decisão administrativa isolada, um território capaz de sustentá-las. É nesse ponto que os direitos dos pacientes encontram a dimensão espacial do problema e conduzem ao resultado seguinte: a resiliência urbana como dever de organização das condições concretas de acesso.

4.3. Resiliência Urbana e Dever de Organização de Acesso

A regulação pode ordenar corretamente uma demanda e, ainda assim, não produzir acesso. Entre a autorização do cuidado e sua realização existe um território: distâncias precisam ser percorridas, serviços devem estar disponíveis em escalas compatíveis com sua complexidade, informações atravessam instituições, usuários dependem de transporte e diferentes entes compartilham recursos assistenciais. O terceiro resultado desta pesquisa parte dessa constatação; o cuidado em tempo oportuno não depende apenas da qualidade da decisão regulatória; exige condições territoriais que tornem essa decisão efetivamente realizável.

A dimensão espacial não é elemento externo à assistência. Uma consulta formalmente disponibilizada pode permanecer materialmente inacessível quando o deslocamento exigido é incompatível com a condição clínica, econômica ou funcional do paciente. Do mesmo modo, uma referência regional pode existir no

planejamento e fracassar na prática por ausência de transporte, desarticulação entre serviços ou deficiência informacional. O território participa, portanto, da produção do acesso e de suas barreiras.

É nesse ponto que a resiliência urbana interessa ao problema jurídico. O conceito não possui significado único. Meerow, Newell e Stults (2016), ao revisarem a literatura especializada, identificam diferentes tensões em torno da ideia de resiliência e a compreendem como capacidade de sistemas urbanos e de suas redes socioecológicas e sociotécnicas de manter ou recuperar funções diante de perturbações, adaptar-se a mudanças e transformar estruturas que comprometam sua capacidade futura de resposta. Para o Direito Sanitário, a contribuição mais relevante dessa formulação não está na ideia simplificada de retorno ao estado anterior, mas na compreensão da cidade como sistema composto por redes interdependentes, cuja capacidade de resposta depende de articulações institucionais e territoriais.

Essa aproximação exige cautela. Resiliência não é valor jurídico autossuficiente, tampouco qualidade necessariamente positiva de qualquer sistema que consiga continuar funcionando. Estruturas profundamente desiguais também podem ser resilientes no sentido estrito de persistirem. Por isso, Meerow, Newell e Stults (2016) insistem na necessidade de perguntar quem se beneficia dessa capacidade, diante de quais riscos, em que espaço e para quais finalidades. No problema aqui examinado, a indagação assume contorno próprio: pode uma cidade ser considerada sanitariamente resiliente se preserva o funcionamento agregado da rede, enquanto determinados territórios ou grupos permanecem sistematicamente afastados do cuidado?

A resposta não decorre da literatura sobre resiliência, isoladamente considerada. O ordenamento brasileiro não instituiu um direito subjetivo geral à “cidade resiliente”, nem um dever sanitário autônomo assim denominado. A relevância jurídica do conceito nasce de outra operação: ele permite reunir, sob uma chave interpretativa comum, deveres já positivados de planejamento urbano, regionalização sanitária, mobilidade, acessibilidade e coordenação interfederativa. O denominado dever de organização não é, portanto, criação normativa derivada da resiliência; constitui síntese de obrigações dispersas que convergem para a necessidade de tornar o acesso territorialmente possível.

A Constituição oferece o primeiro ponto de contato. As ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, voltada à realização do acesso universal, igualitário e integral (Brasil, 1988, arts. 196 e 198). Em plano distinto, a política de desenvolvimento urbano deve ordenar o “pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade” e “garantir o bem-estar de seus habitantes” (Brasil, 1988, art. 182). Não se pretende fundir regimes jurídicos diferentes. A consequência é mais precisa: se a fruição do direito à saúde ocorre concretamente no espaço urbano, as condições territoriais que favorecem ou inviabilizam esse acesso não podem ser tratadas como juridicamente irrelevantes.

O Estatuto da Cidade reforça essa leitura ao associar o direito a cidades sustentáveis à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, bem como ao planejamento da distribuição espacial da população e das atividades no Município e em seu território de influência. A lei exige, ainda, oferta de “equipamentos urbanos e comunitários, transporte e serviços públicos” adequados às necessidades da população e às características locais (Brasil, 2001,

art. 2º, incs. I, IV e V). A política urbana não define prioridades clínicas e não substitui a gestão sanitária. Pode, contudo, criar ou remover obstáculos decisivos para que a assistência seja alcançada.

A mobilidade oferece exemplo evidente. A Política Nacional de Mobilidade Urbana relaciona acessibilidade, circulação e planejamento das cidades, estabelece como objetivo contribuir para o “acesso universal à cidade” e adota, entre seus princípios, a acessibilidade universal e a equidade no acesso ao transporte público coletivo (Brasil, 2012, art. 2º e 5º). Para o paciente encaminhado a outro ponto da rede, distância não é abstração geográfica; converte-se em tempo de deslocamento, custo, necessidade de acompanhante, afastamento laboral e, em determinadas condições clínicas, possibilidade concreta de utilizar ou perder o serviço disponibilizado.

A literatura empírica confirma a relevância dessas desigualdades. Amaral *et al.* (2021), ao examinarem a estrutura espacial da provisão de atenção primária nos municípios brasileiros, demonstraram que a distância geográfica interfere na cobertura potencial e que persistem áreas sem provimento adequado, inclusive no interior de um mesmo município. Os *déficits* mostraram associação com contextos de maior privação socioeconômica. A barreira territorial, portanto, não se distribui ao acaso; tende a incidir com maior intensidade justamente sobre populações que acumulam outras vulnerabilidades.

Essa constatação altera o significado jurídico da própria oferta. Dois pacientes com igual prioridade clínica pode receber formalmente o mesmo acesso e, ainda assim, possuir condições radicalmente diferentes de usufruí-lo. Para um, o estabelecimento encontra-se

próximo e o deslocamento é simples. Para outro, a mesma consulta exige horas de viagem, perda de renda, acompanhante ou múltiplas conexões de transporte. A equivalência administrativa não produz, necessariamente, equivalência material.

Gonçalves (2021), ao analisar acessibilidade aos sistemas de saúde em contexto de crise, encontrou degradação mais intensa entre grupos e famílias vulneráveis. O resultado ilumina uma questão central para a ideia de resiliência: a capacidade média de funcionamento do sistema pouco diz sobre sua justiça distributiva quando a adaptação ocorre mediante transferência desproporcional dos custos para aqueles que dispõem de menor capacidade de suportá-los. Um sistema pode continuar operando e, simultaneamente, ampliar desigualdades de acesso.

A Organização Mundial da Saúde alcança conclusão convergente ao relacionar planejamento urbano, saúde e resiliência. Para a organização, planejamento territorial, governança de riscos e articulação entre políticas locais influenciam a capacidade das cidades de proteger a saúde e reduzir vulnerabilidades, justamente porque fatores sociais, ambientais e infraestruturais interagem na produção dos riscos urbanos (World Health Organization, 2022). O referencial não é utilizado aqui como fonte de obrigação jurídica interna, mas como apoio técnico para uma constatação que emerge do próprio ordenamento brasileiro: problemas produzidos por sistemas urbanos interdependentes dificilmente são resolvidos por políticas setoriais isoladas.

Seria incorreto, entretanto, concluir que o cuidado oportuno exige distribuir todos os níveis de assistência por todos os municípios. Além de economicamente insustentável, essa hipótese poderia

comprometer qualidade, escala e concentração técnica de serviços especializados. O próprio SUS foi constitucionalmente estruturado sobre regionalização e hierarquização, não sobre autossuficiência municipal. A Lei nº 8.080/1990 reafirma a regionalização da rede, a conjugação de recursos entre os entes federativos e a organização dos serviços de modo a evitar duplicidade desnecessária de meios (Brasil, 1990, art. 7º e 8º).

A concentração territorial de determinados serviços pode, portanto, ser legítima e até necessária. Sua legitimidade, entretanto, não elimina o problema do acesso; apenas o desloca. Quanto maior a concentração da oferta, maior a importância dos mecanismos destinados a torná-la territorialmente alcançável. Referenciamento, transporte sanitário, integração informacional, pactuação interfederativa e continuidade entre pontos da rede passam a integrar a estrutura pela qual especialização assistencial e universalidade podem coexistir.

Esse argumento exige distinguir três planos frequentemente confundidos. A cidade é o espaço concreto em que o usuário experimenta distâncias, mobilidade, infraestrutura e barreiras. O Município é ente federativo com competências próprias, mas não necessariamente responsável por prover todos os níveis de assistência. A Região de Saúde, por sua vez, constitui escala jurídico-organizacional destinada justamente a integrar recursos e serviços que ultrapassam fronteiras municipais. O Decreto nº 7.508/2011 define-a como agrupamento de municípios voltado à integração da organização, do planejamento e da execução das ações e serviços de saúde, devendo conter, no mínimo, atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial

especializada e hospitalar e vigilância em saúde (Brasil, 2011, art. 2º, inc. I; 4º e 5º).

A consequência é relevante. Afirmar que o cuidado possui dimensão urbana não significa imputar ao Município, isoladamente, toda responsabilidade pela assistência de seus habitantes. A barreira é vivenciada localmente, mas sua superação pode depender de obrigações municipais, estaduais, federais e interfederativas. Não há falha apenas porque determinado município não oferece certo serviço especializado. O problema jurídico aparece quando a ausência local não é compensada por um arranjo regional funcional, capaz de conduzir o paciente ao cuidado necessário em condições compatíveis com sua necessidade clínica.

A literatura sobre regionalização reforça esse diagnóstico. Lima *et al.* (2012), ao examinarem experiências estaduais, identificaram condicionantes históricos, territoriais e político-institucionais capazes de dificultar a construção de arranjos cooperativos e o próprio acesso. Entre as respostas apontadas, destaca-se o fortalecimento do enfoque territorial do planejamento e sua articulação com outras políticas de desenvolvimento. A rede de saúde possui uma geografia concreta. Ignorá-la no planejamento não neutraliza seus efeitos; apenas os transfere ao usuário.

Surge, então, uma tensão que não pode ser resolvida por fórmulas abstratas. A eficiência recomenda, em determinadas situações, concentração de tecnologias, equipes e serviços; a igualdade de acesso exige considerar os custos territoriais decorrentes dessa concentração. Instalar um serviço de alta complexidade em cada município seria irrazoável, assim como naturalizar deslocamentos incompatíveis com a oportunidade clínica. O ponto de equilíbrio

encontra-se no planejamento: dimensionar oferta, fluxos, distâncias, meios de transporte e alternativas regionais de modo coerente com a finalidade sanitária pretendida.

A ideia de resiliência acrescenta a esse raciocínio uma dimensão temporal. Sistemas urbanos não enfrentam apenas eventos agudos. Sofrem pressões graduais: envelhecimento populacional, expansão periférica, mudanças epidemiológicas, migração, insuficiência de profissionais, eventos climáticos recorrentes e transformações econômicas capazes de alterar padrões de vulnerabilidade. Uma organização territorial adequada não deve apenas reagir quando a rede entra em crise; precisa reconhecer mudanças persistentes e adaptar-se antes que obstáculos cotidianos se convertam em normalidade administrativa. A OMS tem destacado justamente a articulação entre planejamento urbano, governança de riscos e saúde na construção de cidades capazes de responder a perturbações e vulnerabilidades (World Health Organization, 2022).

Essa leitura também impede que a linguagem da resiliência seja indevidamente transferida ao próprio paciente. Não é sinal de resiliência institucional o fato de usuários aprenderem a peregrinar entre unidades, recorrerem a redes pessoais, suportarem deslocamentos incompatíveis com sua renda ou reorganizarem indefinidamente a vida cotidiana para conseguir chegar ao serviço. Essas estratégias podem revelar capacidade individual de adaptação; podem, ao mesmo tempo, denunciar falha da organização coletiva. Quanto mais o acesso depender da habilidade do paciente para contornar obstáculos estruturais, menos convincente será atribuir resiliência ao sistema que os produz.

Da convergência entre política urbana, regionalização sanitária e direitos dos pacientes emerge, assim, um dever de organização territorialmente orientado. Não se trata de assegurar proximidade absoluta entre todos os cidadãos e qualquer modalidade de cuidado, nem de garantir imunidade do sistema diante de qualquer perturbação. O dever juridicamente defensável é mais preciso: planejar, coordenar e adaptar os meios necessários para que localização dos serviços, fluxos regionais e condições previsíveis de deslocamento não transformem a organização da assistência em obstáculo desproporcional ao cuidado devido.

Essa formulação também permite distinguir simples imperfeição de falha potencialmente relevante. Distância, por si só, não constitui violação. Nem toda demora territorialmente produzida é juridicamente censurável. A relevância surge quando barreiras previsíveis ou evitáveis deixam de ser acompanhadas por mecanismos razoáveis de compensação — transporte, referência funcional, integração entre serviços, informação, redistribuição de oferta ou alternativas regionais compatíveis com a necessidade apresentada. O problema deixa, então, de ser a existência abstrata da barreira e passa a ser a insuficiência institucional da resposta que deveria neutralizar seus efeitos.

O terceiro resultado da pesquisa pode, portanto, ser formulado nos seguintes termos: o dever de assegurar cuidado em tempo oportuno possui dimensão territorial e exige coordenação entre planejamento sanitário, regionalização, mobilidade e organização urbana; a resiliência, embora não constitua fonte autônoma de obrigação jurídica, oferece categoria interpretativa adequada para avaliar se a organização institucional consegue preservar o acesso diante de desigualdades, pressões e perturbações previsíveis. A

cidade não precisa conter todos os cuidados. A rede, porém, precisa estar organizada para que a distância física entre paciente e serviço não se converta em distância jurídica entre direito reconhecido e cuidado possível.

Essa conclusão conduz ao último problema analítico do capítulo. Nem toda insuficiência administrativa, demora, distância ou descontinuidade ultrapassa o limiar da juridicidade. Recursos são finitos, sistemas complexos estão sujeitos a falhas e determinadas contingências podem exceder capacidades razoavelmente exigíveis. Se o cuidado oportuno possui conteúdo normativo, se a regulação deve respeitar os direitos dos pacientes e se a organização territorial integra as condições concretas do acesso, resta estabelecer os critérios pelos quais uma limitação legítima pode ser distinguida de uma falha regulatória juridicamente relevante.

4.4. Critérios para Identificação de Falhas Juridicamente Relevantes na Regulação do Acesso.

Reconhecer o cuidado em tempo oportuno como categoria normativa, compreender a regulação como mecanismo de concretização dos direitos dos pacientes e identificar a dimensão territorial do acesso conduzem a uma questão inevitável: em que momento uma espera, uma classificação inadequada ou uma barreira de acesso deixam de representar imperfeições do funcionamento administrativo e passam a constituir falhas juridicamente relevantes? A resposta não pode repousar na duração da espera tomada isoladamente. Filas podem existir em sistemas bem-organizados; atrasos podem decorrer de contingências que nenhuma gestão razoável conseguiria evitar. O inverso também é verdadeiro. Uma espera aparentemente regular pode esconder

prioridade desatualizada, critério discriminatório, ausência de alternativas disponíveis ou completa impossibilidade de o paciente compreender e questionar a decisão que prolonga seu acesso ao cuidado.

O quarto resultado desta pesquisa consiste, por isso, na proposição de uma matriz de aferição. Seu objetivo não é estabelecer prazo universal ou substituir protocolos clínicos por categorias jurídicas abstratas. Busca-se identificar dimensões que, consideradas em conjunto e à luz das circunstâncias concretas, permitam distinguir a limitação justificável da deficiência administrativa que compromete direitos. A premissa é simples, embora suas consequências não o sejam: a juridicidade da espera depende menos de sua existência do que das razões pelas quais ela é produzida, mantida e revista.

O problema pertence, em parte, ao campo mais amplo da justiça na distribuição de recursos sanitários escassos. Daniels e Sabin (1997), ao examinarem a legitimidade das decisões que limitam acesso aos cuidados de saúde, desenvolveram a noção de *accountability for reasonableness*. Diante da dificuldade de alcançar consenso sobre princípios distributivos capazes de resolver todas as escolhas, os autores deslocam a atenção para a legitimidade do processo decisório. Em formulações posteriores, a proposta foi sistematizada em quatro condições: publicidade das decisões e de seus fundamentos; utilização de razões relevantes para a distribuição dos recursos; possibilidade de contestação e revisão; e mecanismos capazes de assegurar a observância das condições anteriores (Daniels, 2000; Daniels; Sabin, 2002).

Não se pretende converter esse modelo ético-deliberativo em teste de legalidade aplicável diretamente à regulação brasileira. A

transposição seria metodologicamente imprópria e desnecessária. Sua utilidade é heurística: ajuda a perceber que decisões distributivas ganham legitimidade não apenas pelo resultado alcançado, mas pela qualidade institucional do processo que o produz. Mais importante, as preocupações centrais do modelo encontram correspondências autônomas no direito positivo brasileiro. Transparência, critérios de prioridade, atualização das informações, acompanhamento da espera, possibilidade de reclamação e monitoramento administrativo já integram a disciplina contemporânea do acesso aos serviços de saúde.

A Política Nacional de Regulação em Saúde oferece o ponto de partida mais imediato. A Portaria GM/MS nº 9.262/2025 não apenas reconhece a existência de filas; determina que sua gestão seja permanente e considere conjuntamente “risco, tempo de espera e vulnerabilidade”, segundo protocolos vigentes, além de exigir mecanismos sistemáticos de atualização das informações clínicas e cadastrais dos usuários (Brasil, 2025, art. 26). O mesmo ato normativo associa transparência regulatória à publicidade dos critérios de prioridade, listas, tempos de espera e fluxos, assegurando ao usuário acompanhamento de sua própria situação (Brasil, 2025, art. 4º, inc. VIII; 38 e 39). A partir desses comandos, torna-se possível construir parâmetros de análise sem criar obrigações estranhas ao sistema normativo.

A primeira dimensão é clínico-temporal. O simples decurso do tempo não basta para qualificar juridicamente uma falha; importa saber o que esse tempo representa para a condição do paciente. Devem ser considerados risco de agravamento, intensidade e evolução dos sintomas, possibilidade de perda de benefício terapêutico, comprometimento funcional, segurança, prognóstico e

vulnerabilidades capazes de reduzir a tolerabilidade da espera. Quanto maior a probabilidade de que o atraso comprometa a finalidade do cuidado, mais intensa se torna a exigência de resposta regulatória.

Essa dimensão decorre do próprio significado do cuidado oportuno. O Estatuto dos Direitos do Paciente assegura acesso a cuidado de qualidade “no tempo oportuno” (Brasil, 2026b, art. 8º), enquanto o Decreto nº 7.508/2011 vincula a ordenação do acesso à gravidade do risco e ao critério cronológico (Brasil, 2011, art. 11). A Política Nacional de Regulação acrescenta expressamente a vulnerabilidade à equação (Brasil, 2025, art. 26). O tempo juridicamente relevante é, portanto, tempo relacionado à necessidade. Não existe isoladamente do estado clínico nem pode ser reduzido à posição numérica ocupada na fila.

A consequência é importante. Duas esperas de igual duração podem receber avaliações jurídicas distintas sem que isso represente tratamento arbitrário. A pessoa cuja condição permanece estável e para quem a postergação não reduz significativamente a efetividade do cuidado não se encontra na mesma situação daquela cuja doença progride ou cuja oportunidade terapêutica se estreita. A igualdade regulatória não exige ignorar essa diferença; ao contrário, a ordenação que permanece insensível à alteração relevante da necessidade pode deixar de ser igualitária precisamente porque continua tratando como equivalentes situações que já não o são.

A segunda dimensão diz respeito à conformidade da priorização e à sua revisibilidade. Não basta que a classificação inicial tenha sido tecnicamente defensável. A gestão das filas é atividade contínua. Informações clínicas envelhecem, circunstâncias se modificam e

critérios precisam ser reaplicados quando fatos novos alteram a posição relativa do paciente. A Portaria nº 9.262/2025 é expressa ao exigir gestão permanente das listas e atualização sistemática das informações; também atribui às centrais de regulação análise de demanda, oferta, listas, tempos de espera e registros clínicos (Brasil, 2025, arts. 25 e 26).

Falha potencialmente relevante aparece, então, quando a prioridade é produzida ou mantida a partir de informação insuficiente, desatualizada ou incompatível com os protocolos aplicáveis; quando o sistema não oferece canal funcional para comunicação de agravamento; ou quando recebe nova informação relevante e não dispõe de mecanismo razoável para incorporá-la à decisão regulatória. Não se exige reavaliação clínica ininterrupta de todas as pessoas em espera. Exige-se algo menos absoluto e mais racional: uma estrutura capaz de perceber e processar mudanças que possam tornar inadequada a classificação anteriormente atribuída.

Essa exigência encontra correspondência no Estatuto dos Direitos do Paciente. O art. 22 atribui ao próprio paciente responsabilidade por comunicar mudanças inesperadas em sua condição (Brasil, 2026b). O dever de colaboração, entretanto, seria vazio se o sistema não dispusesse de canais aptos a receber essa informação e fazê-la repercutir sobre a regulação. Surge daí uma reciprocidade assimétrica: o paciente coopera com aquilo que conhece; a instituição conserva a responsabilidade de estruturar o procedimento pelo qual a informação clinicamente relevante possa produzir revisão.

A terceira dimensão envolve transparência e justificação. A opacidade não transforma automaticamente toda decisão

regulatória em inválida, assim como a publicidade não torna legítima uma prioridade inadequada. Há, contudo, diferença jurídica entre uma espera cujo fundamento pode ser identificado e outra cuja manutenção é inexplicável ao próprio sistema. A Política Nacional de Regulação exige publicidade dos critérios utilizados para definição das prioridades, dos tempos de espera e dos fluxos, além de acompanhamento individual pelo usuário (Brasil, 2025). O Decreto nº 7.508/2011, por sua vez, atribui aos entes federativos o dever de garantir transparência, integralidade e equidade, ordenar fluxos e monitorar o acesso (Brasil, 2011, art. 13).

Também o Direito Administrativo oferece elementos úteis. No âmbito da Administração Pública federal, a Lei nº 9.784/1999 submete a atuação administrativa aos princípios da motivação, razoabilidade e proporcionalidade e exige indicação dos pressupostos de fato e de direito que determinam as decisões (Brasil, 1999, art. 2º). Quando atos administrativos neguem, limitem ou afetem direitos ou interesses, sua motivação deve ser “explícita, clara e congruente” (Brasil, 1999, art. 50). A incidência formal da Lei nº 9.784/1999 é federal, razão pela qual não se pretende utilizá-la indistintamente como regra procedimental de todos os entes. Seu conteúdo, porém, demonstra a incompatibilidade, no próprio regime administrativo brasileiro, entre exercício de poder decisório sobre direitos e ausência absoluta de razões cognoscíveis.

No campo regulatório, justificação não significa produzir decisão individual extensa para cada posição de uma fila. A exigência seria operacionalmente inviável e pouco acrescentaria à proteção do paciente. Significa que o sistema deve ser capaz de identificar quais critérios governam a ordem, demonstrar que eles são aplicados de maneira consistente e explicar situações excepcionais que alterem

significativamente a precedência ou mantenham espera incompatível com parâmetros previamente adotados. Automatização e padronização não são, em si, problemas. Tornam-se problemáticas quando eliminam a possibilidade de conhecer as razões que sustentam uma decisão capaz de afetar o acesso ao cuidado.

A quarta dimensão relaciona-se à evitabilidade da barreira e às alternativas razoavelmente disponíveis. Escassez não é categoria binária. Entre a inexistência absoluta de recurso e sua disponibilidade imediata existe um conjunto de possibilidades organizacionais: redistribuição de agendas, utilização de capacidade existente em outro ponto da rede, revisão de fluxos, referência regional, contratualização, transporte sanitário, teleassistência, negociação entre centrais ou expansão programada de oferta. A própria orientação técnica do Ministério da Saúde sobre filas reconhece que tempos excessivos podem demandar busca de recursos alternativos, negociação com outras centrais e ajustes na oferta.

A falha adquire maior densidade quando uma barreira previsível persiste não porque inexistam alternativas, mas porque aquelas razoavelmente disponíveis não foram consideradas, articuladas ou sequer conhecidas pela gestão. A Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro reforça precisamente esse tipo de raciocínio ao estabelecer que decisões administrativas, controladoras e judiciais devem considerar consequências práticas e que a motivação deve examinar necessidade, adequação e possíveis alternativas (Brasil, 1942, arts. 20 e 22, com as alterações introduzidas pela Lei nº 13.655/2018). O controle jurídico da regulação não deve perguntar apenas se faltou um recurso, e sim, se, dadas as circunstâncias, havia

resposta organizacional razoável que pudesse ter reduzido o impacto da insuficiência.

Essa investigação não autoriza reconstruções retrospectivas idealizadas. Uma alternativa só pode ser considerada relevante se estivesse razoavelmente ao alcance da organização competente quando a decisão precisava ser tomada. Não se pode censurar o gestor por não utilizar capacidade inexistente, tecnologia indisponível, recurso financeiro juridicamente inacessível ou arranjo interfederativo que ainda não pudesse ser acionado. O parâmetro é possibilidade real, e não solução imaginável em abstrato.

Chega-se, assim, à quinta dimensão: imputabilidade institucional e proporcionalidade diante das condições reais da gestão. Este talvez seja o ponto mais delicado da matriz. Se os direitos dos pacientes forem examinados sem atenção às condições efetivas das políticas públicas, corre-se o risco de transformar qualquer deficiência de capacidade em ilícito. Se, no sentido inverso, toda limitação orçamentária ou operacional for aceita como justificativa suficiente, o direito ao cuidado oportuno perde praticamente toda capacidade de controle.

A Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro oferece uma formulação particularmente adequada para evitar ambos os extremos; em seu art. 22 determina que, na interpretação das normas sobre gestão pública, sejam considerados “os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas a seu cargo”, acrescentando expressão decisiva: “sem prejuízo dos direitos dos administrados” (Brasil, 1942, art. 22, com redação da Lei nº 13.655/2018). A norma não estabelece imunidade administrativa fundada na dificuldade. Exige contextualização pelas limitações

reais devem ser consideradas, mas precisam ser confrontadas com os direitos que a política existe para realizar.

Isso significa que a análise da falha deve alcançar também competência, previsibilidade, duração e capacidade de resposta. Uma ruptura súbita provocada por evento excepcional não possui o mesmo significado jurídico de insuficiência conhecida, reiterada durante anos e jamais incorporada ao planejamento. A indisponibilidade momentânea de determinado serviço não equivale à manutenção prolongada de uma fila sem diagnóstico de capacidade, monitoramento ou estratégia de enfrentamento. Quanto mais previsível, persistente e administrável for a deficiência, menor tende a ser a força justificadora de sua apresentação como simples contingência.

Também importa identificar o nível institucional competente para agir. Como demonstrado no subitem anterior, a assistência regionalizada distribui atribuições entre diferentes entes e pontos da rede. Uma falha experimentada pelo paciente em seu município de residência pode decorrer de decisão estadual, pactuação regional insuficiente, limitação federal, comportamento do prestador ou combinação desses fatores. Identificar a relevância jurídica da falha não autoriza imputá-la automaticamente ao ente mais próximo do usuário. Responsabilidade organizacional exige reconstrução das competências e das possibilidades efetivas de intervenção.

As cinco dimensões não constituem requisitos cumulativos de uma fórmula fechada. Sua função é orientar a avaliação. Determinadas violações podem revelar relevância jurídica independentemente de longa duração — discriminação explícita na priorização ou recusa arbitrária de cuidado são exemplos evidentes. Em outras hipóteses, a

juridicidade emerge precisamente da acumulação: tempo crescente, risco conhecido, informação desatualizada, ausência de revisão, opacidade e persistência da barreira apesar de alternativas disponíveis. O que importa é a convergência entre a deficiência identificada e o comprometimento de deveres normativos aplicáveis à organização do acesso.

A matriz também permite distinguir falha pontual de falha estrutural. Um erro isolado de cadastro, corrigido rapidamente e sem repercussão significativa sobre o cuidado, pertence a plano distinto daquele em que milhares de solicitações permanecem sem atualização, os mesmos atrasos se repetem, determinados territórios acumulam sistematicamente tempos superiores e nenhuma resposta organizacional é construída. A repetição transforma informação episódica em sinal institucional. A Política Nacional de Regulação reconhece essa dimensão ao exigir análise de situação de saúde, demanda, oferta, listas e tempos de espera, assim como monitoramento contínuo do acesso (Brasil, 2025). O sistema não deve apenas corrigir casos; precisa aprender com padrões.

A *accountability for reasonableness* ajuda a compreender por que esse elemento é relevante. Para Daniels e Sabin (1997, 2002), a legitimidade de escolhas distributivas exige que razões sejam públicas, relevantes, revisáveis e submetidas a mecanismos de controle. No ordenamento brasileiro, essas exigências não aparecem reunidas sob essa nomenclatura, mas sua lógica encontra correspondentes concretos: protocolos e critérios de prioridade, transparência regulatória, gestão permanente das listas, possibilidade de atualização e mecanismos de reclamação. O Estatuto dos Direitos do Paciente incumbiu expressamente o poder público de acolher reclamações relativas ao descumprimento dos

direitos nele previstos e acompanhar seu processamento (Brasil, 2026b, art. 23).

Esse dispositivo é particularmente importante porque a possibilidade de contestar não deve ser confundida com direito a obter a prioridade pretendida. Revisão significa oportunidade institucional de apresentar informação nova, denunciar erro ou questionar aplicação inconsistente dos critérios. A decisão pode permanecer inalterada depois do reexame. O que se torna problemático é uma arquitetura na qual a classificação afeta profundamente o tempo de acesso, mas não existe caminho funcional para corrigir erro manifesto ou incorporar fato superveniente.

O Estatuto acrescenta consequência normativa que impede tratar essas questões como mera excelência gerencial. Estabelece, em seu art. 24, que a violação dos direitos nele previstos constitui “situação contrária aos direitos humanos” (Brasil, 2026b). A disposição recomenda prudência interpretativa, não banalização. Nem toda insatisfação com a fila representa violação do Estatuto; uma vez demonstrado, porém, que a organização da espera compromete injustificadamente o cuidado oportuno reconhecido no art. 8º, o problema já não pode ser reduzido a indicador administrativo desfavorável.

É necessário preservar uma última distinção. Identificar falha regulatória juridicamente relevante não equivale a afirmar, automaticamente, responsabilidade civil do Estado, dever de indenizar, responsabilidade pessoal do agente ou direito judicial a determinada prestação específica. Cada uma dessas consequências possui pressupostos próprios — entre eles, conforme o regime

aplicável, imputação, dano, nexo causal, competência e requisitos específicos de responsabilização. A matriz aqui proposta opera em momento logicamente anterior: identifica quando a organização do acesso deixa de encontrar justificção jurídica suficiente e passa a reclamar correção, revisão, controle ou outra resposta institucional adequada.

Essa distinção protege a própria utilidade do conceito. Se toda falha juridicamente relevante fosse imediatamente convertida em indenização ou precedência judicial, o controle do acesso tenderia a tornar-se episódico e individualizante, podendo aprofundar desigualdades. Muitas deficiências regulatórias reclamam resposta estrutural: atualização de protocolos, reorganização de fluxos, ampliação de transparência, mecanismos de reclassificação, coordenação regional ou correção da capacidade instalada. O direito não precisa esperar que a falha produza dano irreversível para reconhecê-la como problema de organização.

O quarto resultado da pesquisa pode, enfim, ser formulado com precisão. A relevância jurídica de uma falha na regulação do acesso não decorre do tempo de espera considerado isoladamente, mas da relação entre necessidade clínico-temporal, adequação e revisibilidade da priorização, transparência e justificção das decisões, evitabilidade das barreiras e capacidade institucional de resposta diante das condições concretas da gestão. Quanto maior o risco produzido pela demora, menos consistente a razão que a sustenta e mais disponíveis as alternativas não mobilizadas, mais difícil será justificar juridicamente sua manutenção.

A fronteira entre escassez legítima e violação de direitos não é, portanto, traçada por um cronômetro universal. Ela depende da

qualidade das instituições que governam o tempo. Uma regulação juridicamente adequada não é aquela que elimina toda espera — promessa incompatível com a realidade de qualquer sistema de saúde —, mas aquela que consegue explicar por que se espera, reconhecer quando já não é razoável continuar esperando e agir antes que a administração da escassez se converta em administração do dano.

5. CONCLUSÃO

O problema que orientou esta pesquisa partiu de uma aparente trivialidade: todo cuidado em saúde acontece no tempo. O que a investigação procurou demonstrar é que essa dimensão temporal não pode ser reduzida a dado operacional da assistência nem permanecer juridicamente indiferente quando a demora compromete a própria finalidade do cuidado. Entre a necessidade reconhecida e a prestação efetivamente recebida existe um intervalo institucionalmente produzido, e é nesse intervalo que direitos podem ser concretizados, postergados ou esvaziados.

A análise permitiu concluir que o cuidado em tempo oportuno adquiriu densidade normativa suficiente para ser compreendido como dimensão juridicamente exigível da qualidade assistencial e dos direitos dos pacientes. A positivação promovida pelo Estatuto dos Direitos do Paciente tornou particularmente visível uma construção que já encontrava fundamentos na Constituição, na legislação sanitária e na disciplina administrativa do SUS. O resultado, contudo, não autoriza a criação de um direito abstrato à instantaneidade. O tempo oportuno não corresponde a prazo universal e invariável. Sua avaliação depende da relação entre

demora, condição clínica, risco, possibilidade de deterioração, vulnerabilidade e benefício esperado do cuidado.

Essa conclusão desloca a maneira de compreender as filas e a própria regulação do acesso. A existência de espera não traduz, por si, violação jurídica; sistemas universais necessariamente administram demandas que, em determinados momentos, excedem a oferta imediatamente disponível. O que o direito passa a exigir é que essa espera possa ser justificada. Critérios de priorização, informação clínica atualizada, possibilidade de revisão, transparência e acompanhamento deixam de ser elementos acessórios de boa gestão e passam a integrar as condições pelas quais a ordenação da escassez pode permanecer compatível com os direitos dos pacientes.

A pesquisa também demonstrou que uma regulação tecnicamente correta pode fracassar quando opera sobre um território incapaz de sustentar os fluxos que determina. O acesso não termina na autorização administrativa. Distância, transporte, distribuição espacial dos serviços, integração informacional e cooperação entre municípios e regiões interferem diretamente na possibilidade de transformar uma vaga formalmente disponível em cuidado efetivamente recebido. Por essa razão, a tempestividade possui dimensão territorial.

A resiliência urbana ofereceu uma chave interpretativa fecunda para compreender essa dimensão, desde que utilizada com cautela. Não se identificou no ordenamento brasileiro um dever sanitário autônomo denominado resiliência urbana. O conceito permite, entretanto, reunir e interpretar deveres já positivados de planejamento, mobilidade, regionalização, acessibilidade e

coordenação interfederativa. Sob essa perspectiva, uma organização territorial resiliente não é aquela que simplesmente mantém seus serviços funcionando, mas aquela capaz de preservar condições razoáveis de acesso diante de mudanças, pressões e desigualdades previsíveis.

Essa leitura também afastou a associação entre acesso adequado e autossuficiência municipal. O cuidado é experimentado na cidade, mas sua organização jurídica frequentemente ultrapassa os limites do Município. A Região de Saúde constitui justamente a escala institucional pela qual capacidades distintas podem ser articuladas sem exigir que cada ente reproduza integralmente todos os níveis de assistência. A concentração de serviços especializados, portanto, não é incompatível com a universalidade. Torna-se problemática quando desacompanhada de fluxos, transporte, informação e mecanismos regionais capazes de compensar as barreiras que essa concentração produz.

A principal contribuição dogmática do estudo reside, contudo, na tentativa de identificar quando essas insuficiências ultrapassam o plano da imperfeição administrativa. Os resultados permitiram propor cinco dimensões de análise: a relação clínico-temporal entre demora e necessidade; a adequação e revisibilidade da priorização; a transparência e justificação das decisões regulatórias; a evitabilidade das barreiras e a existência de alternativas razoavelmente disponíveis; e a capacidade institucional de resposta diante das condições reais da gestão. Não se trata de um teste rígido, tampouco de requisitos necessariamente cumulativos. Constituem parâmetros destinados a tornar juridicamente argumentável aquilo que, sem eles, permaneceria entregue a impressões genéricas sobre filas longas ou funcionamento insatisfatório.

A matriz proposta permite reconhecer dois excessos que precisam ser simultaneamente evitados. O primeiro consiste em converter qualquer atraso em violação de direito, ignorando contingências, escassez e escolhas distributivas inevitáveis. O segundo, talvez mais perigoso, transforma limitações estruturais em justificativa permanente e dispensa a Administração de explicar por que determinados pacientes continuam aguardando, por que classificações não são revistas ou por que alternativas possíveis permanecem inexploradas. O direito ao cuidado oportuno situa-se precisamente entre esses extremos.

Também se demonstrou que reconhecer uma falha regulatória juridicamente relevante não equivale, automaticamente, a afirmar responsabilidade civil, obrigação de indenizar ou direito judicial à precedência individual. Essas consequências obedecem a regimes jurídicos próprios. A identificação da falha opera em momento anterior e pode reclamar respostas de natureza distinta: correção de fluxos, atualização de protocolos, reclassificação, ampliação de transparência, coordenação regional ou reorganização da capacidade assistencial. Em determinadas situações, proteger direitos exige menos substituir administrativamente a fila por uma decisão individual e mais corrigir as condições pelas quais ela é produzida.

A hipótese central do estudo, assim, encontra confirmação com uma importante qualificação. O cuidado em tempo oportuno integra os direitos dos pacientes e impõe limites jurídicos à maneira pela qual o acesso é regulado; esses limites, porém, não eliminam a escassez nem substituem a discricionariedade técnica por uma cronologia judicialmente determinada. Exigem algo institucionalmente mais complexo: que a escassez seja governada por critérios verificáveis,

que a espera permaneça sensível à evolução das necessidades e que o território seja organizado para não transformar distância administrativa em impossibilidade de cuidado.

O direito à saúde deixa, sob essa perspectiva, de ser observado apenas no instante em que o serviço é finalmente prestado. Sua efetividade começa antes, quando a necessidade é reconhecida, classificada, encaminhada e acompanhada. Entre o ingresso na rede e a assistência realizada existe um espaço decisório cuja qualidade pode definir o prognóstico, preservar oportunidades terapêuticas ou prolongar vulnerabilidades. Governar esse intervalo constitui parte do próprio dever de cuidado.

Uma cidade — ou uma região de saúde — não se torna resiliente porque seus pacientes aprenderam a esperar. Torna-se mais próxima dessa condição quando suas instituições conseguem distinguir a espera inevitável daquela que poderia ter sido evitada; quando percebem que o risco mudou antes que o dano se consolide; e quando a organização da escassez deixa de ocultar pessoas sob números administrativos. O tempo oportuno, afinal, não exige que todo cuidado seja imediato. Exige que nenhum paciente espere além daquilo que o sistema possa juridicamente justificar.

Os resultados desta pesquisa indicam a conveniência de estudos empíricos capazes de testar, em contextos concretos, os critérios aqui propostos para identificação de falhas juridicamente relevantes na regulação do acesso. Investigações comparativas entre regiões de saúde, especialidades ou modelos regulatórios podem revelar em que medida risco, tempo de espera, vulnerabilidade, revisibilidade e transparência são efetivamente considerados na gestão das filas.

Também se mostra pertinente examinar, em pesquisas futuras, como barreiras territoriais, mobilidade e desigualdades socioeconômicas interferem na conversão da oferta regulada em cuidado efetivamente recebido. Esse aprofundamento permitirá verificar até que ponto a matriz jurídico-interpretativa desenvolvida neste estudo encontra correspondência na experiência concreta dos pacientes e poderá contribuir para o aperfeiçoamento dos mecanismos de regulação, planejamento e controle do acesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEODATO, João Maurício. Bases para uma metodologia da pesquisa em Direito. Revista da Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo, São Bernardo do Campo, v. 4, p. 171-187, 1998.

AGUIAR, Natália. Tomada de decisão compartilhada enquanto estratégia para vulnerabilidade em saúde. Revista Bioética, Brasília, DF, v. 31, n. 3, e3609PT, 2023. DOI: 10.1590/1983-803420233609PT.

AITH, Fernando. Estatuto dos Direitos do Paciente entra em vigor e deve orientar serviços de saúde. JOTA, 10 abr. 2026. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-fernando-aith/estatuto-dos-direitos-do-paciente-entra-em-vigor-e-deve-orientar-servicos-de-saude>. Acesso em: 28 jul. 2026.

ALBUQUERQUE, Aline; RODRIGUES, Julino. Estatuto dos Direitos do Paciente: novo marco jurídico, ético e cultural para a saúde. JOTA, 14 abr. 2026. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/estado-da-saude/estatuto-dos-direitos-do-paciente-novo-marco-juridico-etico-e-cultural-para-a-saude>. Acesso em: 25 jun. 2026.

ALBUQUERQUE, Aline. Direito do Paciente: fundamentos teóricos do novo ramo jurídico. *Revista Derecho y Salud*, Córdoba, v. 6, n. 7, p. 47-63, 2022. DOI: 10.37767/2591-3476(2022)03.

ALBUQUERQUE, Aline. Os direitos dos pacientes no Brasil: análise das propostas legislativas e o papel do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, DF, v. 15, p. 1-24, 2020. DOI: 10.26512/rbb.v15.2019.27130.

AMARAL, Pedro Vasconcelos Maia do et al. Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, v. 23, e202110, 2021. DOI: 10.22296/2317-1529.rbeur.202110.

AMIGONI, Francesco; LEGA, Federico; MAGGIONI, Elena. Insights into how universal, tax-funded, single payer health systems manage their waiting lists: a review of the literature. *Health Services Management Research*, v. 37, n. 3, p. 160-173, 2024. DOI: 10.1177/09514848231186773.

BARBOSA, Deise Santana de Jesus; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. Os atores da regulação assistencial no SUS: quem regula a rede? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 287-299, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202112903.

BARLACH, Lisete. A popularização do conceito de resiliência e sua distorção. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, v. 14, n. 2, p. 189-204, 2024. DOI: 10.11606/issn.2237-1095.rgpp.2024.224460.

BOMBARD, Yvonne et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*, v. 13, art. 98, 2018. DOI: 10.1186/s13012-018-0784-z.

BOTTÓS DE PAULA, Gustavo. Estatuto do Paciente amplia direitos, mas demanda prudência em sua aplicação. Migalhas, 15 abr. 2026. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/453556/estatuto-do-paciente-amplia-direito-mas-demanda-prudencia-em-aplicacao>. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 553, de 9 de agosto de 2017. Aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0553_15_01_2018.html. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942. Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro. Brasília, DF: Presidência da República, 1942. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012. Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12587.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.655, de 25 de abril de 2018. Inclui no Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942, disposições sobre segurança jurídica e eficiência na criação e na aplicação do direito público. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13655.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2026. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/lei/l15378.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

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

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9784.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025. Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS e revoga o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt9262_31_12_2025.html. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação do acesso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/drac/regulacao-do-acesso>. Acesso em: 28 abr. 2026.

COHEN, Jonathan; EZER, Tamar. Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. *Health and Human Rights*, v. 15, n. 2, p. 7-19, 2013.

DANIELS, Norman; SABIN, James E. *Setting limits fairly: can we learn to share medical resources?* New York: Oxford University Press, 2002. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195149364.001.0001.

DANIELS, Norman; SABIN, James. *Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for*

insurers. *Philosophy & Public Affairs*, v. 26, n. 4, p. 303-350, 1997. DOI: 10.1111/j.1088-4963.1997.tb00082.x.

DANIELS, Norman. Accountability for reasonableness: establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ*, v. 321, n. 7272, p. 1300-1301, 2000. DOI: 10.1136/bmj.321.7272.1300.

EPSTEIN, Lee; KING, Gary. The rules of inference. *University of Chicago Law Review*, Chicago, v. 69, n. 1, p. 1-133, 2002. DOI: 10.2307/1600349.

EZER, Tamar; OVERALL, Judy. Human rights in patient care: a special collection. *Public Health Reviews*, v. 41, art. 32, 2020. DOI: 10.1186/s40985-020-00144-3.

FARIAS, José Almir. Resiliência: um bom conceito para o projeto e a reforma urbana? In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL, 17., 2017, São Paulo. Anais [...]. São Paulo: ANPUR, 2017. Disponível em: <https://anais.anpur.org.br/index.php/anaisenanpur/article/download/2018/1997/>. Acesso em: 2 set. 2026.

FARIAS, Sidney Feitoza et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1043-1053, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700037.

GIANNOTTI, Elaine Maria et al. Regulação do acesso aos serviços especializados no SUS: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e07562024, 2026. DOI: 10.1590/1413-81232026311.07562024.

GIANNOTTI, Elaine Maria; LOUVISON, Marilia Cristina Prado; CHIORO, Arthur. Acesso à Atenção Especializada no SUS: desafios para a implantação de dispositivos regulatórios produtores do cuidado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 35, n. 1, e240665pt, 2026. DOI: 10.1590/S0104-12902026240665pt.

GÓMEZ-VÍRSEDA, Carlos; DE MAESENEER, Yves; GASTMANS, Chris. Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. *BMC Medical Ethics*, v. 21, art. 50, 2020. DOI: 10.1186/s12910-020-00495-1.

GÓMEZ-VÍRSEDA, Carlos; DE MAESENEER, Yves; GASTMANS, Chris. Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Medical Ethics*, v. 20, art. 76, 2019. DOI: 10.1186/s12910-019-0417-3.

GONÇALVES, Carlos. Regiões, cidades e comunidades resilientes: novos princípios de desenvolvimento. *urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana*, v. 9, n. 2, p. 371-385, 2017. DOI: 10.1590/2175-3369.009.002.AO15.

GONÇALVES, Carlos. Resiliência urbana e serviços sociais de interesse geral: quem perde acessibilidade aos sistemas de saúde durante as crises? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 1, e190867, 2021. DOI: 10.1590/S0104-12902021190867.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca; NICÁCIO, Camila Silva. (Re)pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática. 5. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Almedina Brasil, 2020.

HICKMANN, Emily; RICHTER, Peggy; SCHLIETER, Hannes. All together now - patient engagement, patient empowerment, and

associated terms in personal healthcare. BMC Health Services Research, v. 22, art. 1116, 2022. DOI: 10.1186/s12913-022-08501-5.

KIDD, Ian James; CAREL, Havi. Epistemic injustice and illness. Journal of Applied Philosophy, v. 34, n. 2, p. 172-190, 2017. DOI: 10.1111/japp.12172.

KRUK, Margaret E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. The Lancet Global Health, v. 6, n. 11, p. e1196-e1252, 2018. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3.

LEVESQUE, Jean-Frederic; HARRIS, Mark F.; RUSSELL, Grant. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, v. 12, art. 18, 2013. DOI: 10.1186/1475-9276-12-18.

LEWIS, Annie K. et al. Reducing wait time from referral to first visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: a systematic review. BMC Health Services Research, v. 18, art. 869, 2018. DOI: 10.1186/s12913-018-3669-6.

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100005.

MCCARRON, Tamara L. et al. Understanding patient engagement in health system decision-making: a co-designed scoping review. Systematic Reviews, v. 8, art. 97, 2019. DOI: 10.1186/s13643-019-0994-8.

MEEROW, Sara; NEWELL, Joshua P.; STULTS, Melissa. Defining urban resilience: a review. *Landscape and Urban Planning*, v. 147, p. 38-49, 2016. DOI: 10.1016/j.landurbplan.2015.11.011.

MEZZAROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. Manual de metodologia da pesquisa no Direito. 9. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023.

NAIKER, Ugenthiri et al. Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. *Australian Health Review*, v. 42, n. 3, p. 286-293, 2017. DOI: 10.1071/AH16275.

NASSIF, Murilo Meneghetti. Estatuto dos Direitos do Paciente muda quem decide na saúde. *JOTA*, 8 abr. 2026. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/estatuto-dos-direitos-do-paciente-muda-quem-decide-na-saude>. Acesso em: 25 jul. 2026.

NUNES, Francisco. O novo Estatuto do Paciente e a proteção jurídica médica. *Migalhas*, 22 abr. 2026. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/454182/o-novo-estatuto-do-paciente-e-a-protecao-juridica-medica>. Acesso em: 25 jun. 2026.

OCLOO, Josephine et al. Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: a systematic review of reviews. *Health Research Policy and Systems*, v. 19, art. 8, 2021. DOI: 10.1186/s12961-020-00644-3.

OLIVEIRA JÚNIOR, Eudes Quintino de. O Estatuto do Paciente e sua autonomia da vontade. *Migalhas*, 26 abr. 2026. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/leitura-legal/454578/o-estatuto-do-paciente-e-sua-autonomia-da-vontade>. Acesso em: 2 set. 2026.

ORTIZ HALABI, I. et al. "Patient participation" and related concepts: a scoping review on their dimensional composition. *Patient Education and Counseling*, v. 103, n. 1, p. 5-14, 2020. DOI: 10.1016/j.pec.2019.08.001.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Integrated health service delivery networks: updated conceptual and operational framework for the Region of the Americas. Washington, DC: PAHO, 2025. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/69276>. Acesso em: 28 ago. 2026.

RUSSELL, Grant. Have we forgotten the moral justification for patient-centred care? *BMJ Quality & Safety*, v. 31, n. 3, p. 172-174, 2022. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-012565.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for strengthening health emergency preparedness in cities and urban settings. Geneva: World Health Organization, 2021. ISBN 978-92-4-003783-0. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037830>. Acesso em: 2 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization, 2016. Documento A69/39. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf. Acesso em: 4 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety rights charter. Geneva: World Health Organization, 2024. ISBN 978-92-4-009324-9. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249>. Acesso em: 2 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality health services. Geneva: World Health Organization, 19 maio 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>. Acesso em: 28 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. Urban planning for resilience and health: key messages: summary report on protecting environments and health by building urban resilience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5650-45415-64990>. Acesso em: 2 set. 2026.

¹ Advogado. Mestrando em Cidades Inteligentes e Sustentáveis pela Universidade Nove de Julho - UNINOVE. Especialista em compliance, auditoria interna e ESG pelo IBMEC/SP. Bacharel em Direito pela Universidade São Judas Tadeu. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8815-7682>.

² Doutorando e Mestre em Cidades Inteligentes e Sustentáveis pela Universidade Nove de Julho – UNINOVE, Especialista em Administração Pública e Gerência de Cidades, Graduado em Gestão Pública. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3012-3402>

³ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Pediatria pela Universidade de São Paulo.

Especialista em Gestão de Serviços Hospitalares pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais. Médico. E-mail:

[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:

<https://orcid.org/0000-0001-5787-9827>

⁴ Doutor em Administração pela Universidade de São Paulo, Mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas - SP, graduação em Administração pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e

Tecnologia de São Paulo. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7773-2694>

⁵ Doutor e Mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas – FGV, graduado em Medicina, professor titular do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas de Saúde e do Programa de Mestrado Acadêmico em Gestão de Cidades Inteligentes e Sustentáveis da Universidade Nove de Julho, além de docente do Programa de Graduação em Medicina na área de Saúde Coletiva e Atenção Primária em Saúde. E-mail: [acesse o](#)

[artigo original para visualizar o e-mail](#) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6478-6522>