

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

**LUIZ PAULO RICEPUTI ALCÂNTARA**

**CONTRIBUIÇÕES DAS MEDIAÇÕES SANITÁRIAS PARA O SUS: ESTUDO DE  
CASO**

Varginha/MG

2018

**LUIZ PAULO RICEPUTI ALCÂNTARA**

**CONTRIBUIÇÕES DAS MEDIAÇÕES SANITÁRIAS PARA O SUS: ESTUDO DE  
CASO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre pela Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha. Área de Concentração: Gestão Pública e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Regina Martinez.

Coorientador: Prof. Dr. Wesllay Carlos Ribeiro

Varginha/MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas  
Biblioteca *campus* Varginha

A347c Alcântara, Luiz Paulo Riceputi.  
Contribuições das mediações sanitárias para o SUS : estudo de  
caso / Luiz Paulo Riceputi Alcântara. - Varginha, MG, 2018.  
132 f. : il. -

Orientadora: Maria Regina Martinez.  
Dissertação (mestrado em Gestão Pública e Sociedade) -  
Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha, 2018.  
Bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública. 3. Direito à  
saúde. I. Martinez, Maria Regina. II. Título.

CDD – 362.1

**LUIZ PAULO RICEPUTI ALCÂNTARA**

**CONTRIBUIÇÕES DAS MEDIAÇÕES SANITÁRIAS PARA O SUS: ESTUDO DE  
CASO**

A Banca examinadora abaixo-assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha. Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade.

Aprovada em: 21 de fevereiro de 2018.

Profa. Dra. Maria Regina Martinez

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura: 

Profa. Dra. Tania Margarete Mezommo Keinert

Instituição: Secretaria de Estado de Saúde de SP

Assinatura: 

Prof. Dr. Sinezio Inácio da Silva Júnior

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:   


Prof. Dr. Wesley Carlos Ribeiro

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:

Aos meus queridos pais Fernando e Fernanda e irmãos Ana Paula e Marcelo pelo incessante incentivo aos estudos, bem como à minha noiva Ingrid por todo o apoio e compreensão durante esta caminhada. A todos aqueles que, de alguma forma, lutam e contribuem para um SUS de qualidade.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Fernando e Fernanda, bem como aos meus irmãos Ana Paula e Marcelo, por todo o suporte e incentivo que sempre me fora concedido. Obrigado pela leitura e revisão, Marichello!

À minha noiva Ingrid, pela paciência e compreensão, além da costumeira parceria que a levou a entender a relevância deste desafio em minha vida.

À melhor mascote deste planeta, Wendy, por tornar os momentos difíceis mais suaves e divertidos.

Ao ex-presidente Lula, pelo investimento realizado na expansão das Universidades públicas, proporcionando a muitos – nos quais me incluo – a possibilidade de frequentar cursos de inquestionável qualidade, contribuindo para a formação da cidadania brasileira.

À Superintendência Regional de Saúde de Varginha, em especial ao superintendente Tarcísio Luiz de Abreu e aos colegas do Núcleo de Redes de Atenção à Saúde e Núcleo de Regulação, por compreenderem minha ausência enquanto procurava qualificar-me. A estes, deixo meu comprometimento com o aumento da qualidade dos serviços que prestarei a partir do término deste mestrado, reflexo direto desta oportunidade.

À minha orientadora, Maria Regina Martinez, por aceitar o desafio de orientar-me neste estudo, bem como ao professor Sinezio Inácio da Silva Jr., pelos ricos apontamentos e importantes questionamentos realizados acerca desta proposta.

Ao meu coorientador, o professor Weslly Carlos Ribeiro, pelas valorosas observações, que tanto contribuíram para o enriquecimento deste trabalho.

Em especial, à professora Tania Margarete Mezzomo Keinert, pela atenção, confiança e disponibilidade, além do compartilhamento de decisivas e instigantes informações e sugestões realizadas em exame de qualificação - tão imprescindíveis para o bom andamento desta pesquisa – além das palavras de incentivo, compreendendo e apoiando a desafiadora intenção deste estudo, enxergando a relevância da temática para o Sistema Único de Saúde.

Aos mestres que me acompanharam no percurso de minha vida acadêmica, em especial aos professores da UNIFAL/MG. Este trabalho possui um pouco de todos vocês.

Aos amigos do mestrado, agradeço-os pelos já saudosos momentos, pelo alto nível dos debates e pelo compartilhamento de relevantes pontos de vista que muito acrescentaram à minha formação acadêmica e cidadã.

A todos os valentes profissionais das mais diversas áreas de atuação, que acreditam e lutam por um SUS de qualidade! Sobretudo àqueles participantes deste estudo, que se disponibilizaram a compartilhar suas angústias e esperanças para com o Sistema.

É o tempo da travessia. E, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

(ANDRADE, 2005)

## RESUMO

Com a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, o direito à saúde é elevado ao *status* de direito social fundamental no Brasil, devendo ser assegurado pelo Estado. Para a implementação deste direito, a Carta Política instituiu o Sistema Único de Saúde. No entanto, uma série de fatores têm dificultado a sua efetivação. Assim, os cidadãos têm buscado cada vez mais a via judicial para a garantia ao acesso a ações e serviços de saúde, gerando o fenômeno da judicialização que, apesar de garantir a efetivação do direito à saúde no caso concreto, tem impactado negativamente o planejamento e orçamento do Sistema, gerando conflitos e confrontos entre os diversos atores envolvidos com as políticas públicas de saúde. Têm ganhado importância, neste contexto, medidas extrajudiciais capazes de solucionar os complexos problemas do setor saúde, evitando-se a judicialização. Dentre estas, destacam-se as Mediações Sanitárias, idealizadas e implementadas pelo Ministério Público mineiro a partir de 2012. Este trabalho procura, através da análise de dados qualitativos obtidos por meio de entrevistas, análise documental e de indicadores de saúde, averiguar possíveis contribuições destas medidas extrajudiciais em duas regiões de saúde específicas do Estado de Minas Gerais, bem como a percepção dos atores envolvidos com as mesmas acerca de suas possibilidades e limites. Como resultado, percebeu-se a efetividade destas ações na resolução de problemas já instalados nos territórios estudados. Todavia, para que possa ser alternativa efetiva à via judicial, a proposta carece de continuidade. Sugere-se, assim, sua institucionalização não apenas no âmbito do Ministério Público, mas no próprio SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Judicialização da Saúde. Mediação Sanitária.

## ABSTRACT

With the enactment of the 1988 Citizen Constitution, the right to health is elevated to the status of a fundamental social right in Brazil, and must be ensured by the State. For the realization of this right, the Political Charter establishes the Unique Health System. Nevertheless, a series of factors have made difficult the realization of this right. Thus, citizens have increasingly sought the judicial route to guarantee access to health services and services, generating the phenomenon of judicialization that, despite ensuring the right to health in this particular cases, has negatively impacted the planning and system, generating conflicts and confrontations between the various actors involved with public health policies. In this context, extrajudicial measures capable of solving the complex problems of the health sector have been highlighted, avoiding the judicialization. Among those, we highlight the Sanitation Mediations, idealized and implemented by the Minas Gerais Public Prosecutor's Office on 2012. This work seeks, through the analysis of qualitative data obtained through interviews, documentary analysis and analysis of health indicators, to investigate possible contributions of these extrajudicial measures in two specific health regions of the State of Minas Gerais, as well as the perception of the actors involved with them about their possibilities and limits. As a result, we realized the effectiveness of these actions in solving problems already installed in the territories studied. However, in order to be an effective alternative to the judicial process, the proposal lacks continuity. It is suggested, therefore, its institutionalization not only in the scope of the Minas Gerais Public Prosecutor's office, but in the SUS itself.

Keywords: Unified Health System (SUS). Health Judicialization. Sanitary Mediation.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Número de ações judiciais em Minas Gerais – 2011 a 2016.....	71
Gráfico 2 -	Número de ações judiciais nas Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2016.....	72
Gráfico 3 -	Comparação entre o número de sujeitos convidados e os que efetivamente participaram da reunião de Mediação Sanitária – Região de Saúde de São Lourenço.....	80
Gráfico 4 -	Participantes da Mediação Sanitária por Poder e Órgão – Região de Saúde de São Lourenço.....	80
Gráfico 5 -	Comparação entre o número de sujeitos convidados e os que efetivamente participaram da reunião de Mediação Sanitária – Região de Saúde de Três Pontas.....	81
Gráfico 6 -	Participantes da Mediação Sanitária por Poder e Órgão – Região de Saúde de Três Pontas.....	82
Gráfico 7 -	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2015.....	89
Gráfico 8 -	Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2015.....	90
Gráfico 9 -	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2015.....	91
Gráfico 10 -	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2016.....	94
Gráfico 11 -	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2015.....	95
Gráfico 12 -	Número de atendimentos regulados pelo SAMU – São Lourenço e Três Pontas – 2015 a 2016.....	96
Gráfico 13 -	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2015.....	97

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Três famílias de ADR.....	47
Quadro 2 - Categoria Judicialização da Saúde.....	58
Quadro 3 - Categoria Mediação Sanitária.....	59
Quadro 4 - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Atenção Básica.....	61
Quadro 5 - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Rede de Urgência e Emergência.....	62
Quadro 6 - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Rede de Atenção Psicossocial.....	63
Quadro 7 - Percentual de objetos efetivamente discutidos na Mediação Sanitária – São Lourenço e Três Pontas.....	75
Quadro 8 - Percentual de encaminhamentos efetivamente realizados – São Lourenço	82
Quadro 9 - Percentual de compromissos efetivamente realizados – Três Pontas.....	84
Quadro 10 - Hospitais e Contratualização – Região de Saúde de São Lourenço.....	92
Quadro 11 - Número de hospitais contratualizados – Região de Saúde de Três Pontas.....	93

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Despesas do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais com sentenças judiciais – 2010 a 2015 – em Reais.....	67
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ADR -</b>	<i>Alternative Dispute Resolutions</i>
<b>CAO-Saúde -</b>	Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde
<b>CAPS -</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEP -</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CF88 -</b>	Constituição Federal de 1988
<b>CISSUL -</b>	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas
<b>CIT -</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CONASEMS -</b>	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>CONASS -</b>	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
<b>DATASUS -</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>FEDERASANTAS -</b>	Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais
<b>HPPs -</b>	Hospitais de Pequeno Porte
<b>IAM -</b>	Infarto Agudo do Miocárdio
<b>INAMPS -</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>LOS -</b>	Lei Orgânica da Saúde
<b>MARC -</b>	Modelos Alternativos de Resolução de Conflitos
<b>MP -</b>	Ministério Público
<b>OMS -</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU -</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS -</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>RAPS -</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RAS-SUL -</b>	Região Ampliada de Saúde Sul
<b>RUE -</b>	Rede de Urgência e Emergência
<b>SAMU -</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SES/MG -</b>	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
<b>SIJUD -</b>	Sistema de Informações Estratégicas do Judiciário

<b>SRS/Varginha -</b>	Superintendência Regional de Saúde de Varginha
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
<b>SUS -</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TAC -</b>	Termo de Ajustamento de Conduta
<b>TCE/MG -</b>	Tribunal de Contas de Minas Gerais
<b>TGS</b>	Teoria Geral dos Sistemas
<b>UNIFAL/MG -</b>	Universidade Federal de Alfenas
<b>UTI -</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	19
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
3.1	EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO CENÁRIO INTERNACIONAL.....	20
3.1.1	O surgimento dos direitos sociais ou de segunda dimensão.....	20
3.1.2	O pós-Segunda Grande Guerra e a Constituição das Nações Unidas.....	22
3.2	O DIREITO À SAÚDE ANTES DA CARTA MAGNA DE 1988 – RESTRIÇÕES AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	23
3.3	A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, O SUS E O DIREITO À SAÚDE.....	24
3.3.1	A saúde como um direito fundamental no Brasil – a universalização e a responsabilidade do Estado.....	25
3.3.2	A criação e organização do Sistema Único de Saúde.....	26
3.3.2.1	Características do SUS como um subsistema no Sistema de Seguridade Social.....	28
3.3.3	Os serviços de saúde e a característica da relevância pública – o papel do Ministério Público na defesa do direito à saúde.....	32
3.4	DA UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE AO FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO.....	34
3.4.1	Os prós e contras acerca da judicialização da saúde e os parâmetros do STF.....	36
3.5	RESOLUÇÃO ALTERNATIVA DE DISPUTAS ( <i>ALTERNATIVE DISPUTE RESOLUTIONS – ADR</i> ) ou MODELOS ALTERNATIVOS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS (MARC).....	43
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	53
4.1	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	55
4.1.1	Entrevistas.....	55

4.1.2	Pesquisa Documental.....	59
4.1.3	Dados obtidos por meio de fontes secundárias.....	61
4.2	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	64
4.3	O CENÁRIO DO ESTUDO.....	65
4.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	66
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>105</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>107</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>114</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>129</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, o direito à saúde passa a ter *status* de direito social fundamental, devendo ser assegurado pelo Estado, entendido aqui como os três entes governamentais – União, Estados e Municípios, além do Distrito Federal.

Para a efetivação deste direito, a Carta Política de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), traduzido em um conjunto de políticas públicas que consolidam a conquista do direito à saúde como questão de cidadania.

Todavia, uma série de fatores têm dificultado sua efetivação destacando-se, entre estes, o subfinanciamento crônico do Sistema desde que fora concebido, além da necessária qualificação da gestão e dos profissionais que nele atuam. Estas situações acabam fragilizando o SUS, que não consegue garantir o acesso efetivo às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos. Sem o acesso oportuno ao Sistema, estes acabam buscando, na via judicial, tratamentos ora ausentes, ora negados pelos entes federados brasileiros.

O fenômeno da judicialização do acesso à saúde no Brasil tornou-se tema relevante na agenda dos gestores dos entes federados, bem como dos ordenadores do direito.

A judicialização da saúde, não obstante garantir o acesso aos procedimentos do SUS em casos concretos, individuais, acaba por distorcer diretrizes e princípios alicerçantes do Sistema, criando uma verdadeira nova porta de entrada em contraponto às já naturalmente conhecidas: a Atenção Primária à Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Urgência e Emergência.

Aliado a este contexto, ressalta-se a relevante questão da escassez de recursos disponibilizados para o setor. O SUS convive, desde seus primórdios, com o subfinanciamento crônico.

Agravando a escassez financeira do setor da saúde pública brasileira, tem-se o significativo crescimento das ações judiciais – com destaque para as de cunho individual - no estado das Minas Gerais, sobretudo a partir do final da década de 1990 e início dos anos 2000. Ao se consultar os dados disponíveis no Portal da Transparência do Governo de Minas Gerais, verifica-se que os gastos com sentenças judiciais na área da saúde saltaram de cerca de 49 milhões de reais em 2010, para aproximadamente 160 milhões de reais em 2014.

Outra importante questão refere-se à percepção de que, no Brasil, os trabalhos de pesquisa que abordam a problemática da judicialização da saúde parecem subvalorizar algumas

instituições jurídicas fundamentais para a garantia do direito à saúde, como é o caso do Ministério Público e da Defensoria Pública – ambos componentes das chamadas “Funções Essenciais à Justiça”. Por outro lado, as que buscam refletir a respeito destas instituições, parecem tratá-las como meras proponentes de ações judiciais, e acabam situando o Poder Judiciário no centro do processo de resolução de conflitos, reduzindo o papel das mesmas.

Todo o contexto relatado parece contribuir para gerar tensão, conflitos e confrontos entre os diversos atores envolvidos com as políticas públicas de saúde, numa perspectiva de um atuar solitário.

Assim, torna-se relevante, nesta conjuntura, a proposição de adoção de outros meios de atuação das instituições jurídicas responsáveis por garantir o direito à saúde - que não necessariamente por meio da via judicial - e que sejam capazes de realizar um diálogo jurídico sobre os conflitos do setor com os demais atores envolvidos no processo de garantia da efetivação da saúde ao cidadão.

Têm ganhado destaque, neste íterim, medidas extrajudiciais capazes de sanar os complexos problemas do setor saúde, evitando-se a solução destes por meio da judicialização, além de proporcionar *feedback* aos gestores desta área na correção das irregularidades identificadas nas Redes de Atenção à Saúde, o que contribuiria para a diminuição progressiva das ações judiciais no setor.

Dentre estas sobressai-se, em Minas Gerais, as chamadas Mediações Sanitárias. Idealizadas e implementadas pelo Ministério Público do estado de Minas Gerais em 2012, as Mediações Sanitárias propõem a resolução dos problemas da saúde por meio da repartição de responsabilidades entre os atores envolvidos, num atuar solidário, instrumentalizando os diferentes órgãos atuantes no setor, utilizando informações e diferentes saberes, buscando a diminuição da judicialização das demandas do SUS.

Pretende-se com este estudo, então, analisar as possíveis contribuições das Mediações Sanitárias para o SUS em duas regiões de saúde específicas – São Lourenço e Três Pontas, onde tais ações já ocorreram. Espera-se que tais mediações tenham cooperado com a resolução de problemas do setor, além de identificar fraquezas e propor soluções que melhorem o acesso coletivo ao Sistema.

## 2 OBJETIVOS

O principal objetivo do estudo proposto consiste em analisar quais foram as contribuições do diálogo interinstitucional promovido por meio das Mediações Sanitárias para duas regiões de saúde específicas do SUS no Estado de Minas Gerais – São Lourenço e Três Pontas. Pretende-se averiguar se este arranjo dialógico entre instituições foi capaz de substituir processos decisórios unilaterais emanados da Justiça, por uma construção compartilhada (compartilhamento de responsabilidade) de soluções consensuadas por parte dos diversos atores envolvidos com o direito à saúde nestes territórios, num atuar solidário, capaz de proporcionar maior resolutividade aos complexos problemas oriundos do setor.

Objetivos específicos:

- a) analisar eventuais contribuições que se concretizaram para o SUS, após a realização das duas reuniões de Mediação Sanitária específicas, ocorridas nas regiões de saúde de São Lourenço e Três Pontas, ambas localizadas na Região Ampliada de Saúde Sul (RAS-Sul), encontrando-se sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Varginha (SRS/Varginha). Busca-se pesquisar se estas reuniões foram capazes de encontrar soluções para as pautas pelas quais foram convocadas, evitando-se a judicialização que poderia advir de tais situações, bem como os possíveis encaminhamentos capazes de contribuir para a organização da rede de serviços de saúde loco-regional, corrigindo possíveis distorções geradoras de barreiras assistenciais;
- b) averiguar a percepção dos atores envolvidos nas reuniões de Mediação Sanitária supracitadas acerca da efetividade destas medidas extrajudiciais, suas contribuições e desafios. Pretende-se investigar se, na visão dos atores partícipes destas reuniões, tais medidas extrajudiciais seriam uma alternativa viável à atuação judicial na saúde, ao contribuir para a solução de temas específicos;
- c) investigar se as Mediações Sanitárias foram capazes de contribuir na reorganização das Redes de Atenção à Saúde, diagnosticando possíveis lacunas assistenciais e barreiras de acesso, sugerindo a implementação ou melhoria de serviços específicos para atender às necessidades de saúde da população dos territórios estudados.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 EVOLUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO CENÁRIO INTERNACIONAL

Este capítulo propõe-se a realizar uma breve retrospectiva acerca do surgimento dos direitos fundamentais, tendo como foco os direitos de segunda dimensão, trilhando a constitucionalização dos mesmos até a elevação da saúde a *status* de direito fundamental universal no Brasil.

##### 3.1.1 O surgimento dos direitos sociais ou de segunda dimensão

Faz-se oportuno iniciar este tópico realizando a distinção entre direitos humanos e direitos fundamentais, termos, não raro, utilizados como sinônimos.

Mendes (2017, p. 157) é objetivo ao afirmar que, enquanto a expressão “direitos humanos” é utilizada para designar pretensões de respeito à pessoa humana, tendo vocação universalista, sendo inseridos em diplomas de direito internacional, os “direitos fundamentais” relacionam-se a posições básicas do homem, expressos em normas Estatais e vigendo, portanto, numa ordem jurídica concreta, sendo asseguradas a partir de sua consagração por cada Estado.

Assim, Moraes (2017) ressalta haver uma relação direta entre o estabelecimento de constituições escritas e a edição de declarações de direitos fundamentais.

A afirmação dos direitos fundamentais como normas obrigatórias passou por um processo de amadurecimento histórico, sendo possível observar que estes não são sempre os mesmos nas diversas épocas da história humana (MENDES, 2017).

Silva (2005) lembra, ainda, que o reconhecimento dos direitos fundamentais do homem é algo historicamente recente, frisando que cada etapa da evolução da humanidade relaciona-se à conquista de novos direitos.

Tomando como referência o momento do seu surgimento, os direitos fundamentais classificam-se, na doutrina clássica do direito, em três gerações ou dimensões – direitos de primeira dimensão, que realçam o princípio da liberdade; direitos de segunda dimensão, que

acentuam o princípio da igualdade entre os homens; e os direitos de terceira dimensão, cujo foco está na solidariedade entre os povos (PAULO; ALEXANDRINO, 2011).

Nascidos das Revoluções Francesa e Americana, são exemplos de direitos de primeira geração os direitos civis e políticos – direito à vida, à liberdade, à propriedade, dentre outros. Surgem no final do século XVIII como uma resposta do Estado liberal burguês ao Estado absoluto, e caracterizam-se por impor ao Estado um dever de não fazer, de não interferir ou não intrometer. Têm como foco, portanto, a liberdade do homem individualmente considerado, não manifestando interesse nas desigualdades sociais. Limitam-se, assim, a impor restrições à atuação do Estado em favor da liberdade individual. Por conta disso, são reconhecidos como direitos negativos. Percebe-se, então, que a igualdade, no Estado burguês liberal, era apenas formal (PAULO; ALEXANDRINO, 2011).

Delduque et al. (2003) reitera que os direitos de primeira dimensão decorrem da Declaração de Direitos da Virgínia, de 1776, bem como da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, e possuem acepção individualista, limitando a função do Estado à proteção da propriedade e segurança dos indivíduos. Assim, não havia interferência estatal nas relações sociais e econômicas, consagrando a fase dos direitos de liberdade.

Os direitos de primeira dimensão são considerados indispensáveis a qualquer indivíduo e, por isso, têm na universalização seu alicerce (MENDES, 2017).

No entanto, com o agravamento dos problemas sociais e econômicos advindos da Revolução Industrial inglesa, evidenciou-se a necessidade de se avançar na direção do reconhecimento de outros direitos. Não era mais suficiente apenas garantir a liberdade individual (DELDUQUE et al., 2003).

De fato, Mendes (2017) recorda que os direitos fundamentais assumem posição de destaque na sociedade, havendo a inversão do paradigma então vigente da relação entre Estado e indivíduo, passando o indivíduo a ter, primeiro, direitos e, então, deveres perante o ente estatal. Além disso, os direitos que o Estado tem em relação aos indivíduos passam a se ordenar ao objetivo de melhor cuidar das necessidades destes.

O autor recorda que o descaso com os problemas sociais, aliado aos novos estilos de vida oriundos da industrialização – ocasionando, por exemplo, o aumento significativo das disparidades sociais - acabaram por gerar reivindicações que impuseram ao Estado um papel mais ativo na busca por maior justiça social (MENDES, 2017).

Surgem, nesse contexto, os direitos de segunda dimensão – direitos econômicos, sociais e culturais – que salientam o princípio da igualdade material entre os homens. São fruto dos movimentos sociais do século XIX, responsáveis pela gradual passagem do Estado liberal

burguês para o Estado Social, cujo foco está na proteção dos hipossuficientes. A consolidação destes direitos passa a ocorrer por meio da implementação de políticas públicas - como é o caso da saúde – e, por conta disso, são designados como direitos positivos (PAULO; ALEXANDRINO, 2011).

Por fim, os direitos de terceira dimensão têm como alicerces os princípios da solidariedade e da fraternidade, e buscam proteger interesses cuja titularidade é coletiva ou difusa. Têm por preocupação, portanto, a proteção das coletividades, e não do homem individualmente considerado (PAULO; ALEXANDRINO, 2011).

Mendes (2017) reforça este conceito, ao lembrar que, sendo de titularidade difusa, não foram concebidos para proteger o homem de forma individualizada, mas sim considerados em coletivo.

### 3.1.2 O pós-Segunda Grande Guerra e a Constituição das Nações Unidas

Dallari (2008) recorda que, nas duas últimas décadas do século XX, assistiu-se a um alargamento crescente do campo jurídico, tendo o direito passado a ser visto como uma garantia e uma proteção. Nos novos Estados, assim como naquelas sociedades mais desenvolvidas, a saúde passa a ser inafastavelmente tratada como direito (DALLARI, 2008).

No entanto, frisa a autora que este movimento de proteção tem seu início quando finda a Segunda Guerra Mundial, sobretudo com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU). Naquele momento histórico, impulsionada pelas atrocidades cometidas contra seres humanos durante o Conflito Mundial, a humanidade percebeu que havia a necessidade de promover um novo pacto, que fora personificado na ONU. Passou-se, então, a incentivar a garantia de alguns direitos tidos como essenciais ao ser humano. Foram criados, também, órgãos específicos incumbidos desta tarefa – dentre estes, a Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS possui como objeto o direito à saúde, considerado pela ONU princípio basilar para a “felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos”.

Ainda em 1945, juntamente com a criação da ONU, vislumbrou-se a necessidade de elaboração de um documento que versasse sobre os direitos humanos – a Declaração Universal dos Direitos Humanos, além da criação de uma comissão de destaque na nova Organização – a Comissão de Direitos Humanos. Apesar de não possuir caráter vinculante no sistema legal internacional, a Declaração Universal dos Direitos Humanos possui valor moral e, nela, a saúde

é reconhecida como um direito humano fundamental. Além desta, outro importante pacto formalizado no âmbito da ONU foi o Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que entrou em vigor em janeiro de 1976. Neste documento, está determinado que os Estados partes do mesmo reconheçam o direito de toda a pessoa ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental (DALLARI, 2008).

Portanto, por meio deste breve relato, é possível perceber que, com o término da Segunda Grande Guerra, a saúde começa a ganhar *status* de direito humano fundamental no direito internacional.

### 3.2 O DIREITO À SAÚDE ANTES DA CARTA MAGNA DE 1988 – RESTRIÇÕES AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A trajetória brasileira do direito à saúde, antes da Carta Cidadã de 1988, é marcada por duas concepções. A primeira, adotada até o início da década de 30 do século anterior – épocas denominadas de Império e República Velha – enxergava a saúde como um favor do Estado à população. Neste período, a saúde apresentava-se como uma espécie de benesse estatal. O Estado possuía a discricionariedade de realizar ou não ações na área da saúde, além da possibilidade de disponibilizar serviços e ações de saúde a apenas uma parcela da população (ASENSI, 2010). A saúde não era considerada um direito fundamental, não havendo que se falar em universalização do acesso.

A partir dos anos 30 do século XX – a chamada “Era Vargas” - até a redemocratização do país, ocorrida nos anos 1980, o acesso às ações e serviços de saúde caracterizou-se, essencialmente, como um benefício trabalhista. Assim, entre 1940 a 1970, o acesso à saúde condicionava-se à existência de vínculo empregatício, sendo vista, portanto, como uma consequência de um direito trabalhista (ASENSI, 2010).

Mocelin (2013) resume todo este contexto ao demonstrar que, antes da promulgação da Lei Maior de 1988, a sociedade brasileira subdividia-se, na área da saúde, em três tipos de cidadãos: uma parte da população abastada, que possuía condições financeiras de pagar por consultas, exames e internações; os trabalhadores do mercado formal, portadores de carteira de trabalho assinada e que tinham direito à previdência social; e uma parcela significativa da população que não tinha direito à saúde – classificados como “indigentes”, dependentes da caridade e da filantropia.

Mendes (2013) compara a situação descrita a um verdadeiro “Tratado de Tordesilhas” da saúde, por segregar a população entre aqueles que portavam a carteirinha do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) - trabalhadores do mercado formal, com acesso a uma assistência curativa razoável - e a grande maioria dos cidadãos brasileiros atendidos por uma medicina simplificada na atenção primária à saúde, sendo “indigentes” na atenção hospitalar.

Complementando este cenário, Lucchese (2004) recorda que, antes da instituição do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde – criado em 1953 – desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção e proteção à saúde, contando com o apoio dos estados e municípios, além de fundações financiadas com recursos externos, por meio de atividades de cunho educativo e preventivo, típicas do modelo campanhista ou sanitarista – imunizações, serviços de combate a endemias, dentre outros. Já as ações de recuperação da saúde – assistência médica - eram realizadas pelo Ministério da Saúde por meio de poucos hospitais especializados, e dirigiam-se àquela parcela da população que não se encontrava inserida no mercado formal de trabalho. Estes contavam, também, com as Santas Casas de Misericórdia e com os hospitais universitários.

A participação efetiva do poder público na assistência médica, neste período, deu-se por meio das instituições relacionadas à Previdência Social. Assim, a ação governamental no campo da assistência médica restringiu-se àqueles que contribuíam para a mesma (LUCCHESE, 2004).

Verifica-se, portanto, que este cenário segmentado por clientela distintas acabou produzindo grandes disparidades no acesso às ações e serviços de saúde antes da promulgação da Carta Política de 1988 (LUCCHESE, 2004).

### 3.3 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, O SUS E O DIREITO À SAÚDE

Pretende-se, neste tópico, demonstrar a significativa mudança que fora atribuída ao sentido do direito à saúde a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que passa a ser configurado como um direito fundamental do brasileiro, com a consequente criação do Sistema Único de Saúde e a universalização do acesso ao Sistema.

### 3.3.1 A saúde como um direito fundamental no Brasil – a universalização e a responsabilidade do Estado

O consenso, na sociedade brasileira, de que havia total inadequação no sistema de saúde brasileiro até então vigente - cujas marcas eram, dentre outros, a excessiva centralização das ações na União, a desintegração das unidades de saúde, a insuficiência de recursos financeiros, a falta de definição clara das competências dos órgãos e instâncias vinculadas ao Sistema, bem como a baixa cobertura assistencial, com parcela significativa da população excluída do atendimento, em especial os mais pobres e as regiões mais carentes - levou os constituintes de 1988 a proporem profundas transformações no setor da saúde pátrio (BRASIL, 1990).

Assim, contrapondo o contexto limitado de acesso à saúde em vigor até então no país, ganha destaque, a partir dos anos 1970, o movimento brasileiro da Reforma Sanitária, cujo principal objetivo era garantir a todos os brasileiros, sem qualquer distinção, o acesso às ações e serviços de saúde, universalizando este direito (ASENSI, 2010).

O Movimento Sanitário atravessou as décadas de 1970 e 1980, reunindo profissionais da área da saúde, movimentos populares, partidos políticos progressistas e movimentos sindicais, e apresentou a proposta de construção de um sistema de saúde único para o país, visando reorganizar a ação do Estado em todo o território nacional, assegurando o acesso universal e igualitário dos brasileiros a um cuidado integral à saúde (LUCCHESI, 2004).

Outro importante marco da saúde pública brasileira, foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1986, onde foram lançados os princípios da Reforma Sanitária. Criada por meio da Portaria Ministerial MEC/MS/MPAS Nº 2/86, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi capaz de subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte, por ter chegado à mesma com sua proposta para a saúde já discutida, legitimada e completa do ponto de vista do ideário do movimento sanitário (CONASS, 2011).

Com a conclusão do processo constituinte, a saúde passa a deter o *status* de direito fundamental na Lei Maior do estado brasileiro, contando com a obrigação da prestação positiva estatal na busca da concretização deste direito a todos os cidadãos. Portanto, deste histórico momento em diante, a saúde passa a se caracterizar como um direito fundamental no regramento jurídico brasileiro, sendo um dever do Estado proporcioná-la a todo e qualquer brasileiro (ASENSI, 2010).

Tal fato - a consagração constitucional de um direito fundamental à saúde – certamente pode ser apontado como um dos principais avanços da Constituição da República Federativa

do Brasil de 1988, vinculando-a ao constitucionalismo de cunho democrático-social que passa a ser desenvolvido, sobretudo, a partir do fim da II Grande Guerra (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

O Sistema Único de Saúde configura-se, então, como uma política pública de saúde universalista, cuja primeira formulação se deu no próprio corpo da Carta da República de 1988 (DALLARI, 2009).

### 3.3.2 A criação e organização do Sistema Único de Saúde

Mendes (2017, p. 845) reitera que a Carta Cidadã de 1988 inaugurou, no país, um amplo Sistema de Seguridade Social, definido, no art. 194 do Documento, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Desta forma, o sistema público de saúde brasileiro foi formalmente instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas chamadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90 – criadas para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde (GAMA; GOUVEIA, 2014).

Constitui-se em uma nova formulação tanto política quanto organizacional que reordena os serviços e ações de saúde em todo o território nacional. Não deve ser entendido, portanto, como um mero sucessor de sistemas de saúde então vigentes (INAMPS ou o SUDS), mas um novíssimo Sistema em constante construção. Além disso, é considerado único por possuir a mesma doutrina e princípios em todo o país. Não se trata de um mero serviço ou instituição, mas de um Sistema complexo, composto por um conjunto de unidades, ações e serviços que interagem para atingimento de um fim comum – de promover, proteger e recuperar a saúde (BRASIL, 1990).

O art. 196 da Constituição de 1988 traz uma das principais inovações do Sistema, em comparação ao cenário então vigente no país: o SUS passa a ser regido pelo princípio do acesso universal às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988). Trata-se, portanto, da garantia de atenção à saúde por parte do Sistema a todo e qualquer cidadão, que passa a ter direito ao acesso a todos os serviços de saúde proporcionados pelo Poder Público.

No Capítulo II – Da Seguridade Social – do Título VIII – Da Ordem social – da Constituição de 1988 constam os objetivos, princípios e diretrizes para a organização do Sistema de Saúde brasileiro (BRASIL, 1988).

Expressas no artigo 198 da Lei Magna, estão as diretrizes constitucionais do Sistema: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a integralidade, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade no Sistema, dando ênfase à importância do controle social (BRASIL, 1988).

A descentralização deve ser interpretada como uma verdadeira redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços do setor saúde entre os entes políticos que formam a Federação (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). Além disso, possui implícita a ideia de que quanto mais perto do fato ou problema uma decisão for tomada, maiores serão as chances de se acertar nesta decisão. Com a descentralização ocorre, também, um nítido reforço da responsabilidade dos municípios na execução das ações e dos serviços de saúde, num processo intitulado “municipalização da saúde” (BRASIL, 1990).

A integralidade da assistência diz respeito à capacidade do Sistema de prestar atendimento ao cidadão em todas as suas necessidades. Para isso, os diversos graus de complexidade do SUS formam um todo indivisível, e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem nem devem ser compartimentalizadas (BRASIL, 1990).

Nessa esteira, outro importante princípio do SUS, a equidade, assegura ao cidadão usuário do Sistema que será disponibilizado as mesmas ações e serviços de saúde de todos os níveis de complexidade, independentemente de seu local de residência, de acordo com suas necessidades, sem qualquer tipo de barreira (BRASIL, 1990).

A CF88 determina, ainda, que a Rede de Serviços do SUS seja organizada de forma regionalizada e hierarquizada. Esta forma de organização permite um maior conhecimento dos problemas da saúde da população de determinada área, favorecendo ações mais assertivas em todos os níveis de complexidade do Sistema (GAMA; GOUVEIA, 2014).

Por meio da Regionalização, os serviços são organizados em uma região de saúde, e não apenas no próprio município, para que a população possa acessar todos os tipos de atendimento necessários aos seus cuidados, o mais próximo possível de seu domicílio, atendendo ao mandamento constitucional da integralidade da assistência.

Assim, devem estar minimamente disponíveis à população, em uma região, serviços referentes à Atenção Primária, à Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção ambulatorial especializada e hospitalar, bem como serviços de vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Já a Hierarquização, no Sistema, representa um importante componente da regionalização, ao organizar e distribuir os serviços de acordo com o grau de complexidade tecnológica, em ordem crescente. Desta forma, todos os municípios deverão garantir, em seus respectivos territórios, serviços da Atenção Primária à Saúde. Já a Atenção Secundária é ofertada no âmbito de uma Região de Saúde. Por fim, nas Regiões Ampliadas de Saúde são oferecidos os serviços da Atenção Terciária, ou alta complexidade.

A organização da atuação de forma regionalizada permite, assim, a adaptação das ações e dos serviços de saúde às necessidades epidemiológicas loco-regionais (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

Ainda segundo o texto constitucional, as ações e os serviços de saúde poderão ser executados diretamente por instituições públicas ou, de forma complementar, por instituições privadas, conveniadas ou contratadas, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Assim, quando necessário, o setor privado poderá participar do SUS de forma a complementar as Redes de Atenção à Saúde, sempre obedecendo aos princípios do Sistema (BRASIL, 1988).

Por fim, a participação dos cidadãos é uma garantia constitucional de que a população participará tanto dos processos de formulação quanto do controle da execução das políticas de saúde, em todos os níveis do Sistema – do local ao federal - por meio de suas unidades representativas, os Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1990).

O Sistema apresenta, portanto, princípios doutrinários – a universalidade, equidade e integralidade; e organizativos – a regionalização e hierarquização, a descentralização, a participação dos cidadãos, bem como a complementariedade do setor privado, inspirados tanto na CF88 quanto na Lei Orgânica da Saúde.

Com o advento do SUS, inaugura-se no Brasil a chamada “moderna Saúde Pública”, com a integração das ações promotoras e protetoras da saúde às já praticadas ações de recuperação.

### 3.3.2.1 Características do SUS como um subsistema no Sistema de Seguridade Social

Tamanha foi a importância dada pela Constituição Federal de 1988 ao Sistema de Seguridade Social, que um capítulo inteiro da Lei foi destinado para tratar do mesmo – o tema é abordado nos artigos 194 ao 204 (GOES, 2011).

Na Carta Política promulgada em 1988, especificamente em seu art. 194, a Seguridade Social foi definida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Do supracitado artigo extrai-se que este grande Sistema é composto por três Subsistemas distintos: o Subsistema da Previdência Social; o Subsistema da Assistência social; e o Subsistema da Saúde – o SUS (GOES, 2011). Isto porque, segundo Morgan (2011), quando se define determinado Sistema, todos os demais níveis atrelados ao mesmo podem ser compreendidos como subsistemas.

Como um Subsistema complexo que é, o SUS pode ser caracterizado por meio da utilização da chamada Teoria Geral dos Sistemas (TGS), concebida pelo biólogo Ludwig von Bertalanffy, que idealizou, também, os chamados Sistemas Abertos, entendidos como complexos de elementos em interação e intercâmbio contínuo com o ambiente onde se encontram (MOTTA, 1971).

A utilização da TGS na análise do SUS e do cenário onde este Subsistema atua pode mostrar-se interessante, já que, segundo Bertalanffy (1975), esta Teoria é meio importante de objetivar os campos não físicos do conhecimento científico, sobretudo nas ciências sociais, proporcionando uma integração de distintos conhecimentos. Além disso, percebe-se a clara vinculação entre o que se entende como Sistema Aberto – já definido anteriormente – e o Sistema Único de Saúde, apresentado aqui como importante marco teórico para a discussão pretendida com este trabalho acerca das Mediações Sanitárias.

Assim, a TGS identifica diferentes tipos de Sistemas em diferentes ambientes. Segundo a Teoria, enquanto Sistemas Fechados, cuja característica mais marcante é a burocracia, funcionam de forma bastante eficaz em ambientes que apresentam poucas mudanças (ambientes estáveis), os Sistemas Abertos possuem maior capacidade de lidar com ambientes mais complexos - ambientes turbulentos e competitivos (MORGAN, 2011).

O SUS parece preservar características de ambos. Comporta-se como um Sistema Fechado quando se prende excessivamente ao regramento da saúde, seja os mandamentos constitucionais e legislações infraconstitucionais, seja os Protocolos e Diretrizes determinados para cada tipo de patologia, que nem sempre são atualizados em tempo oportuno. No entanto, outras ações desenvolvidas dentro do Sistema demonstram, também, o relacionamento com o ambiente, como quando o Sistema atualiza suas regras norteadoras, incorpora novas tecnologias e tratamentos, bem como quando propõe fóruns diversificados de planejamento e discussão acerca de problemas inerentes ao setor saúde.

Morgan (2011), também aborda características desejáveis dos administradores públicos inseridos em Sistemas Abertos ou complexos, e propõe que estes devem desenvolver a capacidade de interpretar as situações que estão tentando organizar ou administrar. Para isso, devem permanecer abertos e flexíveis, evitando julgamentos abruptos sempre que possível, cientes de que uma leitura mais ampla e variada de determinada situação, por meio da análise de diferentes ângulos, é capaz de criar possibilidades de ação também amplas e variadas. Tal característica parece ser cada vez mais necessária aos gestores públicos que atuam diretamente no SUS, por conta dos fenômenos cada vez mais complexos ou mesmo paradoxais, que têm sido apresentados ao gestor, bem como aos demais atores envolvidos com a efetivação do direito à saúde – como os ordenadores do direito (magistrados, membros do Ministério Público, Defensores Públicos, dentre outros).

No atual contexto, percebe-se uma necessidade cada vez maior de se abandonar a maneira mecanicista de realizar a administração, seja ela pública ou privada, pois a visão oferecida por este tipo de gestão, que enxerga os Sistemas e organizações como máquinas voltadas para o atingimento de fins e objetivos predeterminados, em um ambiente tranquilo e pouco complexo, se mostra cada vez menos eficaz. No entanto, a forma mecânica de pensar ainda se encontra tão arraigada na gestão pública que, frequentemente, dificulta a percepção de que existem outras formas de se planejar e executar (MORGAN, 2011).

Contudo, conforme já exposto, a complexidade cada vez maior do ambiente em que se insere o Sistema Único de Saúde exige dos atores envolvidos um grau cada vez mais sofisticado de flexibilidade e inovação em suas ações, o que, na concepção de Morgan (2011), caracteriza-se como diferentes maneiras de pensar os Sistemas e organizações.

Morgan (2011) faz, ainda, uma crítica à “simplificação da complexidade”, alertando que os gestores, apesar de viverem em um mundo crescentemente complexo, tendem a se persuadir de que tudo é mais simples do que realmente é, e acabam lidando com a complexidade de forma a presumir que ela não existe. Assim, o real desafio consiste em aprender a lidar com essa complexidade por meio da elaboração de novas formas de organizar e maneiras de focalizar e solucionar problemas complexos.

Portanto, Sistemas “vivos” ou “orgânicos” como o SUS, devem ser entendidos como Sistemas Abertos que se organizam em um processo contínuo de trocas com o ambiente em que atuam, sendo esta troca fundamental para sua própria aprendizagem e readequação. Além, Morgan (2011) explica que, possuindo padrões flexíveis de organização, tais Sistemas conseguem atingir resultados específicos por meio de diferentes pontos de partida, fazendo uso de distintos recursos, de diferentes maneiras. O autor deixa claro que, quando a mudança no

ambiente se torna frequente – com o surgimento contínuo de novos problemas e desafios – apenas Sistemas abertos e flexíveis conseguem lidar com este contexto.

Assim, o autor afirma que as formas convencionais de gestão pública, baseadas na burocracia, na hierarquização e em regras pouco flexíveis, funcionam de forma eficiente apenas em ambientes menos complexos. No entanto, ambientes de grande complexidade exigem formas multidisciplinares de atuação, com pessoal habilitado na arte de resolução de conflitos. Além disso, enxerga a utilização de instrumentos integrativos como a melhor maneira de Sistemas lidarem com ambientes cuja complexidade cresce a cada dia. A integração permite aos membros de diferentes origens e especialidades fundirem suas aptidões e habilidades ao abordarem problemas comuns aos mesmos. Permite-se, assim, a indivíduos oriundos de várias áreas realizarem contribuições que, numa atuação isolada, fragmentada, seriam desconsideradas.

O autor sintetiza, ainda, algumas características tidas como fundamentais para que Sistemas possam lidar com ambientes turbulentos. Dentre estas, cita a necessidade de composição de equipes formadas por indivíduos orientados para a solução de problemas e para a ação, a descentralização e o compartilhamento do poder, de forma a evitar a burocracia.

É neste cenário que ganham destaque novas possibilidades de solução de problemas e conflitos na área da saúde – ou no Sistema Único de Saúde (um subsistema da Seguridade Social brasileira), por meio da utilização de processos mais democráticos, que evitam decisões unilaterais, e incentivam o diálogo e o compartilhamento de responsabilidade na busca por soluções para os problemas apresentados para o SUS.

As discussões envolvendo o fenômeno da judicialização da saúde, bem como a ineficiência da administração pública em proporcionar ao cidadão as ações e serviços de saúde em tempo oportuno, demonstram que a atuação isolada e fragmentada, ora do Judiciário na garantia do acesso ao Sistema no caso concreto, ora dos gestores do SUS no planejamento das ações e serviços de saúde, ambos com a finalidade comum de garantir a efetividade do direito à saúde, parecem não ser mais capazes de abordar toda a complexidade exigida pelo setor. Assim, uma integração dos conhecimentos destes atores – administradores públicos e ordenadores do direito - com ênfase na colaboração e no encorajamento do relacionamento interinstitucional, talvez seja o caminho mais viável para que as ações possam representar produtos efetivos aos complicados problemas da área.

Se a ação inovadora e criativa é desejada, então as formas de administração dinâmicas, flexíveis, serão sempre superiores às mecanicistas e burocráticas. É necessário, pois, o desenvolvimento de novas formas de relação interorganizacionais para lidarem com situações

crescentemente complexas, em ambientes altamente turbulentos, como aos que a maior parte dos Sistemas se submetem atualmente (MORGAN, 2011).

Dentre as instituições envolvidas com a efetivação do direito à saúde em Minas Gerais, o Ministério Público parece ter sido a primeira a perceber esta necessidade da mudança de atuação dos atores envolvidos neste processo. Com isso, esta instituição permanente e essencial à Justiça deixa de atuar apenas de forma demandista, passando a priorizar uma atuação resolutiva no setor saúde. Para isso, por meio do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da saúde – CAO/Saúde, idealizou e institucionalizou a “Ação Institucional de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania”, medidas extrajudiciais cuja intenção é buscar soluções para as “complexas demandas em saúde, com repercussão coletiva, principalmente no aspecto preventivo, de forma a encontrar soluções de consenso, substitutivas da evitável judicialização da política de saúde, com maior legitimação e efetividade” (BELO HORIZONTE, 2012, p. 29).

O tópico a seguir procura explicar o relacionamento do Ministério Público com as ações e serviços de saúde, bem como demonstrar a relevante atuação que fora atribuída pela CF88 a esta Instituição na efetivação deste direito fundamental.

### 3.3.3 Os serviços de saúde e a característica da relevância pública – o papel do Ministério Público na defesa do direito à saúde

O Ministério Público é instituição prevista pela Carta Política de 1988 com a finalidade de evitar o arbítrio e o desrespeito aos direitos fundamentais (MORAES, 2017). Integra – juntamente com a Advocacia Pública e a Defensoria Pública - as chamadas Funções Essenciais à Justiça, não sendo componentes da estrutura do Poder Judiciário, mas atuando perante o mesmo (PAULO; ALEXANDRINO, 2011).

O *Parquet*<sup>1</sup> recebeu tratamento singular no texto constitucional de 1988, inculcando-lhe uma importância e destaque inéditos na história brasileira, com uma conformação inovadora e poderes alargados, voltado à defesa dos interesses mais elevados da convivência social (MENDES, 2017).

---

<sup>1</sup> Conjunto de membros do Ministério Público. Do francês: 'local onde ficam os magistrados do ministério público fora das audiências.

Trata-se de instituição permanente, não se encontrando subordinado a qualquer dos Três Poderes da República, sendo um autêntico fiscal dos direitos e garantias constitucionais. A CF88 incumbiu-o de defender os interesses sociais e individuais indisponíveis (PAULO; ALEXANDRINO, 2011).

Asensi (2010) ressalta que as instituições que compõem as funções essenciais à justiça não se submetem à mesma perspectiva estática do Poder Judiciário – cuja ação está condicionada à provocação. Assim, estas instituições podem agir de maneira espontânea em prol da concretização dos direitos fundamentais.

Em complemento, Asensi (2010) afirma:

Principalmente em relação aos direitos prestacionais, isto é, direitos que exigem a atuação do Estado para concretizá-los por meio de políticas públicas, a possibilidade de agir independentemente de provocação possibilitou ao MP ocupar um espaço singular no plano da efetivação de direitos (ASENSI, 2010, p. 38).

Importante lembrar que o direito à saúde possui, desde a promulgação da CF88 e sua consequente entrada em vigor, força normativa para incidência imediata, sendo capaz de produzir todos os efeitos desde então. Trata-se, assim, de norma constitucional de eficácia plena. Ainda, a Lei Maior erigiu aos serviços e ações de saúde o *status* de relevância pública (ASENSI, 2010).

Sarlet (2008) explica que a explicitação de relevância pública atribuída pela Constituição às ações e serviços de saúde é fruto das reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária que, com isso, buscou suplantiar o modelo pré-SUS considerado centralizador, privatista e focado na cura.

Dentre as atribuições conferidas pela Constituição Cidadã de 1988 ao Ministério Público, destaca-se a função institucional de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na própria Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (BRASIL, 1988).

Percebe-se, portanto, a vocação do Ministério Público para atuar na efetivação do direito à saúde, já que as ações e serviços orientados para sua garantia são de relevância pública (OLIVEIRA et al., 2015). Para o autor:

As funções institucionais atribuídas ao Ministério Público criaram entre essa instituição e o sistema de saúde uma relação muito próxima, na medida em que aquela se consolidou como responsável pela efetividade das normas constitucionais e, em especial, dos direitos fundamentais, assim como fiscalizadora dos poderes públicos e serviços de relevância pública (OLIVEIRA; ANDRADE, MILAGRES, 2015, p. 147).

A característica de relevância pública atribuída às ações e serviços de saúde legitima ainda, segundo Sarlet (2008), a interpretação extensiva que a jurisprudência tem dado, no sentido de legitimar a intervenção do Ministério Público na garantia e na defesa do direito à saúde, até mesmo na hipótese de ações de caráter individual.

Assim, Oliveira et al. (2010) explica que, ao agir em juízo ou fora dele, a instituição tem a capacidade de interferir no ambiente sanitário, onde predomina a atuação de gestores, prestadores de serviço, profissionais de saúde, usuários de serviços e acadêmicos, abordando as demandas sob o enfoque jurídico.

### 3.4 DA UNIVERSALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE AO FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO

O direito à saúde recebeu – pela primeira vez – tratamento constitucional significativo no Brasil em 1988. Antes, havia sido abordado apenas acidentalmente, por exemplo, na pretérita Constituição de 1934 (DALLARI, 2009).

Mendes (2017) reconhece que os textos constitucionais brasileiros que antecederam a CF88 continham apenas esparsas disposições acerca do direito à saúde e ressalta que a Carta Magna de 1988 foi a primeira a erigir o direito à saúde a *status* de direito fundamental.

Paulo e Alexandrino (2011) lembram que, em um Estado Social de Direito, os direitos sociais ou de segunda dimensão são de observância obrigatória. Assim, a partir do texto constitucional de 1988, o Estado de Direito brasileiro passou a proteger expressamente os direitos sociais, reconhecendo, no artigo 6º da Lei, a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, bem como a assistência aos desamparados como direitos fundamentais (MORAES, 2017).

Silva (2007) explica que os direitos sociais são prestações positivas proporcionadas pelo Estado, por meio de políticas públicas, cujo propósito é a igualização de situações sociais desiguais.

Assim, com sua promulgação no ano de 1988, a Carta da República assevera que os serviços de saúde passam a estar sob a responsabilidade do Estado, representando o núcleo do sistema de saúde brasileiro. Desde então, os entes da federação – União, Estados, Distrito

Federal e Municípios – passaram a ser os responsáveis pela organização e gestão dos serviços públicos de saúde (AITH, 2012).

O texto que trata da saúde na Constituição Federal de 1988 é enfático ao afirmar que:

**A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e **ao acesso universal e igualitário às ações e serviços** para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Diniz (2013) destaca que, a partir do momento em que a saúde passa a ser considerada um direito social, o cidadão passar a ter o direito de exigir do Estado prestações positivas de ações e serviços de saúde. Além disso, o autor também recorda que, a partir dos anos 1990, firmou-se em nosso país a interpretação de que o direito à saúde consiste em norma constitucional de eficácia plena – conforme já fora abordado neste estudo. Paulo e Alexandrino (2011) esclarecem que, com isso, tais normas passaram a produzir efeitos tão logo a Constituição de 1988 fora promulgada, tendo aplicabilidade imediata e integral desde então.

Aliado a isso, Santos (2011) ressalta o protagonismo obtido pelo Poder Judiciário, a partir do fim dos anos 1980, nos países latino-americanos, o que acaba por colocá-lo em confronto com os outros Poderes da República, particularmente com o Poder Executivo.

Além, Oliveira (2013) também ressalta a discrepância existente entre o que está expresso na Carta Magna de 1988 e as reais demandas do cotidiano, sobretudo no que concerne às necessidades de ações e serviços de saúde. Esta situação faz com que os usuários do Sistema de Saúde recorram ao Poder Judiciário para fazer prevalecer seu direito e obrigar o Estado a assegurá-lo. Desta forma, a solução de controvérsias na saúde tem se dado, majoritariamente, através da via judicial, gerando o fenômeno da judicialização (DELDUQUE; CASTRO, 2015), fazendo com que a intervenção do Judiciário na área da saúde torne-se uma regra, e não mais exceção, passando a ser vista até mesmo como uma nova porta de entrada no Sistema, afetando o planejamento do setor.

Assim, diante da relevância do tema, e tendo como propósito oferecer uma visão plural do fenômeno, passa-se a apresentar, nos parágrafos que se seguem, alguns dos principais argumentos favoráveis e contrários à atuação do judiciário na garantia do direito à saúde.

### 3.4.1 Os prós e contras acerca da judicialização da saúde e os parâmetros do STF

Para Machado (2014, p. 562), “a judicialização à saúde ganha tamanha importância prática porque envolve não só os operadores do direito, como também os gestores públicos, os profissionais da área e a sociedade civil”.

Por conta disso, o tema tornou-se relevante na agenda do SUS, bem como dos Poderes Judiciário, Legislativo, além do Ministério Público e Defensoria Pública, não havendo consenso, até aqui, quanto aos limites e possibilidades de exigibilidade do direito à saúde, com a existência de distintas posições jurídicas. Se, para alguns, a judicialização atrapalha ainda mais o planejamento e a organização do Sistema, outros enxergam na mesma a possibilidade de garantir o direito fundamental aos cidadãos. Os argumentos utilizados por ambas as correntes de pensamento são sólidos.

Oliveira (2016), por exemplo, enxerga no número crescente de demandas judiciais no âmbito da saúde, a existência de uma busca por sua efetivação, tendo em vista a responsabilidade atribuída ao Estado pela proteção e promoção dos meios para a efetividade do direito em questão, seja no âmbito individual, seja no coletivo.

Os que argumentam positivamente acerca da judicialização, citam como seu fundamento, dentre outros, o direito à saúde constitucionalmente garantido, o combate à ineficiência administrativa na prestação de serviços por parte do Executivo, além da própria importância da atividade judicial. Já os que se posicionam contra o fenômeno costumam citar a finitude do orçamento público, o caráter individual da maior parte das demandas oriundas da via judicial, os limites de atuação de cada um dos Poderes da República, além da ausência de parâmetros médicos bem definidos nas decisões (MACHADO, 2014).

Aqueles favoráveis à atuação judicial no âmbito da saúde advogam que as normas constitucionais não podem ser percebidas como meras integrantes de um documento estritamente político passando, na verdade, a desfrutar de aplicabilidade imediata. A intervenção do Judiciário buscaria, portanto, realizar a promessa constitucional de prestação universalizada das ações e serviços de saúde (BARROSO, 2007).

Citam, também, o art. 5º da Constituição, cujo conteúdo prevê a impossibilidade de o Poder Judiciário deixar de apreciar lesão ou, até mesmo, ameaça a lesão a qualquer direito (PIOVESAN; VIEIRA, 2006).

Assim, diante de uma constatada inércia dos Poderes Executivo e Legislativo, a sociedade acabaria percebendo a via judicial como a última esperança em ver suas expectativas de direitos sendo satisfeitas (OLIVEIRA, 2016).

Por outro lado, a falta de critérios - com a proliferação de decisões judiciais extravagantes - bem como o excesso de ações no setor, acabam por condicionar a Administração ao custeio de tratamentos ora arrazoáveis, ora de eficácia duvidosa. Os excessos acabam colocando em risco a própria continuidade da política de saúde pública, ao desorganizar a atividade administrativa e impedir a alocação planejada dos já escassos recursos do setor, o que poderia impedir que políticas coletivas, voltadas à promoção da saúde pública, fossem implementadas. O que se verifica, em parte razoável das ações, é a concessão de privilégios a alguns cidadãos que têm acesso à via judicial, em detrimento de boa parte dos indivíduos que dependem das políticas de caráter universal cuja responsabilidade de implementação é, sobretudo, do Poder Executivo (BARROSO, 2007).

Assim, Barroso (2007) entende que, se o Judiciário não pode ser menos do que deve ser - deixando de tutelar direitos fundamentais que poderiam ser promovidos com sua efetiva atuação - também não deve querer ser mais do que pode ser, a pretexto de promover estes mesmos direitos a uns e, como consequência, causar grave lesão aos direitos de tantos outros.

Oliveira (2013) parece seguir a mesma linha de raciocínio, ao afirmar que o excesso de ações judiciais acaba por impactar de forma significativa os recursos públicos do setor, além de criar condições desiguais de acesso à saúde pública.

Os que advogam por limites na atuação do Judiciário no setor saúde pensam que a ação deste seria necessária apenas em hipóteses de omissão de atuação dos Poderes Públicos, ou de ação que contrarie preceitos constitucionais, além do não atendimento do mínimo existencial. Com exceção destas situações, a atividade judicial deveria ser comedida, respeitando o planejamento realizado pelos órgãos competentes (BARROSO, 2007).

Delduque e Castro (2015) chegam a comparar esta verdadeira judicialização da política à uma politização da justiça, podendo ser traduzida como a expansão do Poder Judiciário no processo de tomada de decisão.

Certo é que a judicialização obriga os gestores públicos do setor da saúde a lidarem com a garantia deste direito fundamental, na maioria das vezes, de forma individualizada, deturpando a lógica de funcionamento do Sistema, por sobrepor as necessidades individuais às coletivas. Além disso, conforme já relatado, é importante perceber não ser raro que determinações oriundas do Poder Judiciário contrastem com a política pública planejada e

estabelecida por meio dos instrumentos de planejamento do SUS, cuja consequência é o aparecimento de despesas que, além de elevadas, não estavam previstas (OLIVEIRA, 2013).

Haveria uma verdadeira impropriedade de se entender a complexidade do problema por meio de uma mera interpretação de preceitos da CF88. Entende-se, assim, que a melhor forma de otimizar os escassos recursos do setor é conferir esta decisão ao Executivo, detentor de uma visão global tanto dos recursos disponíveis, quanto às reais necessidades a serem supridas. Deve-se lembrar, ainda, que os Poderes Executivo e Legislativo foram legitimados, através do voto dos cidadãos, a definir de que modo os recursos públicos devem ser aplicados (BARROSO, 2007).

Portanto, outra crítica acerca da atuação do Judiciário na saúde relaciona-se ao princípio da Separação dos Poderes, cujo maior argumento seria a incapacidade da justiça em controlar critérios de oportunidade e conveniência inerentes ao Poder Executivo, para atender às demandas de saúde oriundas da sociedade (PIOVESAN; VIEIRA, 2006).

Todavia, existe percepção distinta da situação. Ou seja, para os defensores da intervenção judicial como garantidora da efetivação do direito à saúde, não se trataria de usurpação de função de quem caberia a implementação das ações e serviços de saúde, mas da garantia do estabelecimento de condições sociais mínimas de vida (PIOVESAN; VIEIRA, 2006).

Aliás, seria oportuno destacar que, na ala favorável à utilização da via judicial para a garantia dos direitos fundamentais, evita-se o emprego do termo “judicialização”, o qual é substituído por “justiciabilidade”, que representaria a possibilidade de buscar a efetiva aplicação destes direitos por meio de mecanismos jurídicos de exigibilidade, promovendo uma crescente consciência social (SOARES, 2003).

A questão da finitude orçamentário-financeira do Sistema - um dos principais argumentos para a negativa do Poder Público para determinadas solicitações individuais no SUS - é costumeiramente discutida por meio da chamada “Reserva do Possível”. Segundo tal princípio, os recursos públicos não seriam suficientes para atender a toda e qualquer demanda social, o que acaba por impor aos gestores públicos a necessidade de ponderação nas tomadas de decisão - muitas vezes, trágicas<sup>2</sup>. Assim, com o orçamento apresentando-se sempre aquém

---

<sup>2</sup> As chamadas escolhas trágicas: expressão costumeiramente empregada com a finalidade de traduzir o confronto entre o desejo de atendimento a um pedido que busca a concretização de um direito social, e as dificuldades do Poder Público em alocar racionalmente seus escassos recursos.

do que é demandado pela sociedade, seria ainda mais perverso privilegiar um cidadão em detrimento de tantos outros (BARROSO, 2007).

Nota-se, assim, a problemática relacionada aos limites existentes para se concretizar determinadas normas constitucionais. Isto porque a implementação de ações para a efetivação do direito social à saúde é sempre onerosa e, por conta disso, caracteriza-se pela gradualidade de concretização. A limitação financeira pode ser percebida, portanto, como uma barreira fática à efetivação do direito à saúde. Assim, sendo o Poder Público capaz de comprovar objetivamente a limitação financeira, dele não poderia exigir-se prestações não programadas (PIOVESAN; VIEIRA, 2006).

Todavia, contrapondo este argumento, a corrente favorável à atuação do Judiciário entende que os direitos fundamentais não podem ser dependentes do orçamento público para serem efetivados. Aliás, para estes, caberia a reformulação do próprio orçamento público, em vista da evidente preferência constitucional dada a tais direitos. A essencialidade do direito à saúde seria tamanha – sobretudo por sua ligação direta ao direito à vida – que sua análise não deveria sequer ser realizada à luz de discussões orçamentárias. Para estes, a “Reserva do Possível” não deve, portanto, ter como consequência a ineficácia do direito fundamental. Deve-se optar, ao ponderar acerca dos bens envolvidos, pelo respeito à vida – direito inalienável garantido pela própria Constituição - acima de qualquer interesse financeiro (PIOVESAN; VIEIRA, 2006).

Sem desprezar o importante argumento supracitado, o fato é que o excesso de decisões judiciais provoca uma desorganização do planejamento público, o que acaba comprometendo ainda mais a eficiência da Administração Pública pois, apesar de atenderem às necessidades imediatas do jurisdicionado, acabam sendo uma barreira à otimização da atuação estatal na promoção da saúde pública. Além disso, é preciso frisar novamente que as políticas públicas do setor saúde seguem a premissa constitucional de redução das desigualdades econômicas e sociais. Assim, quando o Judiciário passa a implementar tais políticas, acaba privilegiando cidadãos que, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem custear o processo judicial, possuem acesso qualificado a esta via (BARROSO, 2007).

Mendes (2017) reforça que este cenário indica o desenvolvimento de uma situação completamente contraditória ao projeto constitucional – onde foi estabelecido um sistema de saúde universal, sem a possibilidade de existir qualquer tipo de privilégio apenas a alguns usuários do SUS. Para o autor, no geral, as pessoas que ainda se beneficiam da intervenção do Judiciário são aquelas que detêm melhores condições socioeconômicas e de acesso a informações, resultando numa importante assimetria do Sistema.

Piovesan e Vieira (2006) chegam a abordar uma relação clara entre o Índice de Desenvolvimento Humano e a litigância, argumentando que a utilização do Judiciário seria mais ampla em regiões onde o IDH é maior.

Outro problema a ser destacado no debate é a inegável preferência pelas ações individuais no setor saúde. Por não levarem em consideração os impactos financeiros que causam ao Sistema com suas decisões, as ações de cunho individual interferem decisivamente no Sistema, prejudicando-o. O oposto costuma ser verificado com as demandas coletivas, ainda em menor número, mas que, a médio e longo prazo, tendem a gerar diminuição de gastos para a gestão pública, pois auxiliam na organização adequada do Sistema para atender às demandas da coletividade (MENDES, 2017).

Quando há, portanto, uma decisão judicial condenatória que determina ao Estado a efetivação do direito à saúde a um indivíduo, recursos públicos programados para atenderem toda uma coletividade acabam sendo deslocados, privilegiando os direitos de uns em detrimento de outros. Aliás, o cerne deste debate consiste em entender se o direito à saúde deveria ser analisado apenas por meio do viés social – cujo objetivo maior seria a diminuição das desigualdades por meio da implementação de políticas públicas por parte do Poder Público - ou se também deve ser levada em conta a concepção mais individualista deste direito (OLIVEIRA, 2016).

Oliveira (2016) procura esclarecer que os direitos fundamentais, como o direito à saúde, têm a premissa da promoção da justiça social, almejando a diminuição das desigualdades. Por conta disso, tem se tornado consenso no meio jurídico a maior assertividade das ações coletivas. No entanto, destaca que tal fato não pode e nem deve excluir a possibilidade da garantia do direito fundamental em casos individuais, sobretudo pela já ressaltada vinculação do direito à saúde com a proteção à vida, à integridade física, além da própria dignidade do ser humano.

Assim, para Diniz (2013), o problema não estaria na atuação do Judiciário em si, mas apareceria com a excessividade da judicialização, que feriria os princípios basilares norteadores do Sistema Único de Saúde, ignorando a existência de políticas públicas de saúde relacionadas com boa parte dos pedidos apreciados pelo Judiciário.

Oliveira (2013) também enxerga que a judicialização da saúde promove desigualdades de acesso entre os cidadãos, comprometendo diretrizes alicerçantes do SUS, como a universalidade do acesso, dificultando a eficácia das políticas públicas de saúde.

Delduque e Castro (2015) lembram que tais decisões acabam por impor:

[...] aquisições não programadas, não pertencentes ao normal planejamento do setor da saúde, que podem resultar em gastos extraordinários com processos administrativos de dispensa de licitação. Tais situações acabam por concorrer com o normal abastecimento do SUS, acarretando uma irregular divisão de esforços materiais, humanos e orçamentários, para atender à judicialização (DELDUQUE; CASTRO, 2015, p. 509).

Os autores destacam, ainda, outro problema oriundo da judicialização da política de saúde, ao recordarem que, na decisão judicial, as partes não participam da decisão, submetendo-se, inertes, à decisão proferida pelo Poder Judiciário. Assim, ao tornar o indivíduo dependente do Estado – tendo no Poder Judiciário seu fornecedor de serviços – o controle judicial das políticas públicas acaba prejudicando, também, o pleno exercício da cidadania (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

Por fim, outra questão que vem sendo apontada relaciona-se a uma possível incapacidade do Judiciário em solucionar adequadamente certos tipos de conflito na saúde, sobretudo por não conhecer de forma aprofundada o tema. Chega-se, então, à crítica técnica, que entende que o Judiciário não domina o conhecimento específico necessário para implementar políticas no âmbito da saúde.

Diante da complexidade do debate, o Pretório Excelso promoveu audiência pública, em maio de 2009, com o intuito de discutir a temática. Longe de harmonizar as distintas interpretações acerca do assunto, obteve como importante produto a fixação de parâmetros orientadores das ações judiciais para casos concretos envolvendo o direito à saúde (MENDES, 2017).

O primeiro destes parâmetros seria a averiguação da existência ou ausência de política estatal abrangendo a prestação de saúde pleiteada no caso concreto. Segundo entendimento da Corte, ao deferir uma ação de saúde já incluída entre as políticas formuladas pelo SUS, o judiciário não estaria criando uma nova política, mas apenas determinando o cumprimento de uma ação que já existe. No entanto, caso a ação ou serviço de saúde pleiteado não esteja entre o rol fornecido pelo SUS, faz-se necessário averiguar se esta ausência decorre de omissão legislativa ou administrativa, de decisão administrativa de não fornecer ou, ainda, de vedação legal expressa à sua dispensação (MENDES, 2017).

Além disso, o Judiciário deve, também, considerar a motivação para a negativa do fornecimento de determinada ação de saúde pelo Poder Público. Isto porque, segundo o Supremo, como regra geral extraída do art. 196 da Lei Maior, a obrigação do Estado ficaria restrita ao fornecimento das políticas públicas por ele formuladas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. O STF frisa que o SUS trabalha com a Medicina Baseada em Evidências

e, por conta disso, possui Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas definidos. Portanto, como regra, as ações judiciais devem privilegiar o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento à terapia escolhida pelo usuário, sempre que não for comprovado existir impropriedade da política de saúde já existente. O Tribunal Maior entende que obrigar o Poder Público a custear qualquer ação de saúde existente acabaria por gerar grave lesão à ordem administrativa, levando a um dramático comprometimento do Sistema Público de Saúde, prejudicando ainda mais o acesso ao SUS a parcela considerável da população. Assim, apenas em casos excepcionais, onde o cidadão comprove que o tratamento oferecido na Rede Pública não seria eficaz no seu caso, é que os Protocolos e Diretrizes do SUS poderiam ser contestados (MENDES, 2017).

Ainda, o STF aborda situações onde o SUS não possui tratamento específico para determinada condição ou doença, e diferencia a análise a ser realizada entre solicitações de tratamentos experimentais, e tratamentos novos que ainda não tenham sido testados pelo Sistema de Saúde pátrio. Com relação aos primeiros – tratamentos experimentais – a Corte entende que o Estado não pode ser condenado a fornecê-los e que, portanto, o acesso a estes deve ser disponibilizado apenas no âmbito de estudos clínicos. Assim, não seria possível obrigar o Poder Público a custear tais ações. Já a questão dos novos tratamentos parece ser mais complexa pois, para o Tribunal Supremo, a inexistência de Protocolos no SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade e, portanto, poderia ser objeto de impugnação judicial. Todavia, ressalta a necessidade da existência de ampla produção de provas para comprovar a necessidade de acesso à ação solicitada (MENDES, 2017).

Na audiência que discutiu a temática, o Supremo Tribunal Federal reforçou, ainda, o desafio de se fortalecer a cultura administrativa, o que proporcionaria a realização do direito à saúde sem a necessidade de existência de intervenção judicial. Para o Tribunal, a compreensão consolidada de que a única forma de efetivar direitos seria por meio do Judiciário precisa ser superada e, para isso, devem ser estimuladas e desenvolvidas práticas no âmbito do Ministério Público, das Defensorias Públicas e da própria Administração Pública que busquem o diálogo interinstitucional.

Neste contexto, sobressai-se a necessidade de criação de instâncias legitimadas para a solução de conflitos sociais pelo próprio meio social, gerando maior conscientização política e participação popular (DELDUQUE; CASTRO, 2015).

Oliveira (2013) reitera a necessidade de se estabelecer um mecanismo extrajudicial de resolução de divergências na saúde, capaz de fornecer celeridade e consenso, reduzindo a judicialização dos conflitos sanitários.

### 3.5 RESOLUÇÃO ALTERNATIVA DE DISPUTAS (*ALTERNATIVE DISPUTE RESOLUTIONS – ADR*) OU MODELOS ALTERNATIVOS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS (MARC)

A busca por soluções práticas para tentar solucionar os problemas impeditivos do efetivo acesso à justiça não é algo novo, e remete à metade dos anos 1960. Alguns destes obstáculos são bastante conhecidos, a exemplo das dispendiosas custas judiciais, costumeiramente agravadas pela demora em se obter uma decisão por meio da via judicial. Além disso, o próprio ambiente excessivamente formal é considerado um entrave ao acesso à justiça (CAPPELLETTI; GARTH, 1988).

Surgem, desta forma, três proposições básicas cujo intuito é a garantia do efetivo acesso à justiça. A primeira delas concentrou-se, sobretudo nos países ocidentais, na assistência judiciária para os hipossuficientes, ação que pode ser realizada de formas variadas, como o pagamento de advogados particulares pelo Estado, ou a manutenção de advogados servidores públicos na máquina estatal (CAPPELLETTI; GARTH, 1988).

Já a segunda proposta concentrou-se na problemática dos interesses coletivos ou difusos. Isto porque, tradicionalmente, o processo civil não possuía espaço para a proteção destes direitos, já que o processo era enxergado, apenas, como a busca pela solução de um conflito entre duas partes. Todavia, esta visão individualista tem sido substituída – ou, ao menos, associada – a uma concepção social, coletiva. Apenas esta transformação é capaz de assegurar a realização dos chamados interesses difusos (CAPPELLETTI; GARTH, 1988).

Por fim, a última proposta refere-se à ampliação do acesso à justiça, por meio da advocacia não só judicial, mas também extrajudicial, tendo como foco o conjunto de procedimentos, instituições e pessoas utilizado para processar ou mesmo prevenir disputas nas sociedades contemporâneas (CAPPELLETTI; GARTH, 1988).

O capítulo aqui apresentado possui a intenção de discorrer a respeito do que Santos (2011, p. 31) chama de “novos instrumentos de acesso ao direito e à justiça”. Segundo o autor, não são poucos os países que têm reformado seus sistemas judiciais e de processos, com o intuito de universalizar o acesso à justiça.

Cappelletti e Garth (1988) ressaltam que, num sistema jurídico moderno, igualitário, que pretende garantir de fato os direitos de todos, o acesso à justiça deve ser considerado requisito fundamental, sendo tratado, até mesmo, como o mais básico dos direitos humanos.

Para estes autores, os juristas necessitam reconhecer, atualmente, que as cortes não são mais a única forma de solução de conflitos a ser considerada, e lembram que a criação ou o encorajamento de alternativas ao sistema judiciário formal geram uma importante consequência sobre a forma como a lei opera – quem é beneficiado e qual o impacto social da mesma.

*Alternative Dispute Resolution (ADR)*, ou Modelos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC), é um termo utilizado para caracterizar uma variedade de processos que se apresentam como uma alternativa à resolução de conflitos pela via judicial (BROWN et al., 1998).

Embora verifique-se, atualmente, um aumento contínuo de processos nos tribunais, parece crescer, em parcela da sociedade, o descontentamento com a atuação da justiça, sobretudo por conta da “eternização” da duração dos processos. A demora parece ter se tornado aspecto estatisticamente mais preocupante, fazendo com que o Poder Judiciário, ao atuar de forma lenta, distancie-se de seu objetivo precípuo de garantia da justiça (OLIVEIRA, 2013).

Cappellletti e Garth (1988) recordam que, ao buscar a solução para um conflito por meio da via judicial, as partes costumam aguardar uma decisão por dois ou três anos, ou até mais. Esta demora acaba aumentando os custos do processo para as partes envolvidas, pressionando e fazendo com que aqueles economicamente mais fracos optem, muitas vezes, por abandonar suas causas ou, quando isso não ocorre, passem a admitir acordos cujos valores são muito inferiores ao que de fato teriam direito.

Neste contexto, Delduque (2015) afirma existir, atualmente, uma atmosfera favorável para os Modelos Alternativos de Resolução de Conflitos (MARC), entendidos como instâncias legitimadas para a solução de disputas sociais pelo próprio meio social, acabando por fornecer maior conscientização política e participação popular.

A autora vincula os MARC à cultura da pacificação, opondo-os à cultura hoje em voga em torno da necessidade de decisão judicial para que determinado conflito seja solucionado. Além, ressalta que a solução pacífica é sempre preferível, inclusive economicamente, preterindo, assim, a busca pelo aparato judicial.

Santos (2005) parece compartilhar da mesma opinião, ao considerar que tais mecanismos de solução de conflitos não seriam atentatórios da democracia, e sim agentes de democratização da sociedade.

Oliveira (2013) enxerga as *ADR* como um conjunto de instrumentos de gestão de conflitos sociais e de resolução de controvérsias que se apresentam como alternativa à judicialização.

Brown et al. (1998) recorda que o uso de meios extrajudiciais para a resolução de conflitos não é algo relativamente novo. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, os Modelos Alternativos de Resolução de Conflitos surgiram ainda nos anos 1970 e, desde então, cresceram rapidamente, até a institucionalização dos mesmos, na esteira do desenvolvimento de formas de resolução de conflitos capazes de reduzir custos e tempo nos litígios civis.

Segundo Vilar (2011), as *ADR* seriam consequência do “movimento de livre acesso à justiça”, surgido no direito estadunidense, cujo pleito precípua era o acesso de todos a um meio que lhes permitisse uma célere e eficaz solução para seus conflitos. Assim, ao buscar tal fim, propôs métodos alternativos de resolução de disputas às Cortes norte-americanas.

Defensores dos MARC perceberam o potencial destas formas extrajudiciais em solucionar problemas complexos, além de atenderem de forma mais adequada às necessidades das partes em conflito, reduzindo a dependência das mesmas ao Sistema Judiciário, fortalecendo as instituições civis, além de preservarem relacionamentos entre as partes, ensinando alternativas à via judicial ou, até mesmo, à violência para a resolução de controvérsias (BROWN et al., 1998).

Brown (1998) ressalta que, passadas cerca de quatro décadas, os MARC (ou *ADR*) têm sido implementados em diversos países para atender a uma ampla gama de objetivos, sejam eles sociais, legais, comerciais ou políticos.

De acordo com o *Alternative Dispute Resolution Practitioners Guide* (1998), tais mecanismos podem ser catalogados, genericamente, como negociações, mediações/conciliações e arbitragem.

No primeiro tipo, chamado de Sistema de Negociação, são criadas estruturas cujo intuito é facilitar a negociação direta entre as partes em conflito, sem que haja a intervenção de um terceiro. Já na mediação, há a presença de uma terceira parte no processo de disputa, cuja função seria a de mediar as partes conflituosas, ajudando a direcionar e estruturar um acordo. No entanto, estes mediadores não possuem autoridade para decidir pelas partes ou impor-lhes um acordo. Por fim, na arbitragem, há a participação de um terceiro elemento empoderado, no qual se concentra o poder decisório do litígio (BROWN et al., 1998).

Outra importante distinção refere-se aos modelos alternativos de resolução de conflitos vinculativos e não vinculativos. Enquanto nas formas “negociação” e “mediação” há a dependência da vontade das partes em conflito para o atingimento de um acordo – sendo classificadas, portanto, como formas não vinculativas - a arbitragem é híbrida, podendo ser vinculativa ou não vinculativa (BROWN et al., 1998).

Na arbitragem vinculativa, um terceiro elemento produz uma decisão que deverá ser respeitada e acolhida pelas partes, mesmo que elas discordem do resultado. Assim, assemelha-se muito a uma decisão judicial. Já as decisões obtidas nas arbitragens não vinculativas podem ser contestadas e rejeitadas pelas partes em conflito.

Além das classificações explicitadas nos parágrafos precedentes, há autores, como Dauer (2002), que dividem as *ADR* em três famílias, sendo elas as decisórias, as facilitadoras, além das híbridas ou consultivas.

Nas *ADR* decisórias, cujo exemplo é a arbitragem, uma terceira pessoa, neutra, escuta os argumentos e evidências apresentados por cada uma das partes e, então, emite uma decisão. As partes em conflito vinculam-se à decisão proferida pelo terceiro, independentemente do que o mesmo tenha decidido (DAUER, 2002).

Já nas *ADR* ditas facilitadoras – tendo a mediação como exemplo – um mediador gerencia todo o processo, podendo tentar persuadir e convencer as partes em disputa. Todavia, este não tem poder de tomada de decisão, recaindo esta responsabilidade nas próprias partes em disputa. Caberia, assim, às partes, mediadas por um terceiro, elaborar a resolução que poderá resolver o conflito. O objetivo do mediador não seria, portanto, o de eleger de forma autoritária a parte certa e a errada, mas auxiliá-las na busca por uma resolução que fará sentido para ambas (DAUER, 2002).

Podem ser elencadas como características das *ADR* facilitadoras, assim, a existência de uma terceira parte neutra, que media o diálogo entre as partes em disputa, com alto grau de confidencialidade, amplas possibilidades de propostas de resolução para determinado conflito, além do controle do resultado pelas partes conflitantes (DAUER, 2002).

Tem-se, ainda, a família de *ADR* classificada como híbrida ou, mais precisamente, consultiva. Aqui, a parte neutra que participa do processo consultivo elabora uma decisão após ouvir os argumentos de ambos os lados. Todavia, não se trata de decisão vinculativa, ou seja, as partes poderão aceitar ou rejeitar o que fora decidido pela parte neutra. Apesar de não ser vinculativa, a decisão emitida pela parte neutra se torna uma referência bastante útil e, muitas vezes, é bastante persuasiva, acabando por ser acatada no acordo entre as partes (DAUER, 2002).

Quadro 1 – Três famílias de ADR.

<b>Tipos</b>	<b>Exemplos</b>
1 – Decisionais	Arbitragem
2 – Facilitadoras	Mediação
3 – Consultivas	-

Fonte: Autoria própria.

Brown et al. (1998) destaca que, apesar de cada um destes modelos alternativos de resolução de conflitos possuírem características próprias, que os distinguem, compartilham entre si elementos comuns que os diferenciam das decisões judiciais, destacando-se a informalidade, a busca pela equidade, bem como a participação e comunicação direta entre as partes em conflito.

Segundo o autor, as ADR caracterizam-se por serem mais informais que os processos judiciais pois, na maioria dos casos, os procedimentos envolvendo estes processos extrajudiciais são bastante flexíveis. Esta informalidade acaba sendo atraente e importante no aumento do acesso à resolução de disputas para parcela da população que pode sentir-se intimidada ou incapaz de participar de modelos mais formais de resolução de disputas, além de serem capazes de reduzir o atraso e os custos da resolução de conflitos. Essa flexibilidade advinda da informalidade proporciona, ainda, maior amplitude para a concepção de acordos entre as partes.

Cappelletti e Garth (1988) parecem concordar, ao afirmarem que o formalismo e os ambientes intimidantes como o dos tribunais, associados a figuras vistas como opressoras – como os juízes e advogados – acabam passando a sensação de um mundo estranho aos indivíduos, sendo pouco atraentes.

Para Brown et al. (1998), não menos importante, as *Alternative Dispute Resolutions* são instrumentos relevantes para a aplicação do princípio da equidade – tratar igualmente os iguais e de forma diferenciada os desiguais – e não simplesmente seguir a regra/rigor da lei. Assim, cada caso é decidido por um terceiro, ou negociado diretamente entre as partes em conflito, levando-se em consideração as particularidades do caso analisado, e não apenas padrões legais aplicados de maneira uniforme a todos os casos.

Por fim, as ADR proporcionam uma participação mais direta das partes em conflito no processo, tornando-os agentes na construção do acordo, bem como diálogo mais direto entre estes, oportunizando a reconciliação dos mesmos (BROWN et al., 1998).

Apesar do impacto destas características ainda não estar muito evidente, defensores destas medidas extrajudiciais argumentam que o cumprimento – bem como a satisfação – dos acordos gerados pelas *ADR* são maiores que as decisões oriundas das ações judiciais.

### 3.5.1 A Mediação no âmbito da Saúde

A proposta de Mediação é conceituada em importantes documentos internacionais, a exemplo da Diretiva 2008/52 da União Europeia. Neste documento, o Parlamento Europeu deixa assente tratar-se de:

[...] procedimento estruturado, seja qual for seu nome ou denominação, em que duas ou mais partes em conflito tentam voluntariamente alcançar por si mesmas um acordo sobre resolução de um litígio com a ajuda de um mediador (UNIÃO EUROPEIA, 2008, p. 6).

Oliveira (2013) enxerga a mediação como um meio a ser utilizado para a redução dos conflitos judiciais entre cidadãos, que buscam seus direitos, e o Estado, provedor dos mesmos.

A autora caracteriza a mediação como um mecanismo extrajudicial, célere, consensual, com a intenção de promover a redução da judicialização dos conflitos no âmbito sanitário, no qual uma terceira pessoa, imparcial, escolhida ou aceita pelas partes, age no sentido de encorajar e facilitar a resolução de determinada divergência representando, assim, um mecanismo de solução de conflitos através do diálogo ponderado entre as partes, que busca uma alternativa eficaz e satisfatória de resolver os problemas do setor saúde. O mediador é, então, uma pessoa que auxilia na conciliação por meio do diálogo.

As mediações na saúde permitem que o conflito seja resolvido no âmbito da administração pública, com a participação ativa dos responsáveis pela elaboração e execução das políticas públicas do setor, além de contar com a participação de representantes dos usuários do Sistema, legitimando ainda mais o processo, por cumprir preceito constitucional da participação popular no SUS (OLIVEIRA, 2013).

Proporcionam, ainda, a troca de informações entre os atores participantes, prevalecendo a lógica da satisfação do resultado aos interesses de todos os envolvidos, de forma que todos se sintam vencedores, divergindo do que ocorre na via judicial, em que uma parte sai vencedora e a outra, perdedora (DINIZ, 2013).

Assim, Oliveira (2013) insiste que a proposta de mediação no setor saúde, uma vez implementada e sistematizada de forma adequada, torna-se importante meio de solução de conflitos, contando com ampla participação dos interessados, fundamentada no diálogo e na solidariedade entre os envolvidos na busca de uma eficaz solução.

### 3.5.2 Ação Institucional de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania

Conforme salientou-se, dentre os órgãos fiscalizadores da gestão pública de saúde no Brasil, destaca-se o Ministério Público, por ter recebido importante incumbência constitucional de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos aos serviços de relevância pública – dentre estes, os da saúde – assegurados na Carta Magna (BRASIL, 1988).

Santos (2011) destaca o avanço promovido pelo texto constitucional de 1988 ao Ministério Público, sobretudo com a ampliação de suas atribuições. O autor chama a atenção para o papel fundamental da instituição na estrutura do Estado Democrático de Direito.

A Constituição Federal de 1988, além de redefinir o papel institucional do Ministério Público, elegendo-o como instituição de defesa da sociedade, incumbido de zelar pela efetividade dos direitos fundamentais, conferiu ao mesmo diversos instrumentos de atuação que o permitem desempenhar suas atribuições em juízo ou fora dele (OLIVEIRA et al., 2014).

Como exemplos de ferramentas de atuação do Ministério Público, tem-se a Ação Civil Pública – atuação em juízo -, bem como o Inquérito Civil e o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC). Para Oliveira et al. (2014), tais instrumentos, uma vez à disposição dos membros da instituição, “permitiram que os mesmos adotassem estratégias inovadoras para a solução das demandas que são apresentadas, prestigiando uma atuação desburocratizada e voltada para a efetivação direta dos direitos fundamentais”.

Oliveira et al. (2014) afirma que os instrumentos extrajudiciais colocam o Ministério Público como uma instituição capaz de mediar os conflitos sociais, prestigiando uma atuação independente do Poder Judiciário na efetivação dos direitos fundamentais.

Ainda para o autor, “a afirmação do direito à saúde de forma mais legítima e coerente com a Constituição exige a construção de soluções compartilhadas e assentadas no diálogo entre todos os atores sociais envolvidos” (OLIVEIRA et al. 2015, p. 157).

Delduque e Castro (2015) destacam que a Constituição Cidadã, promulgada em 1988, apesar de consagrar a jurisdição como monopólio do Estado, não coloca empecilho para que sejam elaboradas e adotadas outras formas de solução de conflitos. Ressaltam, também, que alternativas viáveis ao acesso à justiça, senão por intermédio dos tribunais, vêm sendo elaboradas para pacificar os conflitos na área da saúde.

Lembram, ainda, que alguns destes modelos alternativos de resolução de conflitos pressupõem a adesão à cultura da pacificação, em oposição à cultura hoje existente em torno da necessidade de uma decisão judicial para que a controvérsia possa ser solucionada.

Por fim, relatam que, apesar de ainda ser uma ferramenta utilizada de forma acanhada no Brasil, a mediação tem demonstrado ser um potente instrumento de solução para as controvérsias de distintas naturezas, podendo ser utilizada no âmbito do SUS, com o intuito de dirimir controvérsias outrora solucionadas no âmbito do Poder Judiciário, em fóruns e instâncias distintas deste.

De acordo com Santos (2011), existem hoje, tanto no cenário internacional quanto em nosso próprio país, uma gama de iniciativas meritórias ainda pouco conhecidas, destacando a justiça itinerante, a justiça comunitária, os meios alternativos de resolução de litígios, a mediação, a conciliação judicial e extrajudicial, dentre outras.

Para o autor, o próprio Ministério Público tem sido o centro de frequentes notícias referentes à exitosas iniciativas, sobretudo as que se vinculam à proteção de direitos coletivos e difusos. No entanto, refere-se, também, à necessidade de realização de uma maior democratização desta instituição.

Em Minas Gerais, por conta do agravamento do processo de judicialização da saúde, o Ministério Público tem buscado a utilização de alternativas extrajudiciais para garantir o direito à saúde ao cidadão. Além das Recomendações e dos Termos de Ajustamento de Conduta (TAC), tem adotado, com cada vez mais frequência, as Mediações Sanitárias.

A Ação Institucional de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, foi criada pela Administração Superior do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, encontrando-se sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. Atualmente, está regulamentada por meio da Resolução PGJ N° 78, de 18 de setembro de 2012, como resposta à crescente demanda judicial na área da saúde.

O documento traz expresso, em seu artigo 2º, os objetivos das Mediações Sanitárias:

I – fomentar, através da celebração de Termos de Cooperação Técnica, a efetiva participação dos órgãos com atuação no direito à saúde – parceiros institucionais, públicos e privados, jurídicos ou não, nos âmbitos municipal, estadual e federal;

II – realizar reuniões, encontros, seminários, visitas técnicas e congêneres, em caráter itinerante, em todo o território do Estado de Minas Gerais;

III – propor soluções, por consenso de seus executores, para resolução de complexas demandas da saúde, com repercussão coletiva, visando evitar a judicialização da política de saúde;

IV – fomentar a construção permanente, pelos gestores, de políticas públicas universais, integrais e igualitárias na área da saúde;

V – fomentar a implementação, pelos gestores, das políticas públicas já existentes, de forma a evitar desnecessária judicialização da política de saúde (Minas Gerais, 2012).

As Mediações Sanitárias surgem, portanto, por conta de duas percepções do Ministério Público Mineiro, quais sejam: a crítica generalizada quanto ao aumento da judicialização da saúde, sobretudo pela atuação judicial reflexiva e demandista; além do reconhecimento da necessidade de se reorganizar as ações e serviços de saúde no Estado, no âmbito regional, de forma solidária (ASSIS, 2013).

Neste processo, Assis (2013) destaca o moderno papel de atuação da instituição mineira, ao estabelecer-se como mediador no âmbito coletivo, regionalizado, sendo capaz de promover a interação democrática dos diversos atores sociais envolvidos com a saúde pública no Estado. A Mediação Sanitária tem como um de seus principais objetivos a discussão dos diversos problemas coletivos de saúde, no âmbito micro ou macrorregional, permitindo uma interação democrática entre os participantes. São, portanto, uma proposta de implementação de espaços democráticos, compostos pelos diversos atores envolvidos na implementação do direito fundamental à saúde, com ênfase na solidariedade da resolução dos problemas. Têm como alvo a discussão dos diversos problemas coletivos de saúde, contanto com a interação entre os participantes, estabelecendo a aproximação de saberes e vivências, reduzindo conflitos e tensões. Sua essência está na busca da solução dos problemas de saúde através da responsabilização coletiva dos atores incumbidos de organizar as ações e serviços de saúde.

Aqui, torna-se relevante a explicação ofertada por Assis (2015), promotor de justiça, coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais, e idealizador da Ação institucional de Mediação Sanitária: “a Mediação Sanitária é uma ação institucional que funciona de forma solidária, compartilhada, democrática, na busca de resultados por consenso, com a participação de vários atores, jurídicos ou não”.

Assis (2013) reforça que o essencial é a busca da solução dos problemas coletivos de saúde pela responsabilização coletiva, ao invés da responsabilização sem a solução dos problemas.

Possuindo como escopo a atuação no direito à saúde em todo o Estado, as Mediações Sanitárias contam com a participação de atores diversos, como a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), a Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa mineira, o Tribunal de contas de Minas Gerais (TCE/MG), a Federação das Santas Casas e Entidades Filantrópicas de Minas Gerais (FEDERASANTAS), dentre outros, integrando uma verdadeira “caravana da saúde” (ASSIS, 2015).

Adota-se, portanto, a perspectiva de uma agenda positiva e solidária na construção da política pública da saúde, contando com a participação de todos os atores envolvidos direta ou indiretamente com a mesma.

Na prática, as Mediações Sanitárias podem ocorrer de ofício ou por provocação. Quando provocadas – podendo ser solicitadas por quaisquer dos atores sociais envolvidos com as políticas públicas de saúde – leva-se em consideração as especificidades do problema que, normalmente, já se encontra instalado, por vezes até mesmo judicializado, gerando tensão e conflito. Já quando de ofício, possui natureza preventiva, contando com prévio planejamento estratégico para atuação solidária, em cada uma das regiões de saúde do Estado, propondo e auxiliando na reorganização das ações e serviços de saúde (ASSIS, 2013).

Delduque (2015) parece acreditar nesta proposta ao sugerir sua ampliação por meio da construção de núcleos de mediação sanitária, no âmbito das Secretarias de Saúde, em todos os níveis, para operar a mediação interna ao Sistema e externa, com seus usuários, transformando-a em um novo paradigma, capaz de substituir a litigância e a judicialização na maioria dos casos.

Diante do exposto, percebe-se que, apesar de não haver consenso acerca do fenômeno da judicialização da saúde, parece caminhar para a unanimidade o fato de que seu excesso e sua falta de critérios têm atrapalhado cada vez mais a gestão pública do setor saúde, tornando-se um novo obstáculo a ser superado. Além disso, o atuar solitário de gestores e ordenadores do direito, com a fragmentação de seus saberes, não tem sido mais capaz de garantir efetivamente o direito à saúde que, apesar de proporcionar o acesso no caso individual, tem colocado o SUS em xeque. É preciso avançar para novas formas de atuação no Sistema. Assim, tanto as pesquisas que tratam da temática, quanto as próprias instituições que atuam perante o sistema público de saúde - com destaque para o Ministério Público - têm apontado para novas tentativas de atuação na resolução de problemas e conflitos no SUS, um sistema complexo que parece exigir, cada vez mais, o compartilhamento de saberes e responsabilidades entre os atores que atuam diante do mesmo.

## 4 METODOLOGIA

Severino (2007) frisa que, quaisquer que sejam as distinções que se possam fazer para caracterizar as várias formas de trabalhos científicos, todos eles têm em comum a necessária precedência de um trabalho de pesquisa e de reflexão que seja pessoal, autônomo, criativo e rigoroso. O autor lembra, ainda, que o termo “pessoal” possui imbricado o sentido de que a temática escolhida pelo pesquisador deve ser realmente uma problemática vivenciada pelo mesmo, dizendo-lhe respeito, não no nível sentimental, mas sobretudo no nível da avaliação da relevância e da significação de sua relação com o universo que o envolve.

A pesquisa qualitativa, para Godoy (1995), envolve a captação de dados capazes de descrever processos através da interação direta do pesquisador com a situação estudada, onde os fenômenos são compreendidos por meio da perspectiva dos participantes da situação em estudo.

Silva et al. (2004) explicam que a pesquisa qualitativa é utilizada quando se visa compreender o significado que determinados acontecimentos e interações têm para os indivíduos.

Câmara (2013) reforça esta concepção, ao afirmar que trabalhos científicos que buscam averiguar o modo como as pessoas consideram determinada experiência, ideia ou evento são característicos de pesquisas qualitativas, exemplificando como dados qualitativos as citações diretas de pessoas acerca de suas experiências.

Flick (2009) argumenta que a pesquisa qualitativa passou a possuir características próprias, interessando-se pelas perspectivas dos participantes em suas práticas do dia a dia, bem como em seu conhecimento cotidiano referente à questão tida como foco do estudo, não se tratando mais, portanto, de mera “pesquisa não quantitativa”.

Creswell (2007) parece não apenas concordar, como frisa que os procedimentos que são utilizados em uma pesquisa qualitativa diferem significativamente daqueles utilizados nos trabalhos quantitativos. O autor lembra que os trabalhos qualitativos empregam distintas alegações de conhecimento, bem como diversas estratégias investigativas, além de variados métodos de coleta e análise de dados. Ainda, explica que, no estudo científico qualitativo, não há como evitar as interpretações pessoais do pesquisador. Na verdade, o mesmo faz uso destas interpretações para chegar a uma conclusão em sua pesquisa (CRESWELL, 2007).

Esta foi a perspectiva adotada pelo presente estudo. Trata-se, assim, de uma pesquisa qualitativa, do tipo Estudo de Caso.

Em relação ao Estudo de Caso, Gil (2009) recorda se tratar de um dos vários modelos para produção do conhecimento disponíveis. Este costuma ser utilizado quando se tem o objetivo de obter uma visão mais clara de fenômenos que foram pouco estudados até então.

Yin (2015), complementa, ao lembrar que este modelo de estudo pode ser utilizado para explorar situações nas quais a intervenção alvo de análise não possui resultados simples.

O modelo possui diversas vantagens, como a possibilidade de aprofundamento no estudo de determinado fenômeno, considerando o mesmo em suas múltiplas dimensões. Torna possível ao pesquisador, ainda, a investigação de fenômenos que não são passíveis de serem estudados em laboratório. Além disso, outra importante marca dos estudos de caso é a capacidade de estimulação a novas pesquisas. Isto porque nem sempre os resultados alcançados em um trabalho são conclusivos. Assim, acabam gerando inquietações nos pesquisadores, encorajando-os no desenvolvimento de novos estudos. Adequa-se, ainda, aos trabalhos científicos qualitativos por levarem em consideração a perspectiva dos membros envolvidos nos fenômenos que são alvo do estudo. Preocupam-se, também, com processos relacionados a mudanças, tendo como foco fenômenos contemporâneos (GIL, 2009).

Outra vantagem marcante dos Estudos de Caso é seu traço flexível. Esta característica permite ao pesquisador adotar uma variada gama de técnicas de coleta de dados - a exemplo das entrevistas e análise documental - utilizando-se múltiplas fontes de evidências, o que garante a qualidade das informações obtidas. No entanto, apesar de não apresentar a rigidez de outros modelos de estudo, possui princípios e regras que devem ser observados, como a formulação e delimitação do problema, seleção da amostragem, bem como o detalhamento dos procedimentos para coletar e analisar dados (GIL, 2009).

Portanto, este trabalho acadêmico pretende averiguar possíveis contribuições que o fenômeno contemporâneo das Mediações Sanitárias - processo extrajudicial recentemente criado e adotado pelo Ministério Público de Minas Gerais como uma alternativa à resolução de conflitos por meio da via judicial - trouxe para duas Regiões de Saúde de Minas Gerais. Através de fontes variadas de evidências - documentos, entrevistas e indicadores de saúde - pretende-se entender o que motivou a adoção das mesmas, a percepção dos atores envolvidos, bem como quais foram as possíveis contribuições destas medidas em dois territórios sanitários mineiros específicos - São Lourenço e Três Pontas.

Com a intenção de reduzir as possíveis lacunas científicas na pesquisa que se apresenta, os tópicos elaborados a seguir tratarão de detalhar o percurso trilhado por este trabalho, trazendo expressos a estratégia, os métodos e técnicas empregadas no mesmo.

## 4.1 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para Yin (2015), têm ganhado cada vez mais relevância nos Estudos de Caso os princípios da coleta de dados, destacando-se a utilização de várias – ao menos duas – fontes de evidências.

Assim, conforme detalhado adiante, este trabalho adotou como fonte de evidências as entrevistas semiestruturadas realizadas com os partícipes das reuniões de mediação Sanitária ocorridas em São Lourenço e Três Pontas, além do conteúdo das atas destas reuniões. Ainda, foram coletados dados secundários (indicadores de saúde específicos), obtidos por meio de tabulador disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

### 4.1.1 Entrevistas

As entrevistas se caracterizam como uma eficiente técnica para obtenção de dados acerca dos mais variados aspectos. São flexíveis, o que possibilita, por exemplo, o esclarecimento das perguntas aos entrevistados. Possuem, também, a capacidade de serem adaptadas às pessoas e circunstâncias em que são realizadas. Por conta dessas características, acabam por se tornarem fundamentais na coleta de dados (GIL, 2009).

As entrevistas permitem uma interação entre o pesquisador e o pesquisado, sendo possível apreender o que os sujeitos sabem, pensam, sentem, desejam ou esperam de determinado tema (SEVERINO, 2007).

Possuem a capacidade de fornecimento de dados cujo conteúdo é formado por reflexões do próprio sujeito sobre a realidade vivenciada, podendo ser obtidos somente com a contribuição da pessoa (MAYO, 2014).

Nas entrevistas semi-estruturadas, é possível combinar perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema em pauta sem se prender à indagação previamente elaborada. No entanto, o pesquisador obedece a um roteiro previamente elaborado, e se apoia na sequência das questões, o que facilita a abordagem, e assegura que suas hipóteses serão cobertas na conversa (MAYO, 2014).

Assim, este estudo científico optou por adotar a técnica da entrevista para extrair de alguns dos atores envolvidos com a Mediação Sanitária suas percepções acerca do tema. Para

isso, aderiu ao proposto por Yin (2015), que sugere que entrevistas devem ser realizadas de acordo com a disponibilidade de horário do entrevistado, e não com o horário disponível para o pesquisador.

Faz-se oportuno, neste momento, explicar como se deu a identificação dos sujeitos entrevistados. Seguindo o regramento ético das pesquisas científicas, optou-se por não realizar a identificação dos indivíduos pelos nomes, mas sim por meio de uma codificação, que funciona da seguinte forma:

- a) caso o indivíduo possua vínculo com o Poder Executivo, sua identificação é realizada pela letra E, seguida dos números cardinais 1, 2, 3 e assim sucessivamente, representando a ordem em que tais indivíduos foram entrevistados;
- b) para os indivíduos pertencentes ao Poder Legislativo, utilizou-se a letra L, também seguida dos números cardinais, representando a ordem das entrevistas;
- c) os representantes do Poder Judiciário foram identificados pela letra J, seguida do número cardinal referente à ordem da entrevista;
- d) para aqueles que se vinculam ao Ministério Público, adotou-se a letra M, seguida do numeral cardinal;
- e) por fim, aqueles que se vinculam ao setor privado foram identificados pela letra P.

As entrevistas foram gravadas – com a prévia autorização dos entrevistados – e, posteriormente, transcritas. Foram realizadas pessoalmente ou, na impossibilidade, por meio de telefonema. Decidiu-se por não realizar as entrevistas por escrito, pois pressupôs-se que esta ação poderia limitar o conteúdo das respostas.

Os indivíduos entrevistados foram selecionados por meio da Teoria da Amostragem. Tal fato deveu-se por conta da quantidade expressiva de atores participantes das reuniões de Mediação Sanitária – cerca de 22 (vinte e duas) pessoas na reunião ocorrida em Três Pontas, e 52 pessoas na reunião de São Lourenço, tornando-se inviável considerá-los em sua totalidade. Sobre esta decisão, Gil (2009) reforça ser comum, em Estudos de Caso, a utilização de uma parcela dos elementos que compõem o universo pesquisado. Flick (2009) parece concordar, ao explicar que, na pesquisa qualitativa, ora se utiliza amostragens mais formais, ora mais flexíveis, de acordo com as necessidades surgidas durante a elaboração do trabalho científico.

Dentre os tipos de amostragem disponíveis, fora utilizada a Amostragem por Acessibilidade ou Conveniência, por permitir, de acordo com GIL (2010), maior liberdade ao pesquisador na seleção da população, sobretudo quanto aos elementos a que o mesmo tem acesso. O autor ressalta, ainda, que este tipo de amostragem – por acessibilidade ou conveniência – aplica-se perfeitamente a estudos qualitativos.

Assim, inicialmente, pretendia-se entrevistar ao menos dois indivíduos vinculados a cada um dos Três Poderes, além do Ministério Público e do Setor Privado, de acordo com a possibilidade de acesso aos mesmos, para se ter uma percepção heterogênea dos partícipes quanto à medida extrajudicial de Mediação Sanitária. No entanto, no decorrer da realização das entrevistas – 8 (oito) ao todo – passou-se a utilizar, também, a chamada Amostragem por Saturação técnica que, segundo Fontanella et al. (2008), serve para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, suspendendo a inclusão de novos participantes quando, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos passam a apresentar redundância ou repetição, não sendo, portanto, interessante persistir na coleta dos mesmos, por não contribuírem de forma significativa para a reflexão teórica que se fará.

Ressalta-se que a avaliação da saturação é realizada através de um processo contínuo de análise dos dados coletados, até que se atinja determinado momento em que relativamente poucas novas informações são apresentadas. Assim, durante o processo de coleta dos dados, a saturação ocorre quando os dados novos coletados não mais contribuem para o adensamento da discussão realizada, e tal situação decorre do juízo consciente do próprio pesquisador (FONTANELLA, 2008).

O roteiro de entrevista utilizado encontra-se disponível no Apêndice A deste trabalho, para consulta, e divide-se em caracterização pessoal e profissional da amostra, e o roteiro de perguntas propriamente dito.

Para análise dos conteúdos dos relatos coletados por meio das entrevistas, fez-se uso da técnica de Análise de Conteúdo que, conforme explica Bardin (1977), tem como foco a qualificação das vivências dos sujeitos, além de suas percepções acerca de determinado objeto e seus fenômenos. Silva e Fossá (2015) reforçam tratar-se de uma técnica capaz de analisar as comunicações, buscando o entendimento do que fora dito em entrevistas ou em observações realizadas pelo pesquisador. Há, então, a classificação do material estudado em temas ou categorias capazes de auxiliar na compreensão do que está por trás dos discursos.

A técnica da Análise de Conteúdo é costumeiramente subdividida em três fases ou etapas fundamentais: a pré-análise; a exploração do material ou codificação; e o tratamento dos resultados obtidos, através do uso de inferências e interpretações (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Na primeira etapa, dita “fase de pré-análise”, além da escolha e organização do material e documentos a serem utilizados – como a realização da transcrição das entrevistas e a separação dos documentos (constituição do *corpus*) - é realizada a chamada leitura flutuante. Ocorre, portanto, um primeiro contato com o material (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Na sequência, há a “exploração do material” propriamente dita. Nesta fase ou etapa, o pesquisador busca encontrar categorias, que podem ser constituídas por palavras ou expressões carregadas de significados – as chamadas “unidades de registro”. É realizado, portanto, o processo de categorização – agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas - onde o texto transcrito é reduzido a palavras ou expressões significativas que são, na sequência, classificadas (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Por fim, a última etapa consiste no “tratamento dos resultados” por meio da inferência e da interpretação, onde são captados os manifestos e latentes extraídos do *corpus* da pesquisa (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Por meio das entrevistas e levando-se em consideração os objetivos perseguidos com a pesquisa, foram definidas, então, duas categorias básicas: uma relacionada ao fenômeno da judicialização da saúde, e outra vinculada à medida extrajudicial de Mediação Sanitária.

Estas categorias foram posteriormente divididas em subcategorias, cujas descrições e/ou propósitos encontram-se expressos nos quadros abaixo. Cada uma dessas subcategorias abarcou as unidades de registro vinculadas a cada uma delas.

Quadro 2 – Categoria Judicialização da Saúde

<b>Categoria Judicialização da Saúde</b>	
<b>Subcategoria 1</b>	
Percepções positivas – que apoiam o fenômeno da judicialização da saúde	Trata-se de identificar, nas entrevistas, as opiniões dos atores envolvidos com a efetivação do direito à saúde acerca de possíveis benefícios oriundos judicialização no SUS, como a possibilidade de efetivar o direito à saúde no caso concreto.
<b>Subcategoria 2</b>	
Percepções negativas – que condenam a interferência do Judiciário no Sistema de Saúde	Identificação, nas entrevistas, do impacto negativo interpretado pelos atores envolvidos com o direito à saúde quanto à resolução de conflitos do SUS por meio da via judicial, e seus impactos na gestão e organização do Sistema.

Fonte: Elaboração própria, a partir do referencial teórico e objetivos da pesquisa.

Quadro 3 – Categoria Mediação Sanitária

<b>Categoria Mediação Sanitária</b>	
<b>Subcategoria 1</b>	
Motivo de Realização da Mediação no território	Identificação das situações que motivaram a realização da Mediação Sanitária nos territórios estudados.
<b>Subcategoria 2</b>	
Contribuições das Mediações para o SUS loco-regional	Identificação, nas entrevistas, de possíveis resultados advindos das reuniões de Mediação Sanitária estudadas – sobretudo para resolução de problemas e reorganização das Redes de Atenção à Saúde, além da mudança de processo de trabalho na busca por solução dos entraves do Sistema.
<b>Subcategoria 3</b>	
Percepção dos atores envolvidos acerca da medida extrajudicial Mediação Sanitária	Averiguar se os atores envolvidos no processo percebem as Mediações Sanitárias como uma alternativa efetiva à judicialização para a resolução de problemas/conflitos no SUS, bem como sua percepção acerca das capacidades e limitações da mesma.
<b>Subcategoria 4</b>	
Entraves percebidos acerca do processo extrajudicial	Identificar possíveis fatores dificultadores da implementação desta nova forma de solução de problemas/conflitos no SUS.

Fonte: Elaboração própria, a partir do referencial teórico e objetivos da pesquisa.

A análise de conteúdo pormenorizada das entrevistas, com as unidades de registro selecionadas divididas em subcategorias, pode ser acessada no Apêndice C desta pesquisa.

#### 4.1.2 Pesquisa Documental

A análise de documentos, segundo Godoy (1995), pode ser utilizada como técnica complementar, com o intuito de validar e aprofundar dados obtidos através de entrevistas.

Gil (2009) classifica documento como “qualquer fonte de documentação já existente, qualquer vestígio deixado pelo ser humano”. Para o autor, é imprescindível a realização de consultas a fontes documentais em Estudos de Caso, sobretudo porque esta ação pode auxiliar o pesquisador na elaboração das pautas a serem utilizadas nas entrevistas. Têm a capacidade, ainda, de complementar informações obtidas por meio de outras fontes de coletas de dados, confirmando resultados obtidos mediante outros procedimentos.

Yin (2015, p. 88) parece consentir, afirmando que “o uso mais importante dos documentos é corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes”. Exemplifica, ainda, documentações utilizadas em Estudos de Caso – memorandos, documentos administrativos, minutas de reuniões, dentre outros.

Parte da metodologia utilizada neste trabalho teve fundamento na pesquisa documental que, segundo Severino (2007), tem por objeto os conteúdos dos textos que ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, ou seja, constituem a matéria prima a partir da qual o pesquisador irá desenvolver sua investigação e análise.

Assim, para a realização deste trabalho acadêmico, propôs-se a realização de pesquisa documental das atas referentes às duas reuniões tidas como referência para este estudo, as quais encontram-se disponíveis no sítio eletrônico do Ministério Público <sup>3</sup>mineiro. Aqui, a intenção inicial é de identificação dos motivos pelos quais convocou-se as duas reuniões de Mediação Sanitária tomadas como foco para a pesquisa, bem como quais foram os atores envolvidos nas mesmas. Após a identificação das pautas/temas debatidas e encaminhamentos pactuados, pretendeu-se verificar se a Mediação Sanitária foi capaz de solucionar os problemas que se apresentavam.

Portanto, foram obtidos os seguintes dados, a partir da análise dos documentos citados:

- a) identificação do órgão responsável pela Mediação Sanitária – coordenador/mediador da reunião;
- b) identificação da data e local da reunião de Mediação Sanitária;
- c) identificação dos temas previamente definidos, a serem pautados na reunião, à época do convite;
- d) identificação dos atores convidados para participarem da reunião;
- e) identificação dos atores efetivamente participantes da reunião, bem como dos poderes e órgãos os quais se vinculam, além das funções exercidas;

---

<sup>3</sup> Disponível em <<https://www.mpmg.mp.br/areas-de-atuacao/defesa-do-cidadao/saude/apresentacao/>>. Acesso em: 01 out. 2015.

- f) identificação das decisões e encaminhamentos proferidos/pactuados na reunião de Mediação Sanitária.

#### 4.1.3 Dados obtidos por meio de fontes secundárias

Yin (2015) afirma que Estudos de Caso não devem apresentar conclusões baseadas exclusivamente em dados obtidos por meio de entrevistas. Em complemento, Godoy (1995) lembra que, ainda que os Estudos de Caso possuam caráter essencialmente qualitativo, podem comportar dados quantitativos para iluminar certos aspectos da questão investigada. No entanto, frisa que, nestes casos, o tratamento estatístico não é tão sofisticado quanto o realizado em pesquisas quantitativas.

Assim, este estudo optou por fazer uso, também, de dados secundários, e tomou como referência o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Ministério da Saúde, para o período de 2013-2015. Este documento definiu um rol de 13 (treze) diretrizes, 18 (dezoito) objetivos e 67 (sessenta e sete) metas e indicadores a serem pactuados para o aludido intervalo.

Parte deste rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, por terem relação direta com encaminhamentos propostos nas reuniões de Mediação Sanitária que são alvos desta pesquisa, serviram de referência para a investigação que se propõe.

Foram utilizados, assim, 3 (três) diretrizes, 4 (quatro) objetivos e 10 (dez) metas/indicadores que estão descritos nos quadros a seguir, considerados essenciais no processo de monitoramento e avaliação da situação de saúde das regiões, permitindo a realização de uma análise comparativa de desempenho, proporcionando a extração de informações de condições de saúde da população por meio de sua interpretação.

Quadro 4 – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Atenção Básica. (continua)

---

#### **DIRETRIZ**

---

1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da Atenção Especializada.

---

#### **OBJETIVOS**

---

1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Básica

Quadro 4 – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Atenção Básica. (conclusão)

1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da Atenção Especializada

**METAS**

1/U - Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

2/U - Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica

4/U - Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal

11/E - Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado

**INDICADORES**

1/U - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

2/U - Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica

4/U - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal

11/E - Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado

Fonte: Adaptado de Caderno de Diretrizes, Objetivos metas e Indicadores 2013-2015 – Ministério da Saúde.

Quadro 5 – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Rede de Urgência e Emergência (continua)

**DIRETRIZ**

2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e Centrais de Regulação, articuladas a outras Redes de Atenção

**OBJETIVOS**

2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências

2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS

**METAS**

13/E - Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas

Quadro 5 – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Rede de Urgência e Emergência

(conclusão)

14/E - Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

15/E - Reduzir óbitos em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva

16/E - Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192)

17/E - Aumentar o percentual de internações de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador

**INDICADORES**

13/E - Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente

14/E - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

15/E - Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

16/E - Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192)

17/E - Proporção das internações de urgência e emergência reguladas

Fonte: Adaptado de Caderno de Diretrizes, Objetivos metas e Indicadores 2013-2015 – Ministério da Saúde.

Quadro 6 – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Rede de Atenção Psicossocial

**DIRETRIZ**

4 - Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas

**OBJETIVO**

4.1 - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais

**META**

29/E - Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

**INDICADOR**

29/E - Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial

Fonte: Adaptado de Caderno de Diretrizes, Objetivos metas e Indicadores 2013-2015 – Ministério da Saúde.

Os resultados dos indicadores – variáveis tomadas como referência neste estudo - foram extraídos do sítio eletrônico do Ministério da Saúde, para o intervalo 2013-2015 - ou seja, um ano e meio antes e um ano e meio após a realização das reuniões de Mediação Sanitária em Três Pontas e São Lourenço, para fins de comparação do comportamento dos mesmos entre os períodos que antecederam e sucederam as reuniões - por meio da ferramenta Tabnet<sup>4</sup>, elaborada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e disponibilizada gratuitamente pelo mesmo, para análise de sua evolução e interpretação da situação de saúde da população das regiões tomadas como propósito desta pesquisa.

Ainda, foram utilizados como referência dados obtidos através do Sistema de Informações Estratégicas do Judiciário, ferramenta disponibilizada pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, cuja finalidade consistiu em avaliar o comportamento do fenômeno da judicialização da saúde nas regiões de São Lourenço e Três Pontas.

Por fim, recorreu-se, também, a dados relacionados aos gastos com saúde pelo Estado, os quais foram obtidos por meio do Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais<sup>5</sup>.

## 4.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A tarefa de analisar e interpretar dados é tida como complexa em um Estudo de Caso, sobretudo por não existir consenso quanto aos procedimentos adotados (GIL, 2009), tratando-se do item metodológico que mais carece de sistematização (GIL, 2002).

No entanto, na tentativa de extrair informações relevantes dos dados coletados por meio das fontes já mencionadas, este trabalho adotou a Técnica da Triangulação que, segundo Flick (2009), é bastante utilizada quando se discute questões de qualidade, implicando na assunção de distintas perspectivas acerca de uma questão em estudo, por meio da combinação de diferentes tipos de dados.

Por meio da Triangulação de Dados – que utiliza diferentes fontes de dados, pesquisando determinado fenômeno em momentos e localizações diferentes, com pessoas distintas – optou-se por estudar duas reuniões de Mediação Sanitária ocorridas em territórios distintos, com atores diversos, além da adoção de dados primários e secundários na análise e discussão.

Assim, a partir do relato dos atores envolvidos nas reuniões em questão, associado aos

---

<sup>4</sup> Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

<sup>5</sup> Disponível em: <<http://www.transparencia.mg.gov.br/>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

encaminhamentos expressos nas atas, bem como o relacionamento destes com indicadores de saúde, pretendeu-se averiguar quais foram as possíveis contribuições das Mediações Sanitárias para o SUS.

Então, na discussão da pesquisa, os dados obtidos por meio dos métodos de coleta foram cruzados, de forma que um complementasse o outro, com o intuito final de enriquecer o trabalho realizado.

### 4.3 O CENÁRIO DO ESTUDO

Por conta da considerável extensão territorial do estado de Minas Gerais, foi realizado recorte que tornasse esta pesquisa viável. Tomando como referência o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, atualizado e publicado em 2014, que dividiu o território mineiro em 13 (treze) Regiões Ampliadas de Saúde e em 77 (setenta e sete) Regiões de Saúde, foi selecionada a Região Ampliada de Saúde Sul (RAS-SUL) para ser a referência deste trabalho.

A RAS-SUL é constituída por quatro grandes polos regionais – Alfenas, Passos, Pouso Alegre e Varginha. Este estudo teve como foco o polo de Varginha, onde se localiza o *campus* da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG), local onde é ministrado o mestrado em Gestão Pública e Sociedade.

Por seu turno, este polo de região de saúde possui como órgão estadual regulador da saúde a Superintendência Regional de Saúde de Varginha – SRS/Varginha, que possui sob sua jurisdição 5 (cinco) Regiões de Saúde – Lavras, São Lourenço, Três Corações, Três Pontas e Varginha, perfazendo um total de 50 municípios.

Dentre as supramencionadas Regiões de Saúde, buscou-se a informação, através do sítio eletrônico do Ministério Público de Minas Gerais, a respeito de onde teriam ocorrido reuniões de Mediação Sanitária. Assim, segundo os documentos disponibilizados no aludido *site*, foram realizadas reuniões de mediação nos municípios polos de região de saúde de São Lourenço e Três Pontas, os quais foram selecionados para serem estudados nesta pesquisa.

#### 4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho respeitou todas as exigências contidas na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, complementada pela Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, sendo sua realização aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (Parecer 2.137.908/2017 – Anexo A).

A coleta de dados primários e secundários foi autorizada pelo Ministério Público de Minas Gerais através de Termo de Anuência Institucional (ANEXO B) e os sujeitos entrevistados aceitaram participar livremente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para Mendes (2017), apesar de não ser uma obrigação do Poder Judiciário a formulação de políticas públicas na saúde, é sua função a averiguação da compatibilidade das políticas planejadas e executadas pelos órgãos competentes do setor quanto ao seu atendimento aos preceitos constitucionais da universalidade e acesso igualitário às ações e serviços de saúde.

O autor lembra que são variadas as hipóteses de geração de conflito entre o usuário das políticas públicas que devem concretizar o direito constitucional à saúde, e o Estado. Assim, caberia ao Poder Judiciário identificar quais razões fizeram o Poder Público negar a prestação deste serviço ao cidadão (MENDES, 2017).

Barroso (2014) aborda, também, a questão da finitude do orçamento do setor saúde, e lembra que não é raro que a destinação de recursos para atender a uma determinação judicial acabe por comprometer recursos que seriam destinados a ações e serviços de saúde ofertados a outros cidadãos.

Em Minas Gerais, ao consultarmos o Portal da Transparência do Governo Estadual, verificamos gastos crescentes oriundos do Fundo Estadual de Saúde com ações judiciais para o setor. Os gastos para atendimento às demandas provenientes do Poder Judiciário – cujo intuito é garantir ao cidadão mineiro o direito à saúde – saltaram de cerca de 49 milhões de reais em 2010, para quase 160 milhões de reais em 2014 (TABELA 1).

Tabela 1 - Despesas do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais com sentenças judiciais - 2010 a 2015 – em Reais.

2010	2011	2012	2013	2014	2015
49.679.077,72	80.364.481,89	98.823.485,95	159.871.825,71	159.830.137,19	117.366.287,86

Fonte: Portal da Transparência – Governo de Minas Gerais.

Por conta da relevância do tema, bem como por ser uma das justificativas que tem sido utilizada pelos defensores de medidas extrajudiciais para se avançar na proposta de uma nova abordagem para os problemas de saúde, o assunto foi abordado nas entrevistas realizadas com os participantes das Mediações Sanitárias que são o foco deste estudo. A percepção destes atores quanto ao fenômeno crescente da judicialização no setor saúde foi categorizado – subcategorias

percepções positivas e percepções negativas - e algumas unidades de registro demonstraram que parte considerável destes atores enxerga a judicialização como mais um problema a ser enfrentado pelo SUS, sobretudo pela falta de critérios, excessividade e, ainda, caráter autoritário e unilateral das decisões proferidas por magistrados e membros do Ministério Público.

No entanto, as percepções dos entrevistados pareceram seguir o debate brasileiro a respeito do tema – havendo diferentes posições jurídicas decorrentes do direito fundamental à saúde - pois, apesar dos argumentos negativos, identificou-se também posicionamentos favoráveis a respeito do fenômeno.

Cabe ressaltar que, em pesquisas qualitativas, é natural que indivíduos tenham percepções peculiares e distintas acerca da realidade e do fenômeno estudado, a depender da posição dos mesmos frente ao que é pesquisado (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2004).

Assim, há também o reconhecimento de que a judicialização é consequência de imprecisões do próprio Sistema. A subcategoria de análise de conteúdo intitulada “Percepções Positivas da Judicialização da Saúde” mostra que alguns atores atribuem o fenômeno a falhas do próprio SUS. E2, por exemplo, afirmou que “a judicialização é uma amostra clara e precisa de que o Sistema está falhando”. E3 possui percepção semelhante, ao asseverar que “a judicialização acaba sendo o reflexo de uma falha do Sistema, que não consegue fornecer aquilo que deveria e que já é um direito do cidadão”. E6 complementou, lembrando que “a judicialização é reflexo da ausência de efetividade da política pública do SUS”. Por fim, E5 foi ainda mais enfática, considerando a judicialização, muitas vezes “necessária [...] pois por um lado é legítima e fundamental a necessidade de assegurar o direito do cidadão à saúde”.

Haveria, portanto, a necessidade de intervenção do Poder Judiciário para realizar a promessa constitucional de prestação dos serviços de saúde a todos os que deles necessitem (BARROSO, 2007).

Na subcategoria “Percepções Negativas da Judicialização da Saúde” criada, não são poucas as unidades de registro que expressaram grande descontentamento com o fenômeno. E1, por exemplo, explicou que “[...] isso prejudica a nossa estruturação, porque a gente programa uma coisa e com a judicialização a gente tem que deslocar recurso para uma ação inesperada”. E2 possui entendimento semelhante, afirmando que “[...] então eu planejo o que não faço, e faço o que não planejei”.

Desta forma, o Judiciário passa a exercer influência direta no orçamento público, sem se dar conta dos reais impactos que cada decisão causa ao planejamento da administração pública (MENDES, 2017).

Uma possível falta de critérios também foi abordada pelos entrevistados. Conforme percebe E1:

[...] a judicialização, em muitos casos, não segue os parâmetros do SUS. Segue os parâmetros do atendimento particular, da necessidade do usuário que tem condição financeira de procurar essas instâncias para conseguir que judicialize o município. Eu acho que a judicialização deveria ser mais voltada para seguir normativas do SUS. Se a gente não conseguisse atender o SUS, que fosse judicializado.

A principal argumentação refere-se à necessidade da imposição de regras e procedimentos, por parte da Administração, para que haja maior racionalidade no uso dos recursos públicos (MACHADO, 2014).

É o que argumentou E1, ao lembrar que:

[...] a gestão municipal trabalha voltada sempre na programação de tudo, e quando acontece a judicialização, ela atrapalha o que foi planejado, porque a gente tem que atender a demanda judicial.

E2 também abordou o problema, explicando que “a judicialização nos obriga a adquirir serviços por valores muito acima daqueles da tabela SUS, impactando diretamente no orçamento do município”.

E5 tratou da questão do número excessivo de ações pleiteando acesso ao Sistema:

[...] abusiva [...] a falta de critérios, o uso de parte de um único argumento – saúde é direito de todos e dever do Estado – não considerando o planejamento, a finitude financeira e as legislações administrativas, infringe os demais princípios (do SUS), de equidade e integralidade, também para todos (E5).

A crítica à falta de domínio do conhecimento específico do SUS por parte dos ordenadores do direito também não passou despercebida. E2 foi enfático ao comentar a questão:

[...] quem é o promotor, quem é o juiz pra dizer o que é certo e o que é errado? Eles entendem de saúde? Não. Estão interessados em entender? Não. Eles não têm conhecimento técnico nenhum a respeito da saúde, e isso eu falo sem sombra de dúvida. Se tivessem, não fariam tanta besteira como fazem (E2).

No entanto, a crítica invertida também ocorre. Ou seja, alguns ordenadores do direito enxergam limitação na capacidade de gestão do Sistema por parte dos responsáveis. É o que pode ser entendido em uma unidade de registro extraída da entrevista realizada com M1, que percebeu existir “[...] extrema dificuldade de todos em compreender o funcionamento complexo do SUS. Não há capacitação dos envolvidos. Há extremo amadorismo no trato do SUS”.

E2 ainda citou os instrumentos de planejamento ao queixar-se da atuação do Poder Judiciário e do Ministério Público, e questionou: “[...] onde estão os instrumentos norteadores?”

Eles não reconhecem os mesmos em hipótese alguma. Tudo o que é pactuado é um engodo perante a justiça. Não tem validade perante a justiça”.

O relato do entrevistado vai de encontro à crítica relacionada à desorganização da Administração Pública gerada pelas ações judiciais que, muitas vezes, não possuem qualquer critério. Para Barroso (2007), estas decisões acabam privando a Administração da capacidade de planejar, comprometendo sua eficiência.

Mendes (2017), ministro do STF, percebe que, nestas situações, é preciso haver um critério de ponderação por parte dos ordenadores do direito, no intuito de se verificar a razoabilidade do que fora requerido pelo usuário.

Diante dos problemas ocasionados pelo fenômeno da judicialização da saúde, percebeu-se a urgência do fortalecimento da cultura administrativa, para que o direito possa ser efetivado sem que exista a necessidade da intervenção judicial. Entende-se, pois, ser necessário estimular práticas extrajudiciais de resolução de conflitos e problemas no setor, com a participação do Ministério Público, da Defensoria Pública e da própria Administração Pública (MENDES, 2017).

Machado (2014) defende a importância do debate livre e participativo dos diversos setores envolvidos com o direito à saúde, entendendo que pontos de vista conflitantes, quando analisados conjuntamente, possibilitariam reflexão compartilhada acerca de determinado tema, conferindo transparência e legitimidade nas soluções propostas. E complementa, alegando que:

[...] a participação de diferentes grupos em processos judiciais de grande significado para toda a sociedade cumpre uma função de integração extremamente relevante no Estado de Direito, garantindo novas possibilidades de legitimação dos julgamentos [...]. Ademais, há a importância de se abrirem espaços de consenso e de se construir soluções compartilhadas, inclusive pela via administrativa (MACHADO, 2014, p. 564).

Assim, para a autora, a construção de uma cultura democrática no setor saúde passa por trazer à discussão os diversos setores envolvidos na questão da saúde pública em nosso país.

L1, ao se queixar da atuação isolada e autoritária do judiciário, propõe:

[...] por parte do Judiciário, este poderia em princípio ouvir a demanda municipal antes de expedir uma ordem em prol da judicialização [...] deixando, assim, o município em questão bastante complicada, sem recurso, por ter que atender ao usuário que procurou o Ministério Público (L1).

O Ministério Público mineiro parece ter percebido esta necessidade, e investiu na institucionalização de uma inovadora medida extrajudicial no Estado a partir do ano de 2012. Criadas por meio da Resolução PGJ N° 78, de 18 de setembro de 2012, as Mediações Sanitárias

possuem como objetivo, dentre outros, evitar a judicialização da política de saúde no Estado de Minas Gerais, por meio da proposição de soluções para as complexas demandas do setor.

Fazendo uso do Sistema de Informações Estratégicas do Judiciário (SIJUD) - ferramenta disponibilizada pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, cujo objetivo é possibilitar, dentre outros, aos gestores acessarem informações relacionadas às atividades fim do Tribunal de Justiça mineiro - é possível analisar qual a tendência do número de ações judiciais no Estado, comparando os que antecedem a criação das Mediações Sanitárias pelo Ministério Público Estadual, com os que as sucedem (GRÁFICO 1).

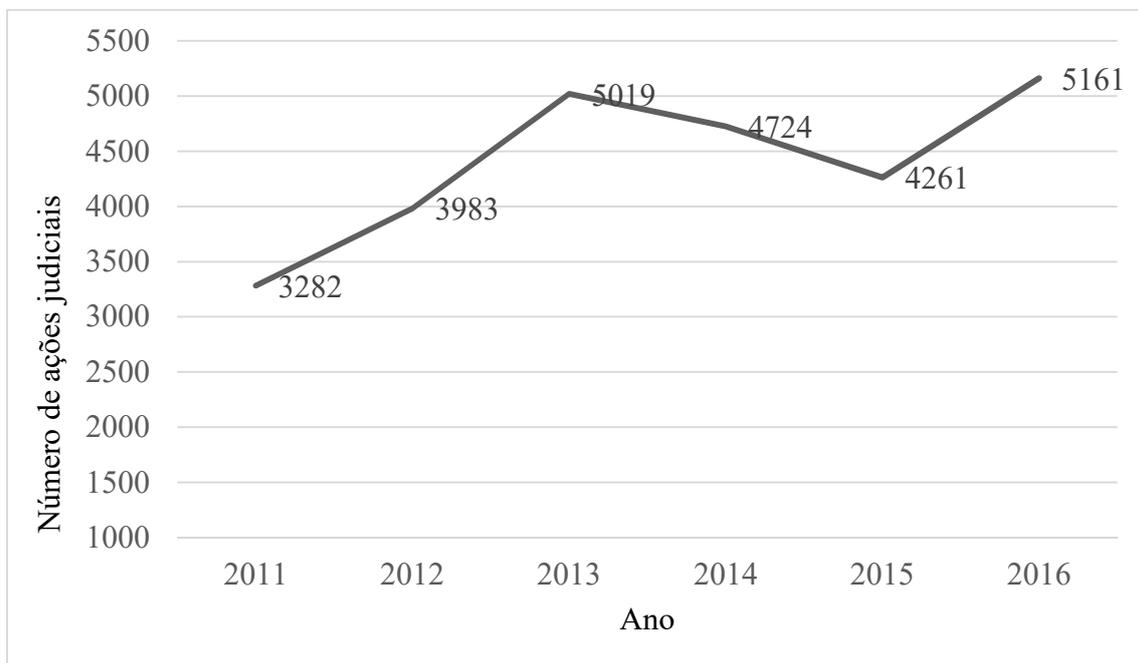


Gráfico 1 - Número de ações judiciais em Minas Gerais – 2011 a 2016  
Fonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJ/MG).

Entre 2011 a 2013, observa-se um crescimento do número de ações judiciais no setor saúde em Minas Gerais. No entanto, este comportamento se inverte para o período de 2013 a 2015. O decréscimo no número de ações judiciais poderia sugerir contribuição das Mediações Sanitárias, criadas em setembro de 2012. No entanto, percebe-se que, de 2015 para 2016, o número volta a crescer de forma abrupta (GRÁFICO 1).

A mesma análise foi realizada para as regiões de saúde de São Lourenço e Três Pontas, entretanto, para o período de 2013 a 2016, ou seja, um ano e meio antes e um ano e meio após a realização das reuniões de Mediação Sanitária nestas regiões de saúde, ocorridas em julho de 2014.

Os resultados obtidos mostram desempenhos distintos entre as regiões de saúde alvos deste estudo. Isto porque, na região de saúde de São Lourenço, o comportamento do número de ações judiciais no setor saúde parece acompanhar o que ocorre em âmbito estadual – com aumento do número de ações antes da realização da reunião de Mediação Sanitária, e queda após a ocorrência da mesma (GRÁFICO 2).

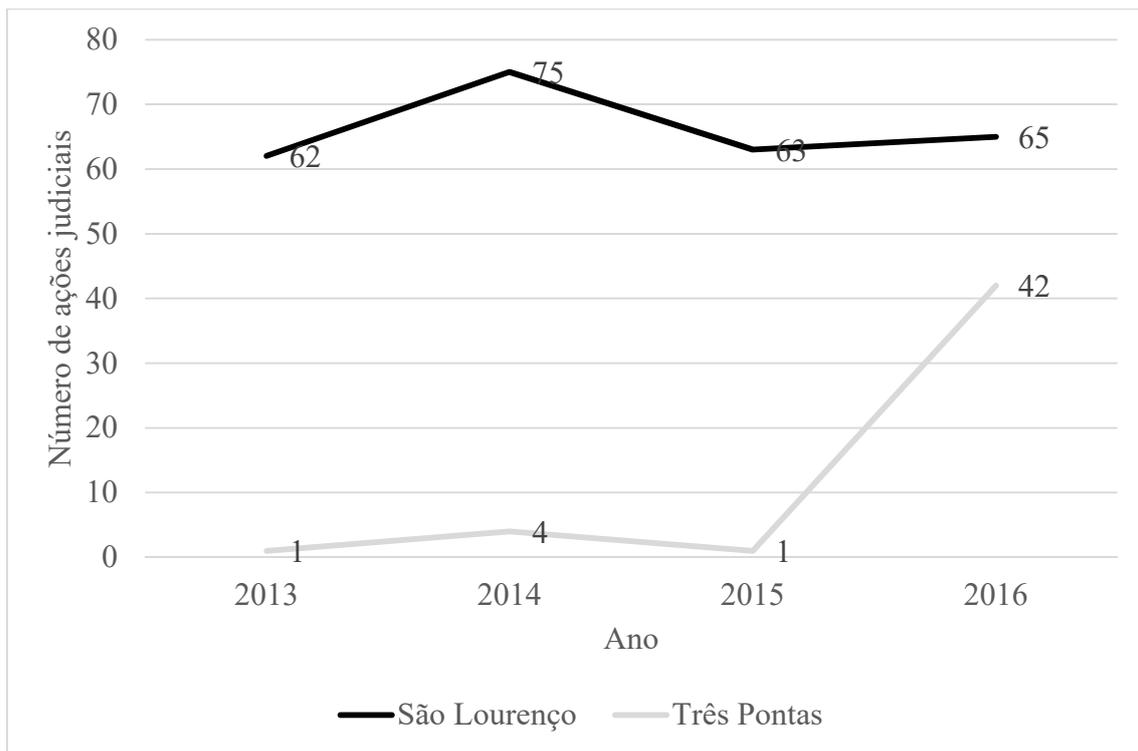


Gráfico 2 – Número de ações judiciais nas Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2016  
Fonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJ/MG).

Já na região de saúde de Três Pontas, nota-se desempenho distinto, com crescimento acelerado do número de ações judiciais a partir do ano de 2016 (GRÁFICO 2).

Os dados apresentados para fins de comparação referem-se à Justiça Comum de 1ª Instância, bem como aos Juizados Especiais, já que não existe 2ª instância nas regiões de saúde de São Lourenço e Três Pontas.

Tais números poderiam sugerir contribuições das Mediações Sanitárias para a diminuição do número de ações judiciais tanto no âmbito estadual, quanto na região de saúde de São Lourenço. Entretanto, na região de saúde de Três Pontas, esta medida extrajudicial para não ter sido capaz de frear o número de ações judiciais no setor saúde. Entretanto, a vinculação entre o comportamento do número de ações judiciais nestas regiões, com a ocorrência das

Mediações nestes territórios, carece de estudo mais aprofundado, a ser realizado oportunamente.

É importante salientar, no entanto, que este não é o objetivo único das Mediações, conforme já fora exposto no referencial desta pesquisa. Ainda, a realização de uma única reunião em cada uma destas regiões talvez não tenha sido capaz de obter resultados mais amplos. Aliás, a falta de continuidade destas ações extrajudiciais nos territórios estudados foi relatada como um dos principais problemas pelos atores entrevistados para uma maior efetividade do processo. Salienta-se, aqui, que o termo efetividade é empregado como a capacidade de transformação de determinada situação, com conseqüente impacto na realidade local (SANO; MONTENEGRO FILHO, 2013).

Diante das sucessivas queixas relacionadas à falta de continuidade das Mediações, optou-se pela criação de uma subcategoria contendo unidades de registro que abordam a questão, intitulada “Entraves para o processo de Mediação Sanitária”.

A falta de continuidade de reuniões de Mediações Sanitárias foi apontada por praticamente todos os atores entrevistados. E1 queixa-se de que “não teve desdobramento ou pactuação”. E3 segue a mesma linha, ao apontar que:

[...] eu acho que de repente faltou continuidade, acho que seria positivo uma outra até, para verificar o que aconteceu após essa Mediação, qual foi o resultado, se o que foi discutido avançou, porque depois não houve uma outra [...] (E3).

É o que argumenta, também, E4:

[...] um cronograma de continuidade seria essencial para empoderar a Mediação, pra ela funcionar melhor, estabelecer uma espécie de comissão local, já que o CAO-Saúde não teria perna pra estar em todo o Estado em todo momento, mas poderia monitorar e acompanhar os resultados dessa comissão local.

Adianta-se aqui, portanto, uma das principais sugestões para que a medida se torne mais efetiva, sobretudo ao vislumbrar impactos mais amplos para o Sistema – a necessária continuidade da proposta nos territórios estudados, para que esta possa se tornar regra, mudando a forma com que os problemas do Sistema são encarados, fortalecendo a atuação conjunta e a co-responsabilização dos atores na resolução das situações complexas advindas do SUS.

Caso não se torne um processo contínuo nos territórios, esta medida extrajudicial parece não ser capaz de cumprir com um de seus objetivos - o de cessar o crescente número de ações judiciais no setor saúde. Aponta-se, portanto, a primeira possibilidade para estudos futuros: o comportamento do número de ações judiciais em locais onde a medida consiga ser implementada de forma regular.

Ao realizar a análise do conteúdo das atas das duas reuniões de Mediação Sanitária ocorridas nas Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas, percebe-se que o órgão responsável por coordená-las foi o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, em parceria com as Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde das Comarcas onde os eventos ocorreram – São Lourenço e Três Pontas.

Tal fato é confirmado com unidades de registro da Subcategoria “Motivo de Realização da Mediação Sanitária”, onde, por exemplo, E2 relata que a Mediação ocorreu “[...] numa decisão consensuada entre SMS e Promotoria local, solicitou-se o apoio do CAO-Saúde para mediar uma reunião com todos os atores envolvidos presentes”.

Neste ponto, é importante observar a função do Ministério Público como um orquestrador e facilitador, buscando condições favoráveis que permitam a um Sistema encontrar a melhor forma de se resolver os problemas (MORGAN, 2011). Seria, pois, importante destacar a mudança na maneira como o MP tem buscado agir na área da saúde, abandonando a forma convencional, reflexiva e demandista, e caminhando para uma forma dialógica e resolutive dos conflitos.

Ambas as reuniões estudadas ocorreram no mês de julho de 2014, mais precisamente em 15 de julho do referido mês em São Lourenço, e em 19 de julho de 2014 em Três Pontas.

Os objetos prévios – constante dos convites emitidos – foram bastante semelhantes, e encontram-se listados a seguir:

- a) discussão geral sobre os serviços de saúde existentes na Região de Saúde;
- b) indicadores de Saúde da Atenção Básica;
- c) vazios Assistenciais Regionais;
- d) indicadores de Produtividade e Resolubilidade dos Prestadores Hospitalares;
- e) rede de Atenção Psicossocial;
- f) garantia de acesso dos usuários aos leitos de Urgência e Emergência;
- g) discussão sobre a Política da “Vaga Zero”;
- h) política Nacional de Atenção Hospitalar;
- i) regras gerais de contratualização definidas na Portaria MS Nº 3.140, de 30 de dezembro de 2013;
- j) política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPPs);
- k) criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional para, dentre outras, realizar a elaboração de Diagnóstico Situacional local.

Assim, partindo das propostas de discussão iniciais, ao analisar o conteúdo das atas das reuniões, bem como os relatos dos atores entrevistados, pretendeu-se averiguar se tais temas foram, de fato, debatidos pelos atores presentes nas reuniões, bem como quais destes foram considerados mais relevantes e ocuparam boa parte da agenda da reunião. Na Quadro 7 abaixo, é apresentado um resumo do que fora averiguado para cada região de saúde:

Quadro 7 – Percentual de objetos efetivamente discutidos na Mediação Sanitária – São Lourenço e Três Pontas (Continua)

<b>Objeto</b>	<b>São Lourenço</b>	<b>Três Pontas</b>
	<b>Discutido/Não discutido</b>	<b>Discutido/Não discutido</b>
Discussão geral sobre os serviços de saúde existentes na Microrregião de Saúde	Sim	Sim
Indicadores de Saúde da Atenção Básica	Sim	Não
Vazios assistenciais regionais	Sim	Sim
Indicadores de produtividade e resolubilidade dos prestadores hospitalares	Sim	Sim
Rede da Atenção Psicossocial	Sim	Sim
Garantia de acesso dos usuários aos leitos de Urgência e Emergência	Sim	Sim
Discussão sobre a política da “Vaga Zero”	Não	Não
Política Nacional de Atenção Hospitalar	Sim	Não
Regras gerais de contratualização definidas na Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013	Não	Não
Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte	Sim	Não
Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional para, dentre outras, elaboração de Diagnóstico Situacional	Sim	Sim

Quadro 7 – Percentual de objetos efetivamente discutidos na Mediação Sanitária – São Lourenço e Três Pontas (conclusão)

Objeto	São Lourenço	Três Pontas
	Discutido/Não Discutido	Discutido/Não Discutido
<b>Total: 11</b>	<b>Percentual Discutido: 81,81%</b>	<b>Percentual Discutido: 54,54%</b>

Fonte: Atas das reuniões de Mediação Sanitária das regiões de saúde de São Lourenço e Três Pontas. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/areas-de-atuacao/defesa-do-cidadao/saude/material-de-apoio/area-institucional/mediacao-sanitaria/atas-de-reunioes/atas-de-reunioes.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

Julga-se relevante destacar que, apesar do CAO-Saúde ter sido o mediador, bem como o responsável direto por organizar as reuniões de Mediação Sanitária estudadas, nas duas regiões de saúde o Ministério Público fora provocado, não agindo de ofício.

E2 informou-nos que:

A proposta de Mediação partiu de mim. Eu procurei o Ministério Público porque estava me sentindo coagido, isolado, numa briga que eu sozinho não tinha condições de vencer.

É o que aponta, também, o entrevistado E4, ao recordar que “[...] a Mediação foi provocada pelo próprio secretário municipal de saúde, em consenso com o próprio gestor do prestador [...]. A proposta partiu, então, do Executivo local”.

Na explicação de Assis (2013), quando age de ofício por meio das Mediações, o Ministério Público costuma discutir problemas mais amplos, que buscam a reorganização das Redes Assistenciais, possuindo um caráter mais preventivo, contando com um planejamento prévio para atuação. No entanto, quando provocadas por atores locais, as Mediações tratam de problemas mais específicos e que, normalmente, já estão instalados no território, gerando tensão e conflito entre os atores.

Assim, apesar do CAO-Saúde do Ministério Público mineiro ter demonstrado a intenção de discutir assuntos de maior abrangência nos convites realizados, as Mediações ocorreram por conta de problemas específicos já instalados nas Regiões de Saúde, sobretudo relacionados com os hospitais de referência dos territórios.

Em Três Pontas, a Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis passava por 2 (dois) problemas específicos, de difícil solução para os atores locais – conforme relatado por um dos entrevistados - relacionados à porta de entrada para a Rede de Urgência e Emergência, bem como aos leitos de saúde mental em hospital geral.

É o que os entrevistados nos esclareceram nos relatos colhidos. Para isso, conforme fora exposto, foi criada a subcategoria “Motivo de Realização das Mediações Sanitárias”. As

unidades de registro desta subcategoria de análise deixam claro os principais fatos que desencadearam as Mediações nos territórios estudados. E2 nos explicou que:

[...] um profissional do hospital insistia em não usar a ala que hoje está como psiquiatria para a psiquiatria. Ele queria dar um destino, segundo a opinião dele, mais correto para uma obra que foi financiada com recurso tripartite. Então eu discordei, e ele começou a dizer que eu não tinha qualificação [...].

Percebe-se, portanto, um conflito já instalado entre os atores locais, por conta do problema identificado. O sujeito entrevistado ainda se recorda que a discussão se manteve em torno de situações específicas do território:

Vários outros assuntos foram pontuados, mas o que dominou a discussão foi a Rede de Urgência e Emergência, a situação entre o Pronto Atendimento Municipal e a Santa Casa, e o fato de o PAM ser municipal e a necessidade de uma gestão compartilhada, que foi questionada a princípio [...] (E2).

A fala de E2 é complementada com o relato de outros atores, como E3, que lembra que “o objetivo principal da Mediação tinha relação com o hospital. A gente tava tendo uma questão com o hospital em relação aos leitos psiquiátricos, de saúde mental”. E3 detalha um pouco mais a situação dos leitos de saúde mental, ao contar-nos que:

[...] o hospital queria desistir desses leitos, e implantar outro serviço, e o recurso para construção do espaço foi com recurso federal, com recurso estadual, então foi com recurso público e o hospital queria mudar o objeto do contrato. A gente tinha um contrato, né? Que o destino daquele local era pra leito de saúde mental, e ele queria colocar outro serviço que trouxesse mais rentabilidade pro hospital (E3).

E5 possui recordação parecida acerca do que motivou a realização da Mediação naquele momento, ao relatar que “[...] o conflito proporcionado pela instituição hospitalar, com a tentativa unilateral de cancelamento de disponibilização dos leitos de saúde mental e redirecionamento da área construída para tal fim para a implantação de serviços de hemodiálise”.

Assim, na Região de Saúde de Três Pontas, apesar da discussão de outros temas, a reunião concentrou-se na questão da relação do Pronto Atendimento Municipal com o Hospital local, além da ala que havia sido construída para alojar os leitos de saúde mental em hospital geral, problemas que já estavam instalados na Região, cuja solução não estava sendo viável por meio da atual tradicional e fragmentada dos atores locais.

Na região de saúde de São Lourenço, o hospital de referência localizado na cidade polo também enfrentava problema parecido, sobretudo com relação à porta de entrada para as Urgências e Emergências, que não parecia estar evidente para os atores locais.

A entrevista realizada com E4 foi esclarecedora. As unidades de registro desta entrevista, também categorizadas na subcategoria “Motivo de Realização”, mostram o que levou à realização da Mediação à época:

[...] naquele momento, existia uma situação um pouco conflituosa, principalmente em relação ao Pronto Socorro do Hospital de São Lourenço. O objetivo principal dessa Mediação era tratar desse problema que já estava se arrastando [...] um problema relacionado a essa porta de entrada. O grande problema era esse – porta de entrada hospitalar – e isso desencadeou a Mediação [...] (E4).

Portanto, ao se comparar o conjunto das informações coletadas com alguns dos participantes das reuniões com o conteúdo das atas, fica evidente que, apesar de existir a intenção do CAO-Saúde em discutir pontos de pauta mais genéricos, foram os temas que já dominavam a agenda dos atores envolvidos com o direito à saúde nestas regiões - e que não estavam sendo resolvidos apenas pelos sujeitos locais - é que prevaleceram no debate. Por ter sido provocada, o foco da Mediação nestes territórios acabou sendo, então, mais limitado a problemas que geravam divergências entre os atores à época.

Na sequência da análise dos documentos, buscou-se averiguar a relação entre o número de atores convidados pelo CAO-Saúde do Ministério Público mineiro para participar das reuniões e os que efetivamente estiveram presentes. Além, e principalmente, pretendeu-se verificar qual a vinculação de cada um destes sujeitos – para que se pudesse ser analisado a constituição multidisciplinar destas reuniões. Para facilitar a visualização final, optou-se pela representação gráfica.

Isto porque, conforme já fora mencionado, as Mediações Sanitárias têm como importante premissa fomentar a participação de órgãos e atores atuantes no direito à saúde, para que os mesmos busquem soluções, por consenso, para os complexos problemas do setor, evitando-se, assim, que determinadas situações avancem para a solução através da via judicial.

Aqui, mais que resultados quantificáveis, percebe-se uma verdadeira mudança nos processos de resolução de conflitos. Neste ambiente, os atores encontram-se em pé de igualdade, num contexto democrático onde os saberes de várias áreas são utilizados para que, em conjunto, os atores cheguem a um consenso sobre a melhor forma de conduzir determinada situação.

Neste ponto, cabe pontuar que foi criada a Subcategoria de análise “Percepções dos atores envolvidos com a Mediação Sanitária”. Neste aspecto, importantes unidades de registro mostram a percepção desta verdadeira mudança na maneira de buscar soluções para os problemas de saúde nestes territórios. E1, por exemplo, recorda que “[...] cada município pôde dar sua contribuição ali, falar sobre os seus problemas e lidar ali diretamente com o Ministério Público”. E continua, ao opinar que “nada melhor que a discussão dos problemas que a gente enfrenta diretamente com o MP pra clarear [...] evidencia mais os problemas e os coloca em discussão junto com o MP”.

E3 também percebeu como positiva a nova forma de atuação utilizada para discutir os problemas instalados:

[...] achei muito positivo, porque ali todos colocaram seus pontos de vista [...] sem autoritarismo [...] em pé de igualdade com os demais participantes [...], deixando todo mundo num mesmo patamar na Mediação (E3).

O relato de E4 foi bastante esclarecedor, conforme exposto a seguir:

Apesar da Mediação não ter conseguido resolver todos os problemas discutidos, foi um momento muito propício de todos os responsáveis. Eu lembro que a gente falava isso na época, que nunca, em nenhum momento, lá naquela região de saúde nós tínhamos visto uma mesa posta e composta daquela forma, com praticamente todos os atores envolvidos com o processo do direito à saúde – prefeito, secretário, promotor, enfim, todos os responsáveis diretos e indiretos (pela saúde) (E4).

Este mesmo entrevistado percebe uma diferença clara de atuação nos problemas de saúde entre o que se pretende com a Mediação, e a forma convencional com que os problemas vinham sendo abordados no território:

[...] se não houver relação horizontal é fácil, eu sou o TJ ou o MP e venho pra cima do secretário de saúde que tem o mesmo empoderamento ou poder decisório, e o obrigo a assinar um TAC. Então o essencial é que todos tenham o mesmo poder na Mediação (E4).

Outros atores entrevistados possuem percepção semelhante acerca dos ganhos com esta mudança no processo de resolução de conflitos. E6 entende que “a mediação não resolve todos os problemas do SUS, mas melhora alguns, na medida em que os participantes são instados a debater as falhas existentes e buscar soluções viáveis”.

É preciso destacar a fala deste entrevistado quanto a soluções viáveis. Isto porque uma das principais críticas realizadas à atuação judicial na saúde é a inviabilidade de cumpri-las, por desconsiderarem seus efeitos práticos para o Sistema. Assim, as soluções obtidas por meio do

compartilhamento de saberes, com pontos de vista distintos, parecem conseguir analisar o contexto do SUS de forma mais abrangente, sendo mais factíveis de serem praticadas.

E5 parece enaltecer a proposta, e achar importante a mudança adotada naquele momento, ao refletir que:

Os poderes Judiciário, Executivo e Legislativo somando forças, compromissos, fiscalização e avaliação dos serviços [...] desta forma, muitos problemas e dificuldades poderiam ser compartilhados e as soluções co-responsabilizadas (E5).

Voltando à relação de partícipes, na região de saúde de São Lourenço, foram convidados um número razoável de atores envolvidos com a temática da saúde naquele território para participar da Mediação Sanitária. Porém, efetivamente, estiveram presentes um número reduzido dentre os convidados (GRÁFICO 3).

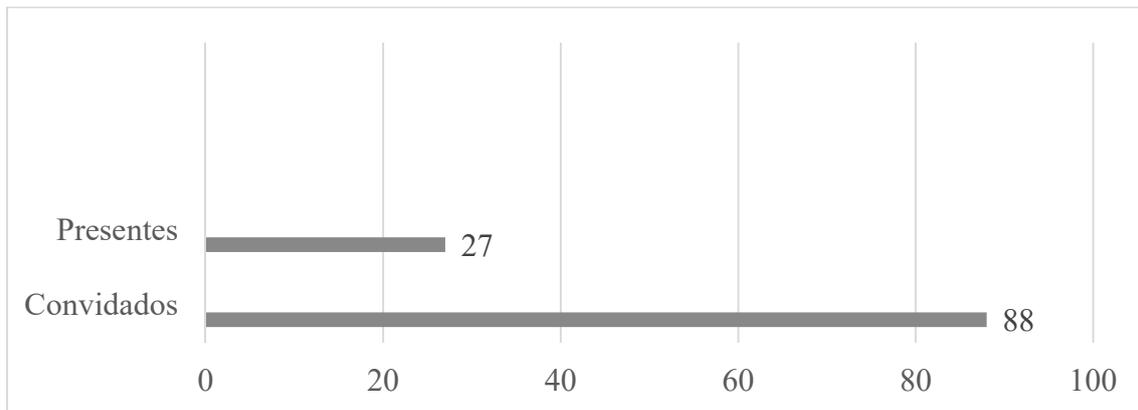


Gráfico 3 - Comparação entre o número de sujeitos convidados e os que efetivamente participaram da reunião de Mediação Sanitária – Região de Saúde de São Lourenço

Fonte: Ata da reunião de Mediação Sanitária da região de saúde de São Lourenço. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/areas-de-atuacao/defesa-do-cidadao/saude/material-de-apoio/area-institucional/mediacao-sanitaria/atas-de-reunioes/atas-de-reunioes.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

No entanto, é oportuno destacar que a reunião contou com a participação de outros indivíduos – além dos que foram previamente convidados. Assim, a relação final de participantes, bem como suas conexões com órgãos/poderes encontram-se expressos no gráfico abaixo (GRÁFICO 4):

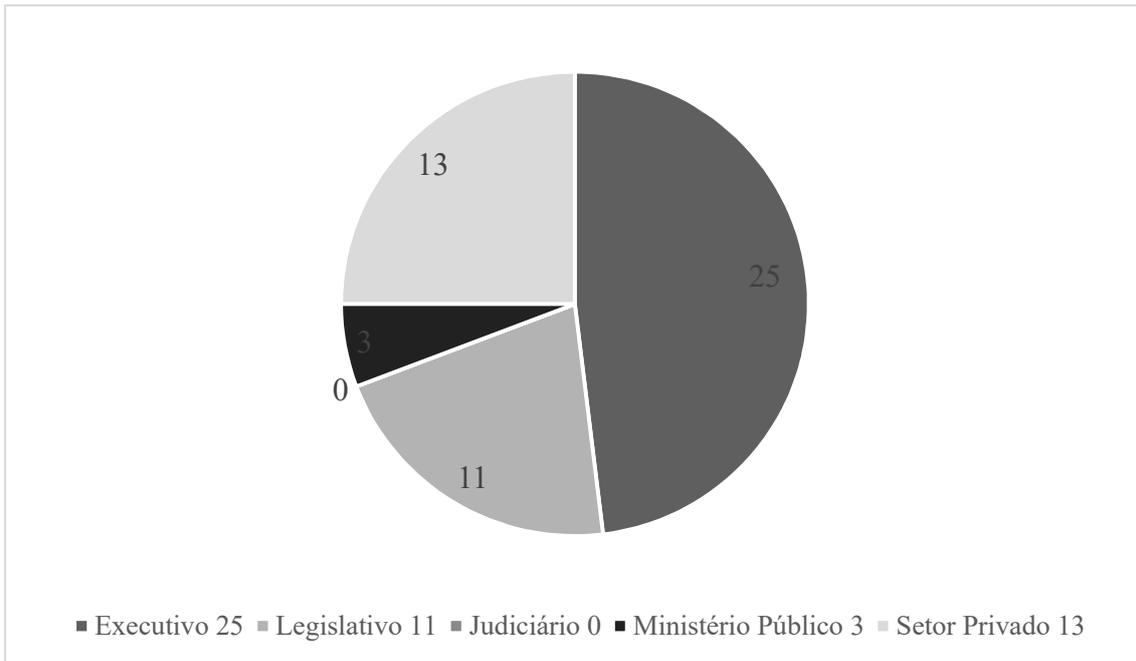


Gráfico 4 – Participantes da Mediação Sanitária por Poder e Órgão – Região de Saúde de São Lourenço  
 Fonte: Ata da reunião de Mediação Sanitária da região de saúde de São Lourenço. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/areas-de-atuacao/defesa-do-cidadao/saude/material-de-apoio/area-institucional/mediacao-sanitaria/atas-de-reunioes/atas-de-reunioes.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

Já a Região de Saúde de Três Pontas buscou a presença de 37 (trinta e sete) indivíduos considerados essenciais para as discussões propostas, dos quais compareceram 11 (onze) sujeitos (GRÁFICO 5).

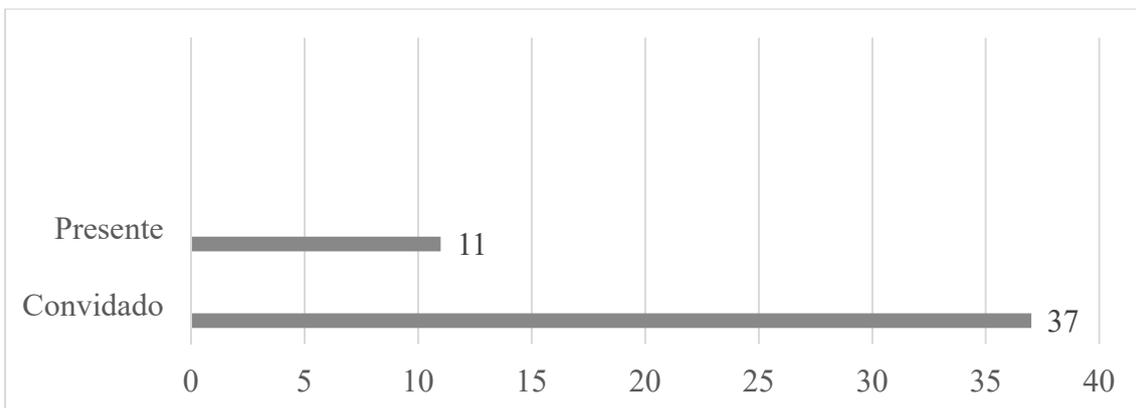


Gráfico 5 – Comparação entre o número de sujeitos convidados e os que efetivamente participaram da reunião de Mediação Sanitária – Região de Saúde de Três Pontas  
 Fonte: Ata da reunião de Mediação Sanitária da região de saúde de Três Pontas. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/areas-de-atuacao/defesa-do-cidadao/saude/material-de-apoio/area-institucional/mediacao-sanitaria/atas-de-reunioes/atas-de-reunioes.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

Importante abordar a vinculação de cada um destes, que se encontra explicitada na representação gráfica abaixo (GRÁFICO 6):

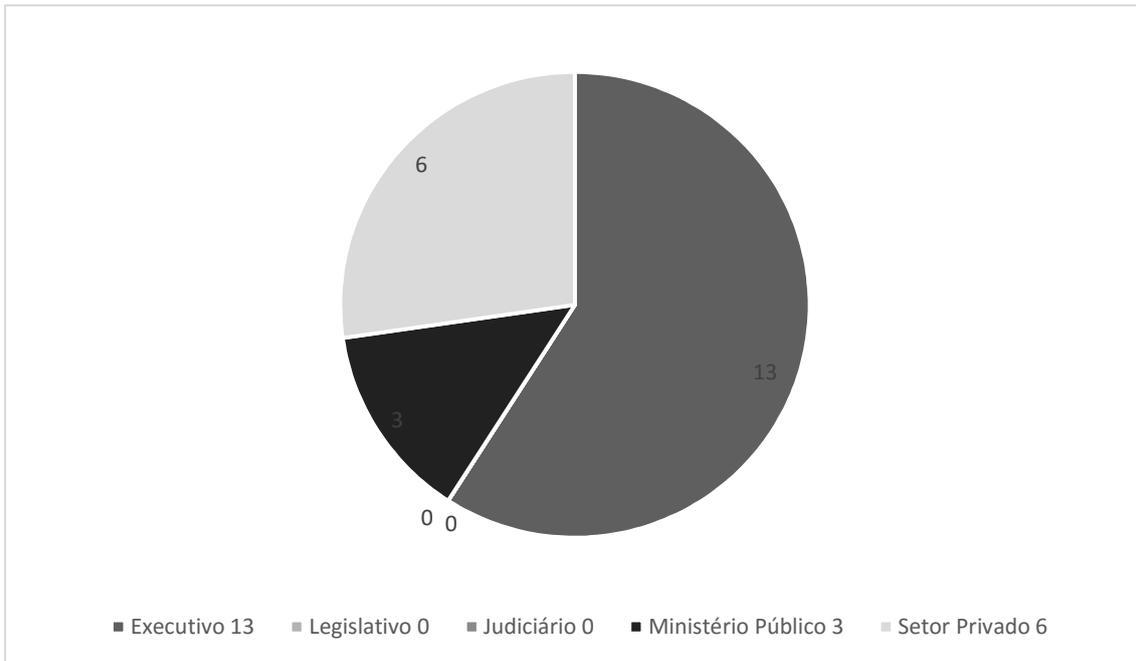


Gráfico 6 - Participantes da Mediação Sanitária por Poder e Órgão – Região de Saúde de Três Pontas  
 Fonte: Ata da reunião de Mediação Sanitária da região de saúde de Três Pontas. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/areas-de-atuacao/defesa-do-cidadao/saude/material-de-apoio/area-institucional/mediacao-sanitaria/atas-de-reunioes/atas-de-reunioes.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

De imediato, chama a atenção a ausência de representantes do Poder Judiciário em ambas as reuniões. A inexistência de magistrados das regiões de saúde estudadas nas Mediações Sanitárias pode sugerir uma atuação mais conservadora dos mesmos nestas, primando pela resolução dos conflitos por meio da via judicial, em detrimento à adoção de outras formas de decisão. Por outro lado, apesar de não fazer parte formal do Poder Judiciário, o Ministério Público parece ter sido a instituição que se ocupou de trazer à discussão o conhecimento jurídico, o que, talvez, justifique a ausência do Daquela.

Outro fato merecedor de destaque é a constituição interinstitucional e multidisciplinar das Mediações, com atores oriundos de vários entes e setores públicos – Executivo, Legislativo e Ministério Público, além do setor privado. Esta constituição heterogênea das reuniões vai ao encontro com o que está expresso na alínea I do art. 2º da Resolução PGJ Nº 78/2012, que criou a Ação Institucional de Mediação Sanitária no âmbito do MP/MG. Por sua importância e ligação com o tema, transcrevemos parte dela abaixo:

I – fomentar [...] a efetiva participação dos órgãos com atuação no direito à saúde – parceiros institucionais, públicos e privados, jurídicos ou não, nos âmbitos municipal, estadual e federal (Minas Gerais, 2012).

Por fim, foram analisados os encaminhamentos propostos em ambas as reuniões para, na sequência, avaliar o que fora efetivamente implementado (QUADROS 8 e 9).

Assim, na Região de Saúde de São Lourenço, obteve-se o seguinte cenário:

Quadro 8 – Percentual de encaminhamentos efetivamente realizados – São Lourenço

(continua)

<b>Região de Saúde de São Lourenço</b>	
<b>Encaminhamento</b>	<b>Realizado/Não Realizado</b>
Criação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Regional de São Lourenço	Sim
Fortalecimento da Atenção Básica, para diminuição das internações por condições sensíveis	Sim
Identidade sanitária para cada um dos prestadores hospitalares da região	Não
Criação de um CAPS AD III de referência regional 24h	Não
Garantia de atendimento SUS por todo o corpo clínico dos prestadores hospitalares	Sim
Contratualização dos hospitais de acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar	Não
Proceder levantamento da necessidade real de leitos de UTI na região de saúde	Não
Exigir a atualização das informações em saúde no CNES	Sim
Levantamento do custo real dos procedimentos de internação x custo efetivamente pago pelo SUS	Não
Levantamento das necessidades coletivas de SADT oncológico, bem como dos procedimentos de radioterapia	Sim
Discussão acerca do melhor financiamento por parte do município de São Lourenço no custeio do Pronto Atendimento Municipal	Sim
Acesso ao projeto do Hospital de São Lourenço visando sua expansão para a alta complexidade nos serviços de ortopedia, cirurgia vascular e neurocirurgia	Não
Verificar se há falta de profissionais médicos plantonistas por alegada falta de pagamento por serviços prestados	Não

Quadro 8 – Percentual de encaminhamentos efetivamente realizados – São Lourenço (conclusão)

<b>Região de Saúde de São Lourenço</b>	
<b>Encaminhamento</b>	<b>Realizado/Não Realizado</b>
Acesso ao projeto elabora pelo Hospital de São Lourenço para realização de serviços de oncologia ao SUS	Não
Elaboração de estudos para racionalização dos custos financeiros das unidades hospitalares presentes na região de saúde	Não
Discussão e aprovação de eventual política de regulação de leitos SUS, por Deliberação CIB-SUS/MG, em detrimento à Nota Técnica vigente	Não
<b>Total: 16</b>	<b>Percentual de realização: 37,5%</b>

Fonte: Ata da reunião de Mediação Sanitária da região de saúde de São Lourenço. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/areas-de-atuacao/defesa-do-cidadao/saude/material-de-apoio/area-institucional/mediacao-sanitaria/atas-de-reunioes/atas-de-reunioes.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

Por seu turno, em Três Pontas, verificou-se os seguintes compromissos:

Quadro 9 – Percentual de compromissos efetivamente realizados – Três Pontas (continua)

<b>Região de Saúde de Três Pontas</b>	
<b>Objeto de discussão</b>	<b>Discutido/Não discutido</b>
Discussão geral sobre os serviços de saúde existentes na Microrregião de Três Pontas	Sim
Indicadores de Saúde da Atenção Básica	Sim
Vazios assistenciais regionais	Sim
Indicadores de produtividade e resolubilidade dos prestadores hospitalares	Sim
Rede da Atenção Psicossocial	Sim
Garantia de acesso dos usuários aos leitos de Urgência e Emergência	Sim
Discussão sobre a política da “Vaga Zero”	Não
Política Nacional de Atenção Hospitalar	Sim
Regras gerais de contratualização definidas na Portaria MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013	Não

Quadro 9 – Percentual de compromissos efetivamente realizados – Três Pontas  
(conclusão)

<b>Região de Saúde de Três Pontas</b>	
<b>Objeto de Discussão</b>	<b>Discutido/Não Discutido</b>
Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte	Não
Criação de Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional para, dentre outras, elaboração de Diagnóstico Situacional	Sim
<b>Total: 11</b>	<b>Percentual de realização: 72,72%</b>

Fonte: Ata da reunião de Mediação Sanitária da região de saúde de Três Pontas. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/areas-de-atuacao/defesa-do-cidadao/saude/material-de-apoio/area-institucional/mediacao-sanitaria/atas-de-reunioes/atas-de-reunioes.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

A princípio, ao se analisar o percentual de realizações advindas destas Mediações, poderia precipitadamente julga-las como ineficientes. No entanto, é preciso resgatar o que fora dito no início desta análise. Isto porque, apesar de vários objetos terem sido debatidos nas reuniões aqui estudadas, havia temas específicos que acabaram por desencadear estas duas reuniões de Mediação Sanitária. E, para estes, segundo os sujeitos que participaram das discussões, as Mediações foram primordiais e efetivas na resolução dos conflitos e dos problemas.

Para realizar esta averiguação, foi criada a subcategoria “Contribuições das Mediações para o SUS”.

É o que relatou, por exemplo, E3, ao recordar o apoio da Mediação Sanitária para resolver a questão dos leitos de saúde mental em hospital geral na região de Saúde de Três Pontas:

Com essa reunião, conseguimos resolver esse assunto (dos leitos de saúde mental em hospital geral). Foi bom, foi positivo pois, a partir dali, não houve mais problema, ficou definido que aquele espaço seria pra isso mesmo (leito de saúde mental) (E3).

Para E5, “a Mediação Sanitária foi fundamental para a resolução extremamente favorável, de cunho técnico (acerca dos leitos de saúde mental). Evitou-se, assim, a judicialização dos casos que poderiam ter este caminho”. E2 também reconheceu que, após a realização da Mediação Sanitária, “a ala de psiquiatria vai ser realmente destinada à psiquiatria [...]”.

Outro conflito que acabou sendo solucionado pela reunião de Mediação Sanitária, foi a questão da porta de entrada da Urgência e Emergência do hospital localizado em Três Pontas. E2 foi enfático:

No caso de Três Pontas, a mediação foi muito importante [...] foi fundamental para sanar de vez, zerar a posição em questão. O PAM é municipal, o hospital precisa de uma porta de entrada, a gestão compartilhada está aí, não existe separação de quem trabalha no PAM e quem trabalha no hospital, é o mesmo corpo. [...] a Santa Casa assumiu a escala de plantões, ela regularizou a escala de plantões, com exceção da ortopedia, que era semi-presencial ou alcançável [...].

Na região de saúde de São Lourenço, E4 também reconheceu a contribuição da Mediação Sanitária, relatando que:

[...] amenizou aquela discussão tensa [...] facilitou o processo de resolução de conflito, até porque, desde 2014, e eu acho que isso eu posso afirmar, que a região de São Lourenço em relação ao Pronto Socorro, em relação ao próprio hospital de São Lourenço, há muito tempo não tem problema, discussão acalorada e que a gente não consiga dar um desfecho e resolver a situação. Talvez tenha sido um amadurecimento daquele momento [...] (E4).

E6 percebeu que a realização da Mediação, “evitou alguns processos, eis que houve a reaproximação da Procuradoria Municipal e do Ministério Público da Comarca”. Além disso, segundo o mesmo ator, a Mediação “aproximou a gestão da Secretaria Municipal de Saúde da Santa Casa”.

Diante das unidades de registro apresentadas, percebe-se que as Mediações ocorridas de forma isolada nestes territórios, foram relevantes para encontrar solução consensuada e compartilhada entre os atores de diversas origens. No entanto, novamente, para assuntos de maior abrangência, é necessário dar continuidade ao processo.

Assim, realizada a análise documental, buscou-se averiguar, por intermédio da avaliação do comportamento de indicadores de saúde vinculados aos objetos e, sobretudo, aos encaminhamentos/compromissos assumidos nestas reuniões de Mediação Sanitária, se houve melhoria na situação de saúde da população adstrita nas mesmas.

Delduque et al. (2013) destaca que, para se realizar o direito à saúde de forma efetiva, a consagração do mesmo no texto constitucional não é suficiente, devendo o mesmo ser vivido pela sociedade. Assim, para a autora, tal direito estará tanto mais cumprido quanto mais os indicadores sociais refletirem condições ideais de vida para todos.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2008, p. 13), “a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária”. Isto auxilia a tomada de decisões tendo como referência

evidências, além de ser fator determinante na programação das ações de saúde. Ainda segundo a OPAS (2008, p. 13), “a busca por medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência”.

Tais afirmativas demonstram a importância da interpretação dos indicadores do setor saúde, ao proporcionarem a extração de informações das condições de saúde de determinada população através da análise dos mesmos.

Assim, em 28 de fevereiro de 2013, tendo como intuito o fortalecimento do Planejamento Integrado no Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) definiu sete premissas norteadoras do processo de pactuação de indicadores para o SUS. O resultado desta pactuação encontra-se expresso na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, publicada em 19 de junho do mesmo ano, estabelecendo as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período de 2013 a 2015 (BRASIL, 2013).

Tais premissas nortearam a seleção de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período de 2013 a 2015. Assim, definiu-se um rol único de indicadores a serem utilizados nos instrumentos de planejamento do SUS.

Parte deste rol de indicadores possuem relação direta com encaminhamentos propostos nas reuniões de Mediação Sanitária ocorridas nas regiões de saúde de São Lourenço e Três Pontas em julho de 2014 e, portanto, nortearam a investigação que fora proposta, de averiguar as contribuições das mesmas, através da análise de possível melhoria destas variáveis assistenciais.

Para tanto, iniciou-se esta proposta com a definição dos termos Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, esclarecendo quais são suas funções essenciais.

As Diretrizes são normais gerais, amplas, estratégicas, e indicam o caminho a ser seguido na gestão dos recursos para um período de quatro anos (MENDES, 2011). No setor saúde, expressam as linhas de ação a serem seguidas, orientando a formulação da política pública de saúde, que irá se concretizar nos objetivos (BRASIL, 2013).

Já os objetivos correspondem ao que será perseguido com maior ênfase para que, a longo prazo, a visão governamental se concretize. Expressa, portanto, o que deverá ser feito, e reflete as situações a serem alteradas por meio da implementação de um conjunto de iniciativas, tendo desdobramentos no território (MENDES, 2011). No planejamento da saúde, determinam o que

deverá ser realizado, e refletem situações que deverão ser alteradas por meio da implementação de estratégias e ações no território sanitário (BRASIL, 2013).

As metas refletem um compromisso para o alcance dos objetivos (BRASIL, 2013). Para Mendes (2011), seriam, em verdade, medidas do alcance do objetivo, podendo ter natureza quantitativa ou qualitativa. Assim, cada objetivo deverá possuir uma ou mais metas associadas.

Por fim, os indicadores permitem acompanhar o alcance das metas sendo, portanto, essenciais no processo de monitoramento e avaliação. São utilizados para embasar a análise crítica dos resultados obtidos no processo de tomada de decisão. Contribuem, também, para a melhoria contínua dos processos organizacionais, além de auxiliarem na análise comparativa do desempenho.

Estas medidas-sínteses contêm informações de grande importância a respeito do estado de saúde de determinada população, além de auxiliarem na aferição do desempenho do sistema de saúde. Analisados de forma conjunta, refletem a situação de saúde de determinado território sanitário (OPAS, 2008).

A análise e interpretação dos indicadores proporciona, portanto, a extração de informações de condições de saúde de uma população.

O Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores definiu, para o período de 2013 a 2015, um total de 13 (treze) diretrizes que, por seu turno, possuem vinculação a 18 (dezoito) objetivos.

Para o mencionado período delineou-se, ainda, um rol de 67 metas e indicadores que deveriam ser pactuados pelos entes federativos. Os indicadores dividiam-se em dois tipos: universais e específicos. Estes expressam as características epidemiológicas locais, bem como a organização e o desempenho do Sistema, e eram de pactuação obrigatória quando da observação das especificidades no território sanitário. Já aqueles caracterizam o acesso e a qualidade da organização do Sistema em Redes, e eram de pactuação obrigatória em todo o território nacional.

Uma vez pactuados, estes indicadores deveriam ser apurados e avaliados anualmente. Seus resultados compuseram o Relatório de Gestão de cada ente federado, disponibilizados para consulta, pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Assim, podem ser facilmente acessados por meio da ferramenta TABNET.

Um dos encaminhamentos propostos em ambas as reuniões de Mediação Sanitária alvos deste trabalho acadêmico foi o de fortalecer a Atenção Básica, com a intenção de diminuir as internações por condições sensíveis nas duas regiões de saúde.

Assim, buscou-se analisar, dentre os 67 (sessenta e sete) indicadores expressos no Caderno, o comportamento daqueles que possuem relação com este compromisso.

O primeiro indicador analisado refere-se à “cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica”. Para a Região de Saúde de São Lourenço, este indicador demonstrou melhoria, ao compararmos o mesmo nos períodos pré e pós realização da Mediação Sanitária na Região (GRÁFICO 7).

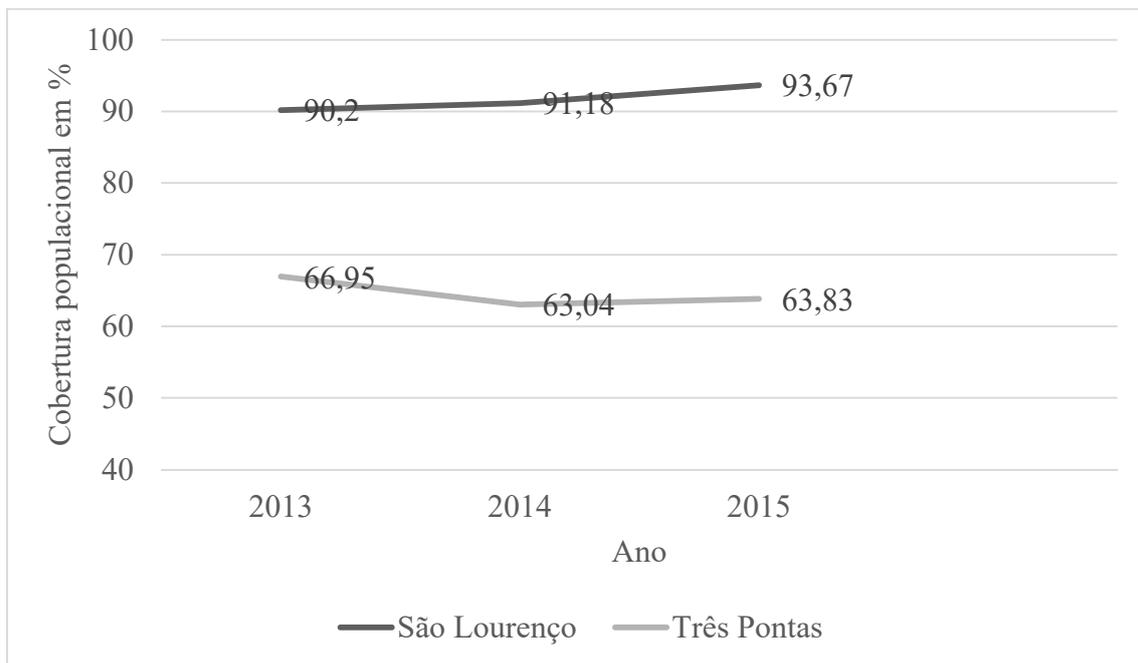


Gráfico 7 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2015  
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

Na região de saúde de Três Pontas, o mesmo indicador vinha apresentando piora antes da realização da reunião de Mediação Sanitária. Todavia, o quadro fora revertido a partir de 2014, conforme pode ser visualizado no Gráfico 7.

Outro indicador analisado refere-se à “proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica”.

Em São Lourenço, este indicador já vinha apresentado melhora antes da realização da reunião de Mediação Sanitária naquele território. No entanto, após a realização da mesma, o indicador sofreu pequena piora (GRÁFICO 8).

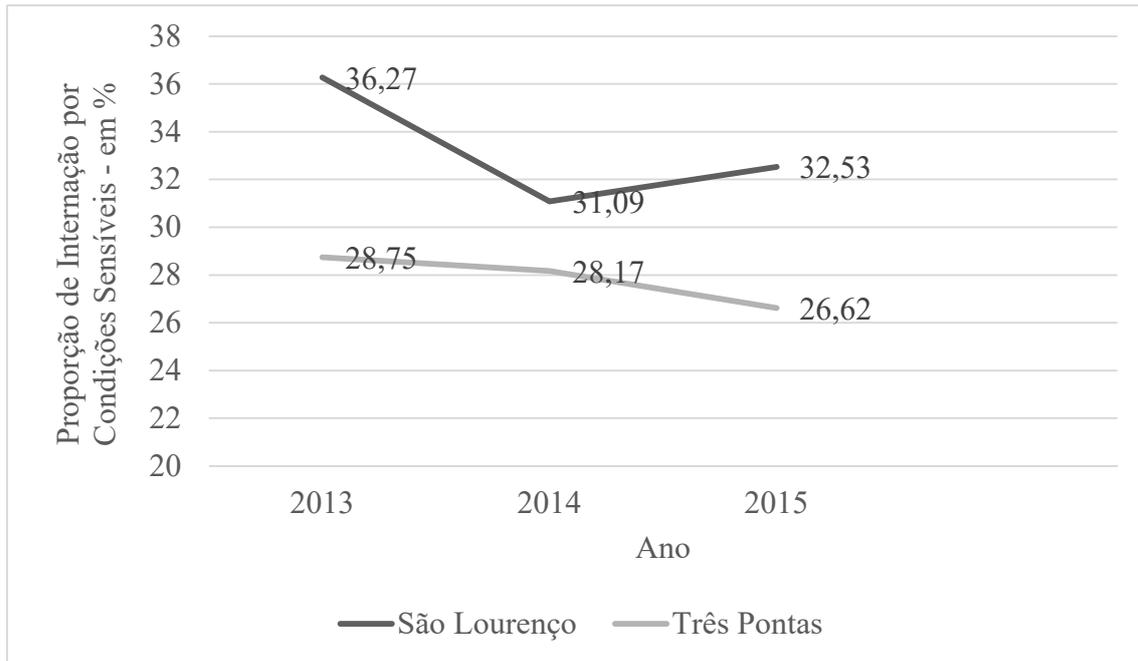


Gráfico 8 – Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2015  
 Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

Na outra região de saúde estudada – Três Pontas – houve diminuição no número de internações por condições sensíveis à Atenção Básica, sobretudo no período que sucedeu a realização da Mediação Sanitária (GRÁFICO 8).

O próximo indicador analisado também possui relação direta com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Trata-se da “cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal” (GRÁFICO 9).

O indicador, em São Lourenço, manteve-se praticamente constante ao longo do período estudado.

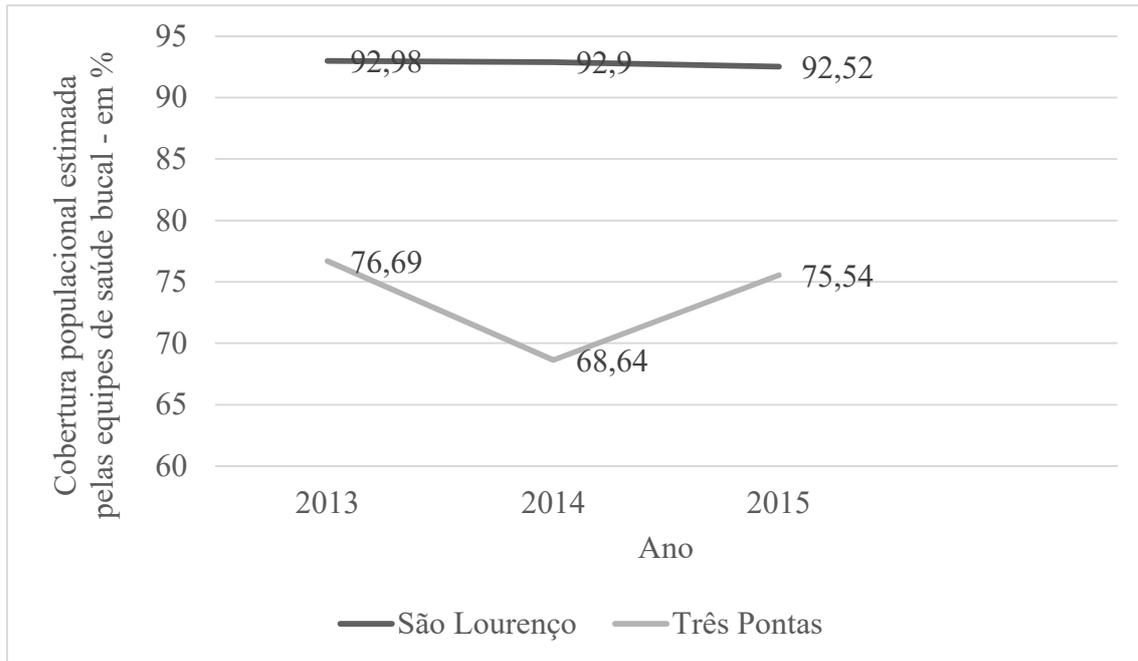


Gráfico 9 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2015  
 Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

Para Três Pontas, verifica-se uma piora no período pré-Mediação, seguido de uma melhora na cobertura populacional pelas equipes de saúde bucal após a realização da reunião de Mediação.

Nas duas reuniões de Mediação Sanitária estudadas, os hospitais pertencentes às regiões de saúde de São Lourenço e Três Pontas também foram tema de debate. Diante disso, indicadores relacionados à assistência hospitalar também passaram por análise neste trabalho.

O primeiro deles trata da “proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado” (QUADROS 10 e 11). Quando analisamos esta variável por meio da ferramenta Tabnet, não encontramos hospitais com contratos firmados em ambas as regiões de saúde estudadas. Todavia, ao consultar a legislação pertinente acerca do tema, verificamos que, tanto na região de saúde de São Lourenço, quanto na de Três Pontas, alguns dos hospitais localizados naqueles territórios possuem contratualização.

Em São Lourenço, alguns hospitais já possuíam contrato assinado antes mesmo da realização da Mediação Sanitária. No período que sucedeu a reunião, não houve assinatura de nenhum novo contrato (QUADRO 10).

Quadro 10 – Hospitais e Contratualização – Região de Saúde de São Lourenço

<b>Região de Saúde de São Lourenço</b>		
<b>Nome do Hospital</b>	<b>Contratualizado</b>	<b>Data da Contratualização</b>
Hospital São Vicente de Paulo – Aiuruoca	Não	-
Hospital de Alagoa	Não	-
Hospital Cônego Monte Raso – Baependi	Sim	2013
Hospital de Carmo de Minas	Não	-
Casa de Caridade São Vicente de Paulo – Caxambu	Sim	2007
Hospital São Francisco de Assis – Conceição do Rio Verde	Não	-
Hospital de Cristina	Não	-
Hospital Dr. Cândido Junqueira – Cruzília	Sim	2013
Casa de Caridade de Itamonte	Não	-
Casa de Caridade de Itanhandu	Sim	2013
Hospital São Vicente de Paulo – Lambari	Não	-
Hospital Santa Rita de Cássia – Minduri	Não	-
Casa de Caridade de Passa Quatro	Não	-
Santa Casa de Misericórdia São Vicente de Paulo – Pouso Alto	Não	-
Casa de Caridade de São Lourenço	Sim	2006
Casa de Caridade Santo Antonio – Virgínia	Não	-

Fonte: Portaria nº 3.123, de 07 de setembro de 2006; Portaria nº 24.860, de 02 de outubro de 2007; e Portaria 2.035, de 17 de setembro de 2013 – Ministério da Saúde.

A situação encontrada na região de saúde de Três Pontas não é distinta. Ou seja, no período que antecedeu a reunião de Mediação Sanitária, já existiam instituições hospitalares com contrato firmado. Entretanto, após a mesma, não houve assinatura de novos contratos (QUADRO 11).

**Quadro 11 – Número de hospitais contratualizados – Região de Saúde de Três Pontas**

<b>Região de Saúde de Três Pontas</b>		
<b>Nome do Hospital</b>	<b>Contratualizado</b>	<b>Data da Contratualização</b>
Santa Casa de Misericórdia de Boa Esperança	Sim	2006
Hospital de Ilicínea	Não	-
Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis – Três Pontas	Sim	2006

Fonte: Portaria Nº 3.123, de 07 de dezembro de 2006 – Ministério da Saúde.

A variável proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente apresentou melhora para o período de 2013 a 2014 nas duas regiões de saúde estudada. No entanto, por não possuir dados disponíveis para o período entre 2014 e 2015, este indicador não foi analisado.

Dando sequência, averiguou-se a “proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)”. Esta variável já vinha demonstrando melhoria antes da ocorrência da Mediação Sanitária em São Lourenço. Todavia, no período que sucede a reunião, o indicador demonstra uma melhora ainda maior (GRÁFICO 10), podendo sugerir um resultado relacionado à mesma, sobretudo porque, após a realização da Mediação Sanitária, a questão da Porta de Entrada às Urgências e Emergências que, antes, apresentava problemas, fora solucionada. A porta aberta para casos de IAM pode ter sido fator fundamental para a melhoria deste indicador.

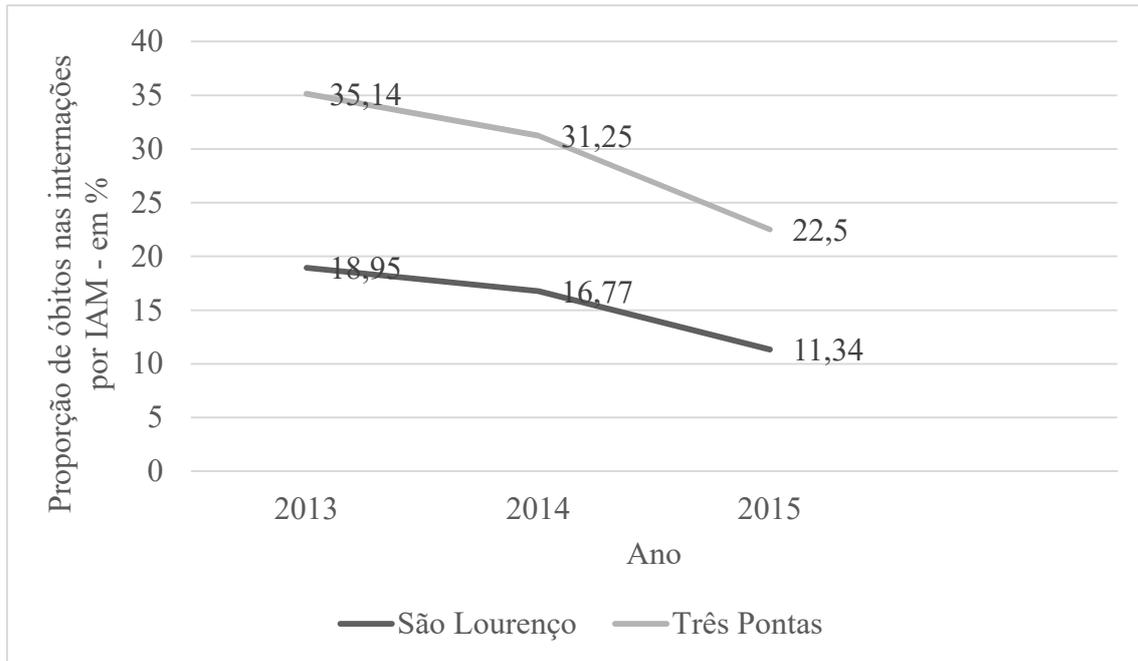


Gráfico 10 – Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2016  
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

Em Três Pontas, nota-se comportamento semelhante (GRÁFICO 10). Ou seja, se antes da realização da reunião de Mediação Sanitária, este indicador já apresentava melhoria, após no período posterior à mesma o indicador apresenta comportamento significativamente melhor. A observação a ser feita é semelhante à realizada previamente. Antes da realização da Mediação Sanitária naquele território, havia problemas com relação à porta de entrada hospitalar às urgências e emergências. No entanto, na reunião de Mediação, acordou-se que o Pronto Atendimento Municipal passaria a funcionar como a porta de entrada do hospital para as Urgências e Emergências, por meio de um contrato de cogestão entre Secretaria Municipal de Saúde e Hospital. A definição clara da porta de entrada para casos de urgência pode representar fator importante para a queda do número de óbitos por IAM, por proporcionar atendimento em tempo oportuno ao usuário do Sistema.

Outro importante indicador relacionado à assistência hospitalar mensura a “proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)”. Este indicador apresenta um comportamento contraditório nas duas regiões de saúde estudadas (GRÁFICO 11). Em São Lourenço, antes da realização da Mediação Sanitária, o indicador vinha apresentando pequena melhora, que foi interrompida no período que sucedeu a realização da mesma.

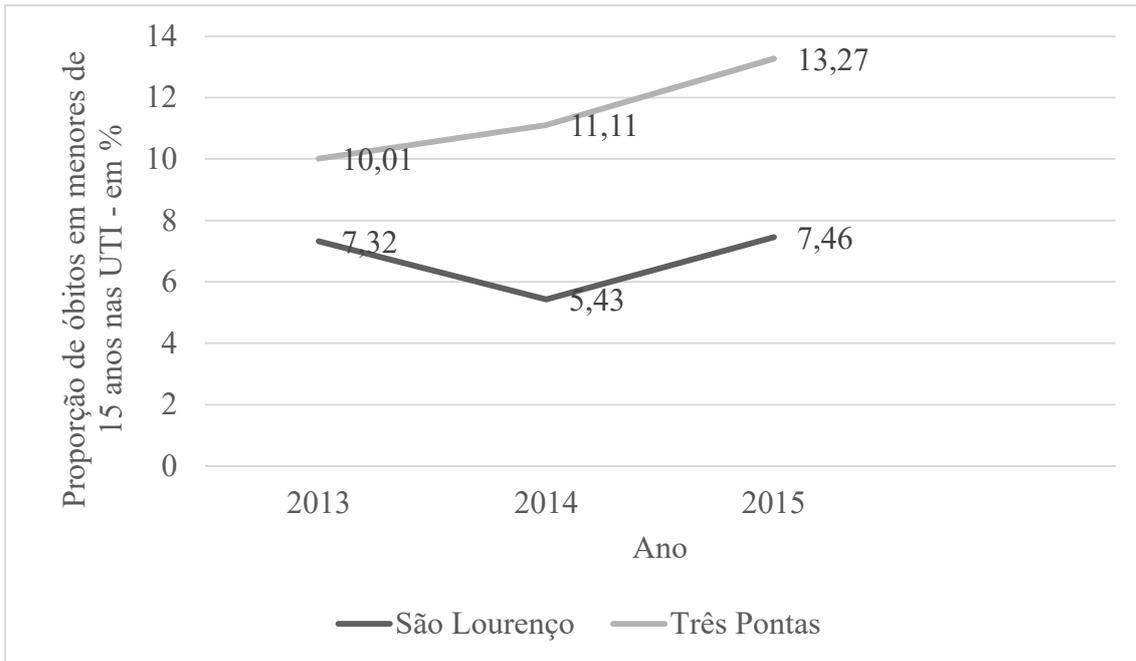


Gráfico 11 – Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2015  
 Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

Para Três Pontas, se antes da realização da reunião de Mediação Sanitária, o indicador já apresentava pequena piora em seu comportamento, após a realização da mesma, o indicador continuou nesta linha, o que pode sugerir incapacidade da Mediação Sanitária em interferir no mesmo (GRÁFICO 11).

A Rede de Urgência e Emergência, segundo alguns dos atores entrevistados, foi um dos principais temas debatidos nas duas regiões de saúde. Assim, importante indicador acerca da mesma é a “Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192)”.

O SAMU-192 passou a funcionar na Região Ampliada de Saúde Sul (RAS-Sul) a partir de 31 de janeiro de 2015, por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas (CISSUL). Considerado o maior consórcio de saúde do país, presta assistência a 152 municípios inseridos na RAS-SUL.

Na região de saúde de São Lourenço, o SAMU possui bases instaladas nos municípios de Aiuruoca, Caxambu, Lambari e São Lourenço, contando com 4 Unidades de Suporte Básico (USB) e uma Unidade de Suporte Avançado (USA), além de equipe de profissionais composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores-socorristas.

Nesta região, a Rede de Urgência e Emergência possui, também, instituições hospitalares de retaguarda localizadas nos municípios de Baependi, Minduri, Passa Quatro e São Lourenço.

Não região de saúde de Três Pontas, o SAMU instalou bases nos municípios de Boa Esperança e em seu município polo – Três Pontas. Estão disponíveis, nesta região, duas Unidades de Suporte Básico (USB). O Hospital São Francisco de Assis, também localizado no território trespontano, é a instituição hospitalar de retaguarda.

Importante variável relacionada à Rede de Urgência e Emergência trata-se da “proporção das internações de urgência e emergência reguladas”.

Em São Lourenço, a partir do momento em que o SAMU iniciou sua atuação naquele território, percebeu-se um aumento do número de internações reguladas desde que a Central de Regulação do CISSUL passou a funcionar (GRÁFICO 12).

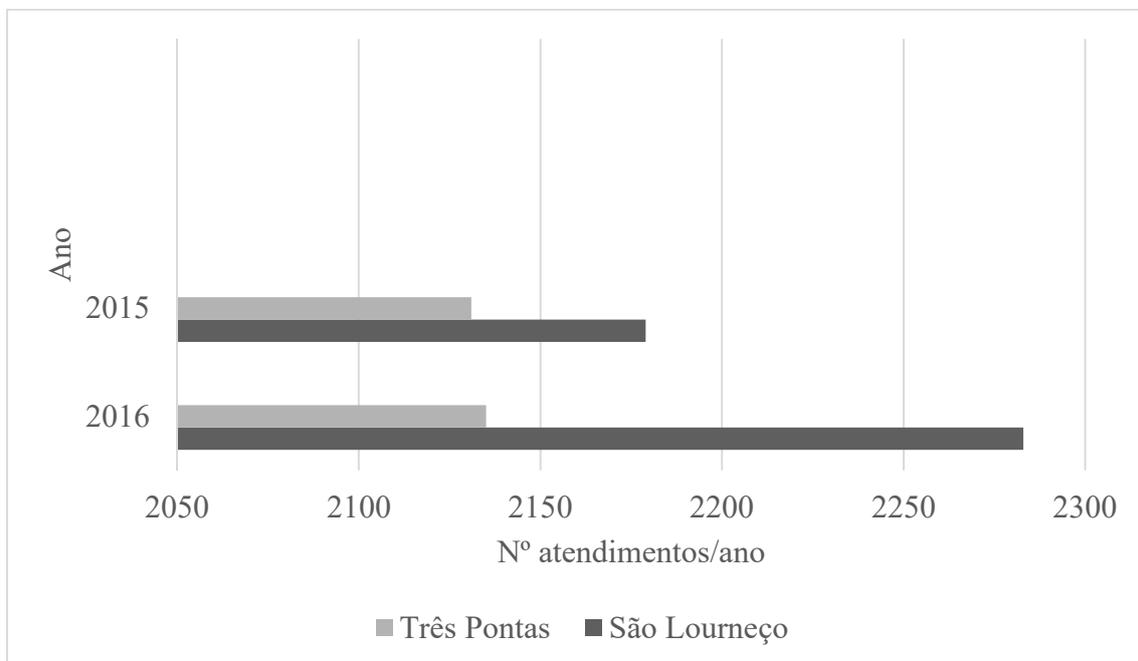


Gráfico 12 – Número de atendimentos regulados pelo SAMU – São Lourenço e Três Pontas – 2015 a 2016  
Fonte: Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas – CISSUL/SAMU.

Já na região de saúde trespontana, os números de internações reguladas nas urgências e emergências mantiveram-se praticamente constantes entre os anos de 2015 e 2016, conforme se observa no Gráfico 12. A princípio, os dados podem indicar que, em Três Pontas, apesar de não existir, em 2015, uma central de regulação responsável pela regulação dos pacientes em situações de urgência e emergência, havia naquela região de saúde um fluxo devidamente definido que supria a falta de uma central – talvez facilitado pela composição menos complexa desta região, que conta com 5 (cinco) municípios. Assim, mesmo com a instalação da mesma, não houve maiores impactos para este indicador. Situação diferente pode ter ocorrido na região

de saúde de São Lourenço – mais ampla, constituída por 24 (vinte e quatro) municípios. Naquela região, talvez por conta do maior número de municípios que a compõem, a instalação de uma central de regulação para a urgência e emergência pode ter ajudado na redefinição do encaminhamento dos pacientes às portas de referência desta Rede temática em tempo oportuno. Todavia, tal fato carece de um maior aprofundamento, que poderá ser tema de um novo estudo específico *a posteriori*.

Tendo sido debatida nas reuniões de Mediação Sanitária, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também foi analisada neste trabalho acadêmico, por meio do indicador que mensura a “cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”. Em São Lourenço, o indicador apresentou melhoria constante, nos períodos que antecederam e sucederam a Mediação Sanitária ocorrida naquele território (GRÁFICO 13).

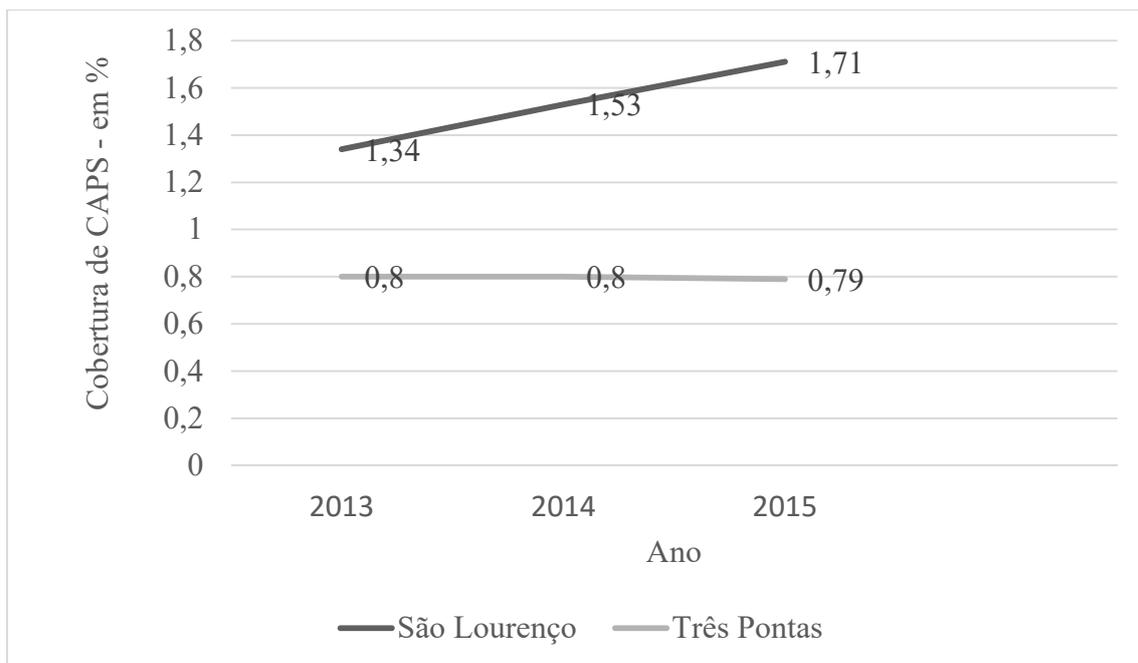


Gráfico 13 – Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – 2013 a 2015

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

Já em Três Pontas, o mesmo indicador manteve-se praticamente constante ao longo do tempo (GRÁFICO 13).

Neste ponto, após a apresentação do comportamento dos indicadores para o período relatado, é necessário realizar alguns apontamentos. Ao cogitarmos realizar análise dos indicadores supramencionados, pensamos em relacionar possíveis melhorias em suas

respectivas tendências a uma possível sensibilização proporcionada pelas reuniões de Mediação Sanitária aos gestores públicos da saúde dos municípios que compõem aqueles territórios.

No entanto, conforme já fora abordado neste trabalho, a ausência de um comportamento claro de melhoria destes indicadores pode estar mais relacionada com a falta de continuidade da proposta de Mediação Sanitária nos territórios estudados, tido pelos atores entrevistados como um dos principais entraves para que o processo pudesse ser ainda mais resolutivo.

Não obstante, é preciso avaliar esta proposta não apenas por meio da quantificação de entregas, mas, sobretudo, pela mudança de comportamento e de processos propiciada pela mesma nestes territórios, quanto à possibilidade de abandonar o atuar solitário, fragmentado, unilateral de cada um dos atores, para uma ação alicerçada no diálogo e na conjunção de saberes.

Morgan (2011) lembra que, sob circunstâncias que mudam, é importante que os Sistemas sejam capazes de questionar aquilo que têm feito, no intuito de modificar sua ação para que se leve em conta novas situações, de maneira a se promover um tipo de ação mais flexível e criativa. Isto porque, para o autor, as pessoas usualmente tendem a agir sobre bases de informações incompletas acerca de possíveis cursos de ação e suas prováveis consequências, sendo capazes de explorar apenas um limitado leque de alternativas relativas a determinada decisão. É o que parece acontecer quando tanto os ordenadores do direito quanto os próprios gestores de saúde agem de forma solitária para tentar resolver os cada vez mais complexos problemas advindos do SUS. Quando as situações que se quer controlar são razoavelmente certas, a atuação hierarquizada e isolada pode ser efetiva para controlá-las. Todavia, as situações mais complexas tendem a gerar sobrecarga de informações para a tomada de decisão isolada.

O enfoque burocrático de atuação, com pensamentos fragmentados, tende a criar interpretações supersimplificadas das situações que os atores lidam. Aliás, a atuação fragmentada, para Morgan (2011), faz com que os atores se interessem apenas pelos problemas cuja solução encontra-se à mão, rebaixando os problemas complexos para um segundo plano.

Ainda segundo o autor, a incerteza dificulta a programação e o planejamento de uma resposta assertiva a determinado problema complexo. Assim, há que se expandir os relacionamentos laterais, por meio, por exemplo, da utilização de grupos-tarefas, onde são enfatizados a prudência e o julgamento.

É o que a Mediação parece enxergar e propor. Certa de que a atuação solitária, tanto do próprio Ministério Público, quanto dos demais atores envolvidos com o SUS, não é mais suficiente para solucionar os problemas do setor, a Mediação propõe uma mudança no processo

de resolução destes problemas, com a atuação conjunta e solidária dos atores envolvidos com o direito à saúde.

É dada importância, ainda, ao *feedback* ocasionado pela atuação conjunta de diversos sujeitos. Isso porque a retroalimentação advinda de conhecimentos distintos permite aos Sistemas sentir, monitorar e explorar aspectos significativos do que ocorre em seus ambientes, capacitando-os a relacionar estas informações com as normas operacionais que os guiam, bem como detectar eventuais desvios significativos dessas normas, aplicando a ação corretiva quando são observadas discrepâncias.

Para Morgan (2011), este processo contínuo de troca de informações permitiria ao Sistema monitorar mudanças e iniciar respostas apropriadas, operando de forma inteligente e auto-reguladora.

Portanto, as Mediações Sanitárias seriam capazes de, a partir da ação compartilhada de diversos atores com diversos saberes, proporcionar o feedback aos responsáveis que, de posse das informações, conseguiriam corrigir as distorções encontradas nas Redes Temáticas do SUS, eliminando o erro e melhorando a assistência.

Para Asensi e Pinheiro (2015), os arranjos de atuação interinstitucional proporcionam, ainda, uma atuação predominantemente extrajudicial, fomentando o diálogo entre os diversos atores locais, configurando-se em uma alternativa ao modelo adversarial da judicialização, promovendo uma sinergia entre Executivo e Judiciário.

Assim, neste momento, é conveniente mencionar as unidades de registro alocadas na subcategoria denominada “Percepção dos atores envolvidos com a Mediação Sanitária”.

E1 enxerga na Mediação Sanitária um mecanismo semelhante ao proposto por Morgan, ao afirmar que “A Mediação permite que o MP, ao invés de judicializar, junte-se a nós para tentar achar uma solução para os problemas apresentados”. E complementa sua reflexão, dizendo que “[...] eu acredito que a Mediação deva ser fortalecida, pois os municípios devem estar alinhados com o Ministério Público pra evitar a judicialização e pra fortalecer o Sistema”. Explica, então, que “A Mediação proporciona uma integração maior do executivo com o MP [...]”.

Já E2 percebe que “Mediação Sanitária [...] é quando você esgota todas as possibilidades de negociação entre duas partes que têm poder de decisão”.

E4 também expressa que “[...] eu acredito na Mediação como metodologia aplicada de resolução de conflitos, nisso eu acredito, acredito mesmo [...] como esgotamento de discussão de determinados problemas, em que todos são iguais, onde há diálogo horizontal”.

Pelo que fora exposto, mesmo que momentaneamente, com uma atuação integrada entre os diversos atores locais responsáveis pela saúde do território por meio das Mediações Sanitárias, houve a possibilidade de solução de problemas que, até então, pelo atuar tradicional, isolado, estavam gerando conflito, não havendo concordância quanto à sua resolução. A mudança no processo de discussão, com maior integração entre estes atores, e o compartilhamento de responsabilidade, foi capaz de sanar os principais problemas que levaram à realização das duas reuniões de Mediação Sanitária nestas Regiões de Saúde.

O atuar solitário torna cada vez mais difícil para o gestor público o enfrentamento das situações complexas. É preciso, assim, encorajar um enfoque de análise e solução de problemas complexos que reconheça a importância de se explorar diferentes pontos de vista, pois muitos dos assuntos encarados pelos Sistemas em ambientes de maior complexidade exigem percepções multidimensionais. Há que se explorar, portanto, as várias dimensões de determinado problema, por meio do debate construtivo entre defensores de perspectivas que competem entre si. Esta nova forma de atuar permitiria a exploração mais completa de determinados fatos, com novas formas de resolução propostas, que só um atuar integrado seria capaz de fornecer. Adotar-se-ia, assim, uma abordagem participativa no processo, por meio da tomada de decisão coletiva, que permitiria detectar e corrigir a maior parte dos erros e, com isso, a ação proposta passaria a ser mais assertiva por ser constituída do comprometimento de todos os envolvidos. Esta ação, assim, seria fruto do processo de aprendizagem coletiva, e não simplesmente imposta de forma unilateral por um dos atores (MORGAN, 2011).

Asensi e Pinheiro (2015) também enxergam na interação entre os atores nestes espaços extrajudiciais a possibilidade de redução das deficiências de conhecimento pois, ainda que informalmente, acaba por ocorrer uma mútua capacitação entre os envolvidos nestas estratégias. Cria-se, além disso, um espaço de respeito e de colaboração.

As Mediações Sanitárias, por sua composição heterogênea, permitiriam ao Sistema Único de Saúde funcionar de forma, ao mesmo tempo, especializada e genérica.

Para Morgan (2011, p. 105):

[...] a gama de conhecimentos e habilidades requeridas para lidar com complexos problemas é tão grande que seria impossível para todos se tornarem especialistas em tudo. Então, a composição de determinado Sistema deveria atender à variedade e complexidade de seu ambiente.

Os vários conhecimentos especializados oferecidos pela diversidade de atores, dentro de sua estrutura de funcionamento, seriam capazes de discutir um problema a partir de diversos ângulos e, então, a decisão genérica proferida pela Mediação seria carregada destes vários

saberes advindos de distintas especialidades. Cria-se, assim, relacionamentos qualitativamente diferentes entre as pessoas envolvidas.

As Mediações seriam capazes, assim, de “criar um padrão de capacidades sobrepostas e bases de conhecimento no grupo como um todo, ofertando as habilidades e capacidades requeridas para lidar com o ambiente de atuação de maneira integrada” (MORGAN, 2011, p. 105).

No entanto, este tipo de atuação extrajudicial e compartilhada também pode apresentar problemas, como a falta de compromisso de alguns gestores públicos no desenvolvimento de projetos de longo prazo, tendo como base o diálogo, além da falta de abertura do Poder Judiciário em aceitar a escassez de recursos financeiros como argumento para a não efetivação do direito fundamental à saúde. Por outro lado, as medidas extrajudiciais são capazes de consolidar o diálogo interinstitucional, adotando uma forma de gestão mais colaborativa, com a construção conjunta de soluções, com o aperfeiçoamento da atuação do Judiciário (ASENSI; PINHEIRO, 2015).

O desafio das Mediações vai além, então, da resolução de problemas, mas propõe-se a ser uma ponte para uma nova forma, mais democrática, de atuação no Sistema. Para isso, a própria estratégia percebeu a necessidade de existir continuidade do processo nos territórios. Esta continuidade dar-se-ia por meio da atuação das Comissões de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregionais.

Para E4, a implementação efetiva deste novo processo poderia trazer uma nova forma de se discutir os problemas do Sistema, pois “[...] poderia ter uma quebra desse empoderamento nato do promotor local pra poder chegar nesse cenário de maturidade de compartilhamento de responsabilidade” (E4).

Estas Comissões foram criadas nas duas reuniões aqui estudadas para que a estratégia extrajudicial pudesse ter continuidade nos territórios, além da realização de um amplo diagnóstico do SUS nestes locais.

Na subcategoria de análise “Contribuições das Mediações para o SUS”, E5 cita a criação destas Comissões de Trabalho Microrregionais com um dos produtos das reuniões realizadas, conforme unidade de registro exposta a seguir:

A criação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional de São Lourenço e Três Pontas [...] com a participação dos diversos atores da saúde, para análise, discussão e providências que beneficiassem a população, por meio da organização dos serviços, ampliação da assistência e cumprimento dos pactos regionais [...] (E5).

No entanto, a efetiva atuação destas Comissões talvez tenha sido prejudicada pelo momento de transição política em que foram criadas. É o que se extrai do relato de alguns partícipes das Mediações Sanitárias estudadas. Na subcategoria “Entraves para o processo de Mediação Sanitária”, algumas unidades de registro merecem destaque.

E5, por exemplo, relata ter ocorrido “[...] a interrupção do processo iniciado, por conta de mudanças político-governamentais”. Assim, há a percepção, para este entrevistado, da “[...] necessidade de institucionalização e/ou normatização, de forma a não permitir a descontinuidade do processo, com empoderamento decisório da Mediação”.

M1 demonstra desaprovação pela descontinuidade do processo iniciado, afirmando que “[...] foi frustrante, pois [...] ficou responsável por convocar outras reuniões em sequência para avaliar os resultados das medidas propostas, mas nunca as convocou”.

Na percepção de alguns atores entrevistados, a falta de continuidade na implementação da proposta acaba, até mesmo, por regredir a atuação dos envolvidos ao cenário pré-Mediação. É o que nos relata, por exemplo, E4, ao observar que:

[...] acabou aquele momento, voltou a rotina, promotoria atuando isolada, sem ouvir os atores, voltou o modo de atuar antigo, de fragmentação, de atuar solitário de cada ator, do próprio secretário de saúde ter que voltar a bater na porta do promotor e não ter esse diálogo, essa conversa propiciada na Mediação.

No entanto, o mesmo entrevistado (E4) admite que “[...] o momento da Mediação despertou nos gestores outros momentos pra fazer mediações paralelas, adotar esse modelo de resolução de problemas, de compartilhamento”.

M1 entende que “[...] torná-la uma constante seria um dos melhores meios para melhorar a saúde pública”. E prossegue “[...] acredito que as medidas extrajudiciais, se bem implementadas, seriam capazes de resolver praticamente todos os problemas do SUS, e a judicialização seria evitada”.

E6 também enxerga vantagens nas medidas extrajudiciais, ao destacar que “[...] na maioria das vezes, são mais efetivas que os processos (judiciais), pois são mais rápidas e ocorrem sem maiores desgastes”.

Assim, a busca por uma atuação menos formal e burocrática também se relaciona com a percepção de que o tempo do processo judicial - com seus ritos formais – é diferente do tempo da saúde que, na maior parte das vezes, exige uma atuação imediata para se evitar danos. Pressupõe-se que a demanda judicial não atende integralmente as demandas do setor saúde, por fatores como o tempo de resolução, o tipo de decisão, além da pouca abertura ao diálogo. Além disso, acaba por impor quem será o vencedor e o perdedor na causa específica, mas não auxilia

necessariamente na efetivação do direito à saúde de maneira ampliada. A atuação extrajudicial permitiria, então, mediar e dialogar, ao invés de impor e decidir (ASENSI; PINHEIRO, 2015).

Outra dificuldade apontada pelos participantes relaciona-se à questão política local, bem como ao subfinanciamento crônico do SUS. Quanto ao primeiro ponto, E2 entende que:

Questões políticas vão além da capacidade de resolução da Mediação [...]. Se meu município tem um prefeito A que ganhou a eleição, os simpatizantes do prefeito B que perdeu a eleição farão de tudo para que aquela gestão não dê certo (E2).

Assim, a possibilidade de atuação das Mediações Sanitárias poderia ser limitada por questões de ordem política. Todavia, este é outro fato que merece um estudo aprofundado, numa futura pesquisa que abordaria especificamente esta relação.

Já o subfinanciamento do Sistema é visto tanto como causa e consequência da judicialização, como um problema intransponível até mesmo para a Mediação. É o que nos relata E2. Para ele, “se não resolver ou amenizar a questão do subfinanciamento, não tem Mediação Sanitária que consiga resolver os problemas do SUS”.

E1 também aborda a questão ao nos relatar possíveis contribuições das Mediações Sanitárias no território:

[...] se não houver um financiamento adequado de quem é responsável, vai acontecer inúmeras Mediações, mas será difícil alcançar um resultado concreto, pois o problema principal, que é o financiamento, persiste (E1).

Assim, considerando tudo o que fora explorado por esta pesquisa, admite-se que as Mediações Sanitárias estudadas foram efetivas, ou seja, causaram impacto assistencial ao solucionarem problemas específicos já instalados nas Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas, visto que, segundo relatos dos participantes, tais problemas não só deixaram de existir após a realização das mesmas como contribuíram para a organização da Rede de Urgência e Emergência e da Rede de Atenção Psicossocial local. Além, propiciaram uma nova forma, mesmo que momentânea, de atuação dos atores na abordagem dos problemas do setor saúde. Se o atuar tradicional e fragmentado não foi capaz de solucionar os problemas relatados, a atuação solidária, compartilhada, mostrou ser um caminho eficaz para se evitar o conflito entre estes atores, bem como corrigir as situações geradoras de problemas. No entanto, para que se tornem meios alternativos efetivos de resolução de conflitos e de problemas no SUS, deverão passar pela necessária continuidade nos territórios em que atuar. Caso contrário, tornar-se-ão momentos isolados, permitindo o retorno da atuação tradicional nos locais onde não for fortalecida.

Assim, seguindo a mesma sugestão de Delduque (2015) – a qual propôs a ampliação desta proposta extrajudicial por meio da construção de núcleos de Mediação Sanitária no âmbito das Secretarias de Saúde – este estudo é finalizado com a ambiciosa recomendação de se avaliar a possibilidade de institucionalização das Mediações Sanitárias não apenas no domínio do Ministério Público, mas no SUS mineiro – aos mesmos moldes das Comissões Intergestores Regionais e Bipartite ou, ainda, ampliando os atores que hoje constituem os Conselhos de Saúde, considerando a possibilidade de se incluir os ordenadores do direito nestes últimos – se tornando um novo espaço democrático mensal de resolução dos problemas regionais para que, com sua composição heterogênea, possa analisar os principais percalços enfrentados pelo Sistema e sugerir soluções e readequações que possam otimizar a sua atuação, transformando-a num novo paradigma capaz de substituir a litigância, sem que se abandone o necessário diálogo jurídico.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Criadas pelo Ministério Público mineiro na tentativa de empoderar os atores envolvidos na efetivação do direito à saúde, na busca por soluções para os complexos problemas do setor, através do compartilhamento de responsabilidades entre estes, as Mediações Sanitárias pesquisadas neste estudo demonstraram capacidade de contribuir para o desfecho de problemas pontuais na área, que já se encontravam instalados nos territórios estudados. Por meio de sua atuação, ficaram definidas as portas hospitalares para urgência e emergência nos hospitais localizados em São Lourenço e Três Pontas. Além, foram capazes de sustentar, ainda, a instalação dos leitos de saúde mental em hospital geral na instituição hospitalar trespontana.

No entanto, foi possível perceber que, nas regiões de saúde estudadas, tais medidas careceram de continuidade, sobretudo por meio das Comissões criadas para dar andamento aos trabalhos iniciados em cada uma destas regiões, mas que, na prática, não perpetuaram o trabalho iniciado pelo CAO-Saúde do Ministério Público mineiro, sobretudo para que possam se tornar, verdadeiramente, uma nova forma de atuação dos atores da saúde em um território sanitário, suplantando o modelo convencional de atuação fragmentada e isolada dos diversos atores.

Assim, para que possam ser mais abrangentes, capazes de auxiliar na organização das Redes de Atenção à Saúde de um Sistema complexo, necessitam de uma agenda de trabalhos continuada pois, apenas desta forma, terão condições de acompanhar os encaminhamentos e compromissos assumidos pelos sujeitos partícipes e se estes estarão sendo, de fato, cumpridos. Além disso, este trabalho regional continuado permitiria um diagnóstico mais aprofundado dos principais percalços enfrentados na saúde em cada território sanitário, bem como as prioridades de atuação, norteando as discussões, tornando tais medidas extrajudiciais mais efetivas tanto para aprimorar os serviços existentes, quanto para evitar judicializações oriundas de falhas das redes assistenciais loco-regionais.

Todavia, é preciso destacar e valorizar a mudança de cultura propiciada por este inovador processo de resolução de conflitos, ao possibilitar aos atores envolvidos com o direito à saúde nestes territórios a atuação conjunta, integrada, num espaço capaz de permitir a troca de saberes e a responsabilização compartilhada na busca pela solução dos problemas do Sistema, sobretudo em um ambiente de atuação que se mostra cada vez mais complexo.

Portanto, este trabalho concluiu, principalmente por meio dos relatos dos entrevistados, de que os principais objetos de discussão que proporcionaram as reuniões de Mediação Sanitária nas regiões de saúde de São Lourenço e Três Pontas – a situação da Rede de Urgência

e Emergência e, em Três Pontas, o acréscimo da Rede de Atenção Psicossocial - foram solucionados através da juridicização das discussões dos problemas no âmbito destas. No entanto, vários outros temas discutidos acabaram por padecer de continuidade de análise em momentos subsequentes que, apesar de compromissados por meio de uma Comissão de Mediação Sanitária regionalizada, nunca ocorreram.

Ainda, a atuação das Mediações parece ter limites e esbarra em obstáculos como em decisões políticas locais e no próprio subfinanciamento grave pelo qual o Sistema Público de Saúde passa desde que fora instituído. Todavia, estas possíveis limitações ao funcionamento da proposta carecem de maior aprofundamento, que poderão ser realizados em estudos futuros.

Apesar disso, conforme relatado, vale insistir e destacar a mudança, mesmo que momentânea, no tipo de atuação dos atores envolvidos com a saúde nos territórios estudados, com a integração de conhecimentos e o compartilhamento da responsabilidade de resolução de determinados problemas. Esta mudança no processo decisório, com vistas a uma atuação compartilhada e interinstitucional, talvez possa ser considerada a principal contribuição das Mediações Sanitárias para um Sistema Aberto, orgânico, vivo e complexo, que vivencia um ambiente cada vez mais turbulento, e que parece não mais suportar atuações conflituosas e fragmentadas.

Sugere-se, por fim, a ampliação deste modelo de atuação, por meio de sua institucionalização não apenas no âmbito do Ministério Público, mas no próprio Sistema Único de Saúde mineiro.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Fernando Teixeira. **O medo**: o maior gigante da alma. [2005]. Disponível em: <<http://biucproject.org/blog/preconceito/o-medo/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2018.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As Instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, p. 33-55, 2010.

ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). **Revista de Direito Sanitário**, v.17, n. 2, p. 48-65, jul./out. 2016.

ASSIS, Gilmar de. A ação institucional de mediação sanitária: Direito, saúde e cidadania. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 2, n. 2, jul./dez.2013.

\_\_\_\_\_. **Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania**. 1. ed. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/>>. Acesso em: 01 de outubro de 2015.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no Direito Constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. 3. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

\_\_\_\_\_. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Interesse Público**, Belo Horizonte, v. 9, n. 46, nov.2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Almedina, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF: CONASS, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Capítulo da Saúde. Artigos 196 ao 200. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 01 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 01 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 01 out. 2015.

\_\_\_\_\_. 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 01 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferência para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm)>. Acesso em: 01 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BROWN, Scott; CERVENAK, Christine; FAIRMAN, David. **Alternative Dispute Resolution Practitioners Guide**. Washington, DC: Center for Democracy and Government, 1998.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais**: revista Interinstitucional de Psicologia, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul./dez. 2013.

CAPPELLETTI, Mauro. **Acesso à Justiça**. Porto Alegre: Fabris, 1988.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, p. 9-24, 2009.

\_\_\_\_\_. Direito sanitário: fundamentos, teoria e efetivação. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão; RIBEIRO, Helena (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais**. 1ª Edição. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 249-268.

DAUER, Edward. Alternatives to litigation for health care conflicts and claims: alternative dispute resolution in medicine. **Hematol Oncol Clin North Am**, n. 16, p. 1415-1431, 2002.

DELDUQUE, Maria Célia; CASTRO, Eduardo Vazquez de. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 506-513, 2015.

\_\_\_\_\_. A Mediação Sanitária como novo paradigma alternativo à judicialização das políticas de saúde no Brasil. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Direito à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015. p. 80-81.

DELDUQUE, Maria Célia; CARVALHO, Maria Siqueira de; BARTOLOMEI, Carlos Emmanuel Fontes. A Saúde é um Direito! **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.184-191, set./dez. 2003.

DINIZ, Maria Gabriela Araújo. Direito Social em favor dos pobres: perspectivas da adoção de meios alternativos de solução de controvérsias nos conflitos de direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 2, n. 2, 2013.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

\_\_\_\_\_. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Edberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GAMA, Alessandra S. da; GOUVEIA, Luciana. **SUS Esquematizado: teoria e questões**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

\_\_\_\_\_. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

\_\_\_\_\_. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

LUCCHESI, Patrícia. **Informação para tomadores de decisão em saúde pública: políticas públicas em saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal, **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

MENDES, Sérgio. **Administração financeira e orçamentária: teoria e questões**. 2. ed. São Paulo: Método, 2011.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG N° 1.979**, de 18 de novembro de 2014. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG. Belo Horizonte, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. **Defesa da Saúde**. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://www.mpmg.mp.br/areas-de-atuacao/defesa-do-cidadao/saude/>>. Acesso em: 17 maio 2015.

\_\_\_\_\_. **Portal do Ministério Público de Minas Gerais**. 2015. Disponível em: <<http://www.mpmg.mp.br>>. Acesso em: 17 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução PGJ N° 78, de 18 de setembro de 2012. Dispõe sobre a criação da Ação Institucional de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania, no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE). **Diário Eletrônico do MPMG**, Ministério Público de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 20 set. 2012. Disponível em: <<http://www.mpmg.mp.br/files/diariooficial/DO-20120920.PDF>>. Acesso em: 01 out. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOCELIN, Cássia Engres. Demandas judiciais na saúde pública: instrumentos para a efetivação do direito à saúde e/ou novos arranjos na gestão e organização do SUS. **Revista Gestão e Desenvolvimento em Contexto**, v. 1, n. 1, 2013.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 33. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MOTTA, Fernando Claudio Prestes. A teoria geral dos sistemas na teoria das organizações. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 17-33, 1971.

OLIVEIRA, Juliana Gonçalves de. Judicialização da saúde: as controvérsias da busca pela efetivação do direito fundamental à saúde através do judiciário. In: SEMINÁRIO NACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 12., 2016, Santa Cruz do Sul. **Anais...** Santa Cruz do Sul: UNISC, 2016.

OLIVEIRA, Luciano Moreira; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; MILAGRES, Marcelo de Oliveira. Ministério Público e políticas de saúde: implicações de sua atuação resolutiva e demandista. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 3, p. 142-161, nov./fev. 2015.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes. A Judicialização da Saúde no Brasil. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 79-90, 2013.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito Constitucional descomplicado**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2011.

PIOVESAN, Flavia; VIEIRA, Renato Stanzola. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Iberoamericana de Filosofia**, n. 15, p. 128-146, abr. 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SANO, Hironobu; MONTENEGRO FILHO, Mário Jorge França. As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações pública. **Desenvolvimento em Questão**, n. 22, p. 35-61, 2013.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Para uma revolução democrática da justiça**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, n. 67, p. 125-172, 2008.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplos de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, 2015.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. O uso da Análise de Conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2004.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

ASSIS, Gilmar de. **Gilmar de Assis: entrevista** Mediação Sanitária, maio 2015. UNASUS, 2015. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2110>>. Acesso em: 01 jan. 2017.

UNIÃO EUROPEIA. **Directiva 2008/52/CE del Parlamento Europeo y del Consejo**: de 21 de mayo de 2008, sobre ciertos aspectos de la mediación em asuntos civiles y mercantiles. 2008.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

## APÊNDICE A – Roteiro para entrevistas

**A – Caracterização pessoal e profissional:**

1. Pseudônimo para identificação:
2. Sexo:
  - a.  Feminino
  - b.  Masculino
3. Faixa Etária:
  - a.  até 20 anos
  - b.  de 21 a 30 anos
  - c.  de 31 a 40 anos
  - d.  de 41 a 50 anos
  - e.  de 51 a 60 anos
  - f.  mais de 60 anos
4. Estado Civil:
  - a.  Solteiro
  - b.  Casado
  - c.  divorciado
  - d.  viúvo
  - e.  outros \_\_\_\_\_
5. Escolaridade:
  - a.  Ensino Fundamental
  - b.  Ensino Médio
  - c.  Superior incompleto
  - d.  Superior completo
  - e.  Especialização – Pós lato sensu
  - f.  Mestrado – Pós stricto sensu
  - g.  Doutorado
6. Formação profissional:
7. Atuação profissional:
  - a.  Município  Estado  União
  - b.  Executivo  Legislativo  Judiciário  Outro \_\_\_\_\_
8. Função profissional:

**B – Roteiro de entrevista semi-estruturada:**

1. Qual sua percepção acerca do fenômeno da judicialização da saúde?
2. Como se deu o início do processo de reunião de Mediação Sanitária no município/região de saúde? Quem foi o responsável por propor e convocar a reunião?
3. Como foi realizado o convite e por quem?
4. Qual foi o objetivo principal para a realização da Mediação Sanitária na região de saúde/município?
5. A Mediação Sanitária conseguiu contribuir efetivamente para a resolução dos objetos para os quais foi convocada? Evitou-se a judicialização do caso?
6. Quais foram os desdobramentos/pactuações que se deram após a realização da Mediação?
7. Qual sua percepção, como ator envolvido diretamente no processo, a respeito destas medidas extrajudiciais? Seriam capazes de solucionar efetivamente os problemas relacionados à saúde pública, evitando-se a judicialização?
8. Quais os principais percalços detectados em todo o processo?
9. Na sua opinião, a medida extrajudicial de Mediação Sanitária pode ser eleita como um instrumento que funciona de forma efetiva na resolução dos problemas da saúde pública? Esforços para empoderá-la compensam?
10. Em sua opinião, algo precisa ser melhorado para uma maior efetividade da Mediação Sanitária?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Luiz Paulo Riceputi Alcântara, discente do programa de Pós-Graduação em Gestão Pública e Sociedade – mestrado acadêmico – da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG), campus Varginha/MG, estou desenvolvendo pesquisa, sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup> Maria Regina Martinez, com a co-orientação do professor Dr. Wesley Carlos Ribeiro, intitulada “Contribuições das Mediações Sanitárias para o SUS nas Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas: um estudo de caso”.

O objetivo principal do estudo proposto consiste em analisar quais foram as contribuições das Mediações Sanitárias em duas regiões de saúde específicas do SUS no Estado de Minas Gerais.

Sua participação no projeto proposto é voluntária e sua recusa será mantida em sigilo. Assim, caso consinta em participar, informo que irei coletar dados por meio de um questionário semi-estruturado previamente elaborado, contendo cerca de nove perguntas, todas relacionadas com a reunião de Mediação Sanitária a qual o(a) senhor(a) participou.

Serão garantidos o seu anonimato, bem como o sigilo das informações, que ficarão sob nossa responsabilidade. Iremos trabalha-las de forma global, reunindo todos os dados de todos os indivíduos participantes do estudo, de forma a evitar a identificação individual dos participantes. Durante a entrevista, você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer penalização ou prejuízo a sua pessoa.

Os riscos previstos para os partícipes da pesquisa relacionam-se, sobretudo, ao tempo que o sujeito entrevistado dependerá ao ser entrevistado. Todavia, tal risco poderá ser contornado ao permitir ao ator entrevistado que selecione o melhor horário de sua agenda para que tal ação seja realizada. Ainda, por analisar uma ação vinculada direta ou indiretamente ao seu trabalho – qual seja, a Mediação Sanitária – tal situação poderá trazer ao indivíduo entrevistado percepções boas mas, também, ruins, acerca do tema.

Quanto aos benefícios, ressalta-se a oportunidade de relatar suas experiências e percepções acerca da participação em uma nova ação institucional que busca fortalecer o

Sistema Único de Saúde, contribuindo tanto para melhoria da aludida ação quanto para o Sistema em si.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é o documento que comprova a sua permissão, possuindo duas vias. Uma ficará na posse do participante, enquanto a outra com o pesquisador. Portanto, precisamos de sua assinatura para oficializar o seu consentimento.

Para possíveis informações ou esclarecimentos a respeito da pesquisa, é possível realizar contato com este pesquisador – Luiz Paulo Riceputi Alcântara – através do telefone (35) 9.9913-4901, ou por meio do endereço eletrônico [luizriceputi@yahoo.com.br](mailto:luizriceputi@yahoo.com.br). Ainda, tem-se à disposição o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL/MG, que poderá ser contatado por meio do telefone (35) 3299-1318. O mesmo situa-se à Rua Gabriel Monteiro da Silva, nº 700, Prédio O – sala 409-B, no município de Alfenas/MG.

Agradecemos desde já sua valiosa colaboração e nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Por me achar plenamente esclarecido(a) e em perfeito acordo com este termo de consentimento, eu, para oficializar minha participação como sujeito desta pesquisa, de forma livre, esclarecida e voluntária, assino o presente documento.

Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Categoria: Judicialização da Saúde</b>	
<b>Subcategoria 1: Percepções Positivas</b>	
<b>Entrevistado</b>	<b>Unidade de Registro</b>
E1	-
E2	<p>“[...] a judicialização mostra claramente que o SUS precisa ser revisto em todos os seus aspectos. E eu acho primordial na questão de financiamento e de competências”.</p> <p>“A judicialização é uma amostra clara e precisa de que o Sistema está falhando”.</p>
E3	“A judicialização acaba sendo o reflexo de uma falha do Sistema, que não consegue fornecer aquilo que deveria fornecer e que já é um direito do cidadão”.
E4	-
E5	“Necessária [...], pois por um lado é legítima e fundamental a necessidade de assegurar o direito do cidadão à saúde”.
E6	“A judicialização é reflexo da ausência de efetividade da política pública do Sistema Único de Saúde”.
M1	-
L1	-

Fonte: Elaboração própria, a partir das entrevistas realizadas.

<b>Categoria: Judicialização da Saúde</b>	
<b>Subcategoria 2: Percepções Negativas</b>	
<b>Entrevistado</b>	<b>Unidade de Registro</b>
E1	<p>“Atrapalha muito a rotina nossa de trabalho [...] a gestão municipal trabalha voltada sempre na programação de tudo, e quando acontece a judicialização, ela atrapalha o que foi planejado, porque a gente tem que atender a demanda judicial”.</p> <p>“[...] isso prejudica a nossa estruturação, porque a gente programa uma coisa e com a judicialização a gente tem que deslocar recurso para uma ação inesperada”.</p>

E2

“[...] a judicialização, em muitos casos, não segue os parâmetros do SUS. Segue os parâmetros do atendimento particular, da necessidade do usuário que tem condição financeira de procurar essas instâncias para conseguir que judicialize o município”.

“Eu acho que a judicialização deveria ser mais voltada para seguir as normativas do SUS. Se a gente não conseguisse atender o SUS, que fosse judicializado”.

“A judicialização nos obriga, como gestores, a adquirir serviços por valores muito acima daqueles da tabela SUS, impactando diretamente no orçamento do município [...]”.

“[...] quando judicializado, independente da minha esfera e minha competência, a judicialização me atinge. Então eu planejo o que não faço, e faço o que não planejei”.

“O orçamento é limitado, a Constituição do nosso país garante tudo para todos, só que nós não temos financiamento que acompanhe”.

“[...] quem é o promotor, quem é o juiz pra dizer o que é certo e o que é errado? Eles entendem de saúde? Não. Estão interessados em entender? Não. Os ordenadores do direito não têm conhecimento técnico nenhum a respeito da saúde, e isso eu falo sem sombra de dúvida. Se tivessem (conhecimento), não fariam tanta besteira como fazem”.

“[...] onde estão os instrumentos norteadores? Eles (ordenadores do direito) não reconhecem os mesmos em hipótese alguma”.

“[...] tudo o que é pactuado é um engodo perante a justiça. Não tem validade perante a justiça”.

“[...] o promotor pode jogar qualquer responsabilidade pra cima de um gestor de saúde e, estando certo ou errado, nada acontece com ele. Você pode fazer uma defesa técnica, calçado em Portarias, Resoluções, Deliberações, se isso for lido pelo Ministério Público, não houve entendimento”.

“É preciso que se capacite os promotores, ou que se tenha um profissional de saúde ao lado do promotor para subsidia-lo tecnicamente na tomada de decisão”.

- “A judicialização tem por trás, também, interesses corporativistas, da classe médica, e da produção de medicamentos e equipamentos. Tanto a indústria farmacêutica quanto o perfil dos profissionais de saúde não é voltado para o SUS”.
- E3 “Eu acho que não é bom, penso que é ruim, uma vez que tem que levar pra justiça uma questão que já é direito da pessoa. A saúde já devia estar fazendo o que cabe a ela fazer, o que já é o direito da pessoa conquistado, então deveria ser cumprido sem precisar de judicializar”.
- E4 “[...] o que se pode passar para além da necessidade real de ser fazer atenção integral pro nosso usuário”.
- “Sem dúvida, há um exagero nas ações judiciais”.
- “[...] excessiva desse jeito”.
- E5 “[...] abusiva [...] a falta de critérios, o uso de parte de um único argumento – ‘saúde é direito de todos e dever do Estado’, não considerando o planejamento, a finitude financeira e as legislações administrativas, infringe os demais princípios, de equidade e integralidade, também para todos”.
- E6 -
- M1 “As demandas individuais tomaram conta do Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública. Penso que falta um trabalho sério na demanda coletiva, na prevenção dos problemas”.
- L1 “[...] hoje os municípios não têm mais de onde tirar recursos para aplicar na saúde e, com a judicialização, o complicador é maior ainda”.
- “[...] por parte do Judiciário, este poderia em princípio ouvir a demanda municipal antes de expedir uma ordem em prol da judicialização [...] deixando, assim, o município em questão bastante complicada, sem recurso, por ter que atender ao usuário que procurou o Ministério Público”.

---

**Categoria: Mediação Sanitária**
**Subcategoria 1: Motivo de Realização**

<b>Entrevistado</b>	<b>Unidade de Registro</b>
E1	<p>“[...] me parece que era pra discutir o contexto geral da região nossa em relação aos atendimentos, à judicialização em si, mas não lembro especificamente não”.</p>
E2	<p>“A proposta de Mediação partiu de mim. Eu procurei o Ministério Público porque eu estava me sentindo coagido, isolado, numa briga que eu sozinho não tinha condições de vencer”.</p> <p>“[...] numa decisão consensuada entre SMS e Promotoria local, solicitou-se o apoio do CAO-Saúde para mediar uma reunião com todos os atores envolvidos presentes”.</p> <p>“[...] um profissional do hospital insistia em não usar a ala que hoje está como psiquiatria para a psiquiatria. Ele queria dar um destino, segundo a opinião dele, mais correto para uma obra que foi financiada com recurso tripartite. Então eu discordei, e ele começou a dizer que eu não tinha qualificação [...]”.</p> <p>“Vários outros assuntos foram pontuados, mas o que dominou a discussão foi a Rede de Urgência e Emergência, a situação entre o Pronto Atendimento Municipal e a Santa Casa, o fato de o PAM ser municipal e a necessidade de uma gestão compartilhada, que foi questionada a princípio [...]”.</p>
E3	<p>“O objetivo principal da Mediação tinha relação com o hospital”.</p> <p>“A gente tava tendo uma questão com o hospital em relação aos leitos psiquiátricos, de saúde mental”.</p> <p>“[...] o hospital queria desistir desses leitos, e implantar outro serviço, e o recurso para construção do espaço foi com recurso federal, com recurso estadual, então foi com recurso público e o hospital queria mudar o objeto do contrato. A gente tinha um contrato, né? Que o destino daquele local era pra leito de saúde mental, e ele queria colocar outro serviço que trouxesse mais rentabilidade pro hospital”.</p> <p>“[...] a gente já tava discutindo com o hospital que não poderia mudar o objeto de contrato, e o hospital queria fazer essa mudança”.</p>

- E4 “[...] naquele momento, existia uma situação um pouco conflituosa, principalmente em relação ao Pronto Socorro do Hospital de São Lourenço [...]”.
- “O objetivo principal dessa Mediação era tratar desse problema que já estava se arrastando [...] um problema relacionado a essa porta de entrada”.
- “O grande problema era esse (porta de entrada hospitalar), e isso desencadeou a Mediação [...] porta de entrada, financiamento”.
- “[...] acho que a Mediação foi provocada pelo próprio secretário municipal de saúde, em consenso com o próprio gestor do prestador [...]. A proposta partiu, então, do Executivo local”.
- E5 “[...] dificuldade financeira do Hospital de São Lourenço, gerando deficiência na assistência para toda a região de saúde”.
- “[...] dar encaminhamentos com vistas a minimizar as dificuldades financeiras do Hospital, tendo o apoio dos principais atores dos poderes legislativo, judiciário e executivo”.
- “[...] avaliar a assistência, com ênfase na área hospitalar, considerando os serviços de referência regional”.
- “[...] o conflito proporcionado pela instituição hospitalar, com a tentativa unilateral de cancelamento de disponibilização dos leitos de saúde mental e redirecionamento da área construída para tal fim para a implantação de serviços de hemodiálise”.
- E6 “...se deu por conta das inúmeras ações movidas pelo Ministério Público da Comarca (contra a Secretaria Municipal de Saúde), aliado à escassez de recursos do Município para despesa com saúde”.
- “[...] reestabelecer as obrigações do município perante o SUS”.
- M1 “[...] ocorreu em face da alta demanda por medicamentos e cirurgias. O Poder Público não correspondia, como não corresponde ainda hoje, às necessidades dos usuários”.
- “[...] promover o encontro entre todos os responsáveis pela saúde da região, a fim de apresentar os problemas, fixar as responsabilidades de cada ente, encontrar soluções [...]”.
- L1 “Um dos motivos que me recordo foi o debate em termos financeiros da judicialização no SUS”.

---

**Categoria: Mediação Sanitária**
**Subcategoria 2: Contribuições das Mediações para o SUS**

Entrevistado	Unidade de Registro
E1	<p>“[...] se não houver um financiamento adequado de quem é responsável, vai acontecer inúmeras Mediações, mas será difícil alcançar um resultado concreto, pois o problema principal, que é o financiamento, persiste”.</p>
E2	<p>“No caso de Três Pontas, a mediação foi muito importante [...] foi fundamental para sanar de vez, zerar a posição em questão. O PAM é municipal, o hospital precisa de uma porta de entrada, a gestão compartilhada está aí, não existe separação de quem trabalha no PAM e quem trabalha no hospital, é o mesmo corpo, a ala de psiquiatria vai ser realmente destinada à psiquiatria [...]”.</p> <p>“[...] a Santa Casa assumiu a escala de plantões, ela regularizou a escala de plantões, com exceção da ortopedia, que era semi-presencial ou alcançável [...]”.</p>
E3	<p>“Com essa reunião, conseguimos resolver esse assunto (dos leitos de saúde mental em hospital geral)”.</p> <p>“Foi bom, foi positivo pois, a partir dali, não houve mais problema, ficou definido que aquele espaço seria pra isso mesmo (leitos de saúde mental)”.</p>
E4	<p>“[...] é difícil mensurar. Mas assim, amenizou aquela discussão tensa?”.</p> <p>“[...] facilitou o processo de resolução de conflito, até porque, desde 2014, e eu acho que isso eu posso afirmar, que a região de São Lourenço em relação ao Pronto Socorro, em relação ao próprio hospital de São Lourenço, há muito tempo não tem problema, discussão acalorada e que a gente não consiga dar um desfecho e resolver a situação. Talvez tenha sido um amadurecimento daquele momento [...]”.</p> <p>“[...] o momento da Mediação despertou nos gestores outros momentos pra fazer mediações paralelas, adotar esse modelo de resolução de problemas, de compartilhamento”.</p>
E5	<p>“[...] a aprovação das propostas financeiras no espaço da Mediação Sanitária foi fundamental nos encaminhamentos decisórios”.</p>

- “A mediação sanitária foi fundamental para a resolução extremamente favorável, de cunho técnico (acerca dos leitos de saúde mental)”.
- “Evitou-se assim a judicialização dos casos que poderiam ter este caminho”.
- “A criação da Comissão de Trabalho de Mediação Sanitária Microrregional de São Lourenço e Três Pontas [...] com a participação dos diversos atores da saúde, para análise, discussão e providências que beneficiassem a população, por meio da organização dos serviços, ampliação da assistência e cumprimento dos pactos regionais [...]”.
- E6 “Evitou alguns processos, ei que houve a reaproximação da Procuradoria Municipal e do Ministério Público da Comarca”.
- “Aproximou a gestão da Secretaria Municipal de Saúde da Santa Casa”.
- M1 “[...] foram esclarecidos muitos pontos controvertidos acerca das responsabilidades de cada ente público”.
- L1 “Houve em questão geral uma tentativa de alinhamento entre judiciário e município”.
- “[...] falou muito sobre o termo ‘judicialização’, os problemas enfrentados por conta disso, a crise dos municípios e o elevado índice de aplicação por parte dos mesmos [...]”.

---

Fonte: Elaboração própria, a partir das entrevistas realizadas.

---

**Categoria: Mediação Sanitária**

**Subcategoria 3: Percepções dos atores envolvidos**

Entrevistado	Unidade de Registro
E1	<p>“A Mediação não evitou judicializações posteriores [...]”.</p> <p>“[...] cada município pôde dar sua contribuição ali, falar sobre os seus problemas e lidar ali diretamente com o Ministério Público”.</p>

- 
- “Nada melhor que a discussão dos problemas que a gente enfrenta diretamente com o MP pra clarear. [...] evidencia mais os problemas e os coloca em discussão junto com o MP”.
- “[...] eu acredito que a Mediação deva ser fortalecida, pois os municípios devem estar alinhados com o Ministério Público pra evitar a judicialização e pra fortalecer o Sistema”.
- “A Mediação proporciona uma integração maior do executivo com o MP, mas a questão do financiamento persiste”.
- “[...] eu vejo essa atuação do MP propondo essas Mediações como positiva, pois proporciona um momento para discutir com os municípios, com o Estado [...]”.
- “A Mediação permite que o MP, ao invés de judicializar, junte-se a nós para tentar achar uma solução para os problemas apresentados”.
- E2 “As mediações são capazes de solucionar os problemas da saúde, desde que os mesmos sejam pontuais, conforme foi o caso. Agora, a Mediação Sanitária, ela não diminui a judicialização em si [...]”.
- “Mediação Sanitária [...] é quando você esgota todas as possibilidades de negociação entre duas partes que têm poder de decisão. Então, se você esgotou todas as possibilidades de uma negociação administrativa entre duas partes, mostra que houve uma falha de alguém nesse trajeto”.
- E3 “[...] achei muito positivo, porque ali todos colocaram seus pontos de vista [...] sem autoritarismo [...] em pé de igualdade com os demais participantes [...]. Achei muito positivo, muito eficaz sim”.
- “[...] em pé de igualdade, deixando todos num mesmo patamar na Mediação”.
- E4 “Apesar da Mediação não ter conseguido resolver todos os problemas discutidos, foi um momento muito propício de todos os responsáveis. Eu lembro que a gente falava isso na época, que nunca, em nenhum momento, lá naquela região de saúde nós tínhamos visto uma mesa posta e composta daquela forma, com praticamente todos os atores envolvidos com o processo do direito à saúde – prefeito, secretário, promotor, enfim, todos os responsáveis diretos e indiretos (pela saúde)”.

“Eu acredito na capacidade de resolução de conflitos da Mediação, desde que se enxergue suas capacidades e limites de resolução dessa problemática da judicialização”.

“Então eu acredito sim nesse espaço como esgotamento de discussão de determinados problemas, em que todos são iguais, onde há diálogo horizontal”.

“[...] eu acredito na Mediação como metodologia aplicada de resolução de conflitos, nisso eu acredito, acredito mesmo”.

“[...] se não houver relação horizontal é fácil, eu sou o TJ ou MP e venho pra cima do secretário de saúde que tem o mesmo empoderamento ou poder decisório, e o obrigo a assinar um TAC. Então o essencial é que todos tenham o mesmo poder na Mediação”.

E5 “[...] embora tenha sido interrompida por mudanças político-governamentais, as reuniões realizadas foram resolutivas”.

“Os poderes Judiciário, Executivo e Legislativo somando forças, compromissos, fiscalização e avaliação dos serviços [...] desta forma, muitos problemas e dificuldades poderiam ser compartilhados e as soluções co-responsabilizadas”.

E6 “A Mediação Sanitária não resolve todos os problema do SUS, mas melhora alguns, na medida em que os participantes são instados a debater as falhas existentes e a buscar soluções viáveis”.

“As medidas extrajudiciais, na maioria das vezes, são mais efetivas que os processos (judiciais), pois as soluções são mais rápidas e ocorrem sem maiores desgastes”.

M1 “[...] foi frustrante, pois [...] ficou responsável por convocar outras reuniões em sequência para avaliar os resultados das medidas propostas, mas nunca as convocou”.

“Assim, a mediação de julho de 2014 foi absolutamente ineficiente”.

“[...] no entanto, acredito que as medidas extrajudiciais, se bem implementadas, seriam capazes de resolver praticamente todos os problemas do SUS, e a judicialização poderia ser evitada”.

“[...] torna-la uma constante seria um dos melhores meios para melhorar a saúde pública”.

- L1 “Não conseguirá surtir efeito se não tiver um diálogo contínuo de entendimento por parte do Ministério Público e da administração municipal”.

Fonte: Elaboração própria, a partir das entrevistas realizadas.

---

**Categoria: Mediação Sanitária**

**Subcategoria 4: Entraves para o processo**

Entrevistado	Unidade de Registro
E1	“Não teve desdobramento ou pactuação”.
E2	<p>“Questões políticas vão além da capacidade de resolução da Mediação [...]. Se meu município tem um prefeito A que ganhou a eleição, os simpatizantes do prefeito B que perdeu a eleição farão de tudo para que aquela gestão não dê certo”.</p> <p>“Não houve muito avanço em algumas questões, porque os atores que participaram da Mediação enquanto Santa Casa imediatamente se desligaram, e quem veio, veio pós-mediação [...]”.</p> <p>“Se não resolver ou amenizar a questão do subfinanciamento, não tem Mediação Sanitária que consiga resolver os problemas do SUS”.</p> <p>“[...] o que as comarcas realizam nem sempre estão em sintonia com o que é falado pelo CAO-Saúde. As promotorias de defesa da saúde locais não adotam essa visão do CAO-Saúde do MP de BH”.</p>
E3	“[...] eu acho que de repente faltou continuidade, acho que seria positivo uma outra até, para verificar o que aconteceu após essa Mediação, qual foi o resultado, se o que foi discutido avançou, porque depois não houve uma outra [...]”.
E4	“Às vezes, a falta de alguns atores essenciais – como o Ministério da Saúde e o próprio Estado – é um problema, até pra assinatura de um TAC, já que o financiamento e responsabilidade pelo Sistema é tripartite”.

“[...] não teve uma continuidade dessa discussão [...]. Faltou uma agenda contínua pra ir até o fim dela pra ver o que que vai dar, se de fato ela foi resolutiva praquilo que foi proposta”.

“[...] o isolamento, uma reunião única, sem desdobramentos capazes de acompanhar seus resultados é um problema, e essa continuidade seria uma forma de aumentar a efetividade da Mediação no território”.

“[...] acabou aquele momento, voltou a rotina, promotoria de São Lourenço, MP de São Lourenço atuando isolada, sem ouvir os atores, voltou o modo de atuar antigo, de fragmentação, de atuar solitário de cada ator, do próprio secretário de saúde ter que voltar a bater na porta do promotor e não ter esse diálogo, essa conversa propiciada na Mediação”.

“[...] poderia ter uma quebra desse empoderamento nato do promotor local pra poder chegar nesse cenário de maturidade de compartilhamento de responsabilidade”.

“[...] um cronograma de continuidade seria essencial para empoderar a Mediação, pra ela funcionar melhor, estabelecer uma espécie de comissão local, já que o CAO-Saúde não teria perna pra estar em todo o Estado em todo momento, mas poderia monitorar e acompanhar os resultados dessa comissão local”.

E5 “[...] a interrupção do processo iniciado, por conta demudanças político-governamentais”.

“[...] necessidade de institucionalização e/ou normatização, de forma a não permitir a descontinuidade do processo, com empoderamento decisório”.

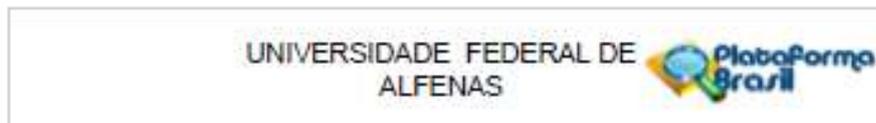
E6 “[...] melhorar a fiscalização das pactuações realizadas na Mediação”.

M1 “Nota-se extrema dificuldade de todos em compreender o funcionamento complexo do SUS. Não há capacitação dos envolvidos. Há extremo amadorismo no trato do SUS”.

“Desconhecimento do funcionamento da saúde pública e falta de capacitação dos envolvidos, além da burocracia em excesso”.

L1 -

ANEXO A – Parecer de aprovação de proposta de trabalho científico emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas – nº 2.137.908/2017



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CONTRIBUIÇÕES DAS MEDIAÇÕES SANITÁRIAS PARA O SUS NAS REGIÕES DE SAÚDE DE SÃO LOURENÇO E TRÊS PONTAS: UM ESTUDO DE CASO.

**Pesquisador:** LUIZ PAULO RICEPUTI ALCANTARA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 66045017.3.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.137.908

**Apresentação do Projeto:**

Pendência documental resolvida. Projeto de Mestrado em Gestão Pública e Sociedade, Unifal-MG Campus Varginha, orientado pela Profª Maria Regina Martinez, com financiamento próprio, em que não foi identificado conflito de interesses.

**Objetivo da Pesquisa:**

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)

**Objetivo Geral:**

Analisar quais foram as contribuições das Mediações Sanitárias em duas regiões de saúde específicas do SUS no Estado de Minas Gerais.

**Objetivos Específicos:**

- Analisar as efetivas contribuições fornecidas ao SUS por duas reuniões de Mediação Sanitária específicas, ocorridas nas regiões de saúde de São Lourenço e Três Pontas.
- Averiguar a percepção dos atores envolvidos nas reuniões de Mediação Sanitária a respeito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
 Bairro: centro CEP: 37.130-000  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.137.900

destas medidas extrajudiciais, suas contribuições e desafios.

- Investigar o impacto das Mediações Sanitárias no planejamento do Sistema.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

a. os riscos de execução do projeto estão bem avaliados, são realmente necessários e estão bem descritos na proposta.

b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos.

c. o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva do risco.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que prevê análise documental de duas atas referentes à reuniões de Mediação em Saúde que aconteceram em Varginha, Polo da Região Ampliada de Saúde Sul (RAS-SUL). A atas foram acessadas no site eletrônico "Portal do Centro de Apoio Operacional das Promotorias das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAO-saúde) do Ministério Público Mineiro ("Parquet Mineiro"), constituindo assim dados secundários de domínio público. A partir da análise das atas os participantes destes encontros serão convidados a concederem entrevistas sobre sua percepção acerca das medidas extrajudiciais discutidas, suas contribuições e desafios. O instrumento de coleta será um questionário semiestruturado contendo 9 perguntas sobre Mediação Sanitária/Judicialização da Saúde.

a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, atualizada;

b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para o que se propõe;

c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado;

b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica;

c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica;

d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Fronteiras (TCUD) – não se aplica;

e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado. "Pendência resolvida".

f. Folha de rosto - presente e adequada;

g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado;

h. Outro (especificar) – não se aplica.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro de Silva, 700  
Bairro: centro CEP: 37.130-000  
UF: MG Município: ALFENAS  
Telefone: (35)3259-1318 Fax: (35)3259-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.157.000

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se a aprovação.

**Considerações Finais e critério do CEP:**

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_869427.pdf	20/05/2017 12:29:04		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Anuencia_assinado_carimbado.pdf	20/05/2017 12:27:03	LUIZ PAULO RICEPUTI ALCANTARA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Novo_Projeto_Comite_Etica_Luiz_Riceputi.pdf	21/04/2017 11:18:00	LUIZ PAULO RICEPUTI ALCANTARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	21/04/2017 10:56:15	LUIZ PAULO RICEPUTI ALCANTARA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Luiz_Riceputi_assinada.pdf	19/02/2017 10:04:57	LUIZ PAULO RICEPUTI ALCANTARA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Neocita Apreciação da CONEP:**

Não

ALFENAS, 26 de Junho de 2017.

Assinado por:  
Marcela Filhé Haddad  
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro de Silva, 700  
Bairro: Centro CEP: 37.130-000  
UF: MG Município: ALFENAS  
Telefone: (35)3295-1318 Fax: (35)3295-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

## ANEXO B – Termo de Anuência Institucional

  
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI

O Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais declara estar de acordo com a execução da pesquisa intitulada "Contribuições das Mediações Sanitárias para o fortalecimento do SUS nas Regiões de Saúde de São Lourenço e Três Pontas – Um Estudo de Caso", desenvolvida pelo pesquisador Luiz Paulo Riceputi Alcântara, sob a orientação dos professores Doutores Maria Regina Martínez e Wesley Carlos Ribeiro, ambos docentes do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública e Sociedade, do Departamento de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Alfenas/MG, campus Varginha/MG, assumindo o compromisso de apoiar o desenvolvimento do supramencionado projeto nesta Instituição durante a realização da mesma.

Ainda, esta Instituição declara conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sinalizando estar ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Belo Horizonte, 24 de abril de 2017,

  
Gilmar de Assis  
Promotor de Justiça  
Coordenador do CAO-Saúde

Gilmar de Assis  
Promotor de Justiça  
Coordenador do CAO-Saúde